

A dimensão relacional da governança na regionalização do SUS: perspectivas dos gestores regionais da Macrorregião Sul

The relational dimension of governance in the regionalization of SUS: perspectives from regional managers in Southern Macro-region

La dimensión relacional de la gobernanza en la regionalización del SUS: perspectivas de los gestores regionales de la Macrorregión Sur

Mariana da Silva¹
Cristian Fabiano Guimarães²
Priscila Farfan Barroso³
Ana Paula de Carvalho⁴
Beatriz de Arruda Pereira Galvão⁵
Aline Veiga dos Santos⁶
Karen Chisini Coutinho Lütz⁷
André Luis Alves de Quevedo⁸

1. Introdução

A Declaração Universal dos Direitos Humanos documenta o entendimento de que a saúde é um direito fundamental e inerente à condição humana. Consoante a isso, a Constituição Federal de 1988 assume que a saúde é um direito do cidadão e prevê a formação de um Sistema Único de Saúde Universal (SUS), integrado e descentralizado. Dentro dessa proposta, a regionalização do

¹ Graduanda em Biomedicina na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Aluna de iniciação científica na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. E-mail: maariana.lvs@gmail.com

² Socióloga. Doutora em Antropologia Social pela UFRGS. Consultora em AGEPLAN/SES/RS. E-mail: prifarfan@gmail.com

³ Psicólogo. Doutor em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS. Diretor da AGEPLAN/SES/RS. E-mail: crisfabg@gmail.com

⁴ Biomédica Especialista em Saúde Coletiva; Residente do Programa de Residência de Gestão em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul/Assessoria de Gestão e Planejamento - Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (AGEPLAN/SES-RS). E-mail: anapaulaloewe@gmail.com

⁵ Terapeuta Ocupacional. Mestre em Ciências da Reabilitação pela UFMG. Especialista em Saúde. Coordenadora da Ouvidoria do SUS-SES/RS. E-mail: beatrizgalvao@gmail.com

⁶ Nutricionista; Especialista em Vigilância em Saúde; Residente em Gestão em Saúde pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. E-mail: alinevsnut@gmail.com

⁷ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Especialista em Saúde na Assessoria de Gestão e Planejamento da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (AGEPLAN/SES-RS). E-mail: karenchisini@gmail.com

⁸ Enfermeiro. Mestre em Epidemiologia pela UFRGS. Especialista em Saúde na AGEPLAN/SES/RS. E-mail: andre-quevedo@saude.rs.gov.br

SUS é um instrumento de descentralização que busca organizar o território de modo a garantir acesso e cobertura dos serviços de saúde a toda população. Para além de uma divisão territorial, deve considerar características socioeconômicas, epidemiológicas e geográficas, bem como oferta de serviços, fluxo de pessoas e vontade dos atores sociais em cooperar.

O Decreto Nº 7.508/2011 (1) propõe as Regiões de Saúde, agrupando os municípios de acordo com as características supracitadas. Dentro dessa conformação de Regiões de Saúde, espera-se que os municípios cooperem para oferecer a máxima disponibilidade de ações em saúde, buscando um alto grau de resolutividade dentro da Região. Seguindo a lógica da hierarquização e regionalização do SUS, as Macrorregiões de Saúde deveriam oferecer serviços de maior complexidade quando estes forem insuficientes dentro de determinadas Regiões de Saúde que as compõem (2).

Após a publicação do decreto, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) coordenou os trabalhos para a instituição das 30 Regiões de Saúde e suas respectivas Comissões Intergestores Regionais (CIRs), estabelecidas através da Resolução CIB/RS nº 555/2012. As Regiões de Saúde do RS encontram-se atualmente desenhadas de forma integrarem 18 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), bem como 7 Macrorregiões de Saúde, pactuadas na Resolução CIB/RS nº 188/2018, acompanhando a proposta anteriormente definida pelo Plano Diretor de Regionalização de 2002.

Com o propósito de consolidar as relações de interdependência e corresponsabilidade sanitária entre os entes estaduais e municipais, a CIR configura o espaço de pactuação, cooperação e fortalecimento da Região de Saúde. É nesses espaços que os atores governamentais dialogam sobre as demandas de saúde e acordam sobre o funcionamento e o financiamento de ações e serviços de saúde. Nessas instâncias de gestão regional, são observados os fenômenos micropolíticos que constroem o cenário das pactuações e que são característicos da governança.

Entende-se por governança no SUS o conjunto de práticas que contemplam a liderança, a estratégia e o controle, com o intuito de monitorar e regular a gestão em saúde (3) de forma a viabilizar a implementação de políticas e serviços para a sociedade. Além disso, a execução desse conjunto de mecanismos de governabilidade para gerar resultados em saúde pressupõe contato e diálogo entre os atores sociais, o que torna as relações humanas parte constitutiva do processo de governança (4). As relações entre os gestores são determinantes nas tomadas de decisões, sendo importante observar que elas também são atravessadas por questões políticas, antropológicas e sociais, que podem, por sua vez, modular a governança e, conseqüentemente, impactar no direcionamento das ações em saúde.

A compreensão de quais são os fatores capazes de potencializar ou dificultar as relações

intergestores pode fornecer ferramentas de aprimoramento da gestão dentro das Regiões de Saúde e produzir resultados importantes no processo de regionalização do SUS. Nesse sentido, a perspectiva de gestores estaduais do nível regional acerca da construção das Regiões, bem como sobre os momentos de pactuações, traz informações importantes sobre os dispositivos moduladores da governança. Este trabalho busca definir, a partir do olhar dos gestores em saúde das Coordenadorias Regionais de Saúde, quais são os dispositivos que impactam nas relações humanas e refletem na governança, implicando no processo de regionalização do Rio Grande do Sul.

2. Métodos

O estudo faz parte do projeto “*Análise dos processos de regionalização, gestão e planejamento para a implementação das Redes de Atenção à Saúde no Rio Grande do Sul*”, aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento e da Escola de Saúde Pública (39496820.6.0000.5319). Foram entrevistados gestores e técnicos do nível regional que atuaram ou atuam no processo de regionalização do SUS. As entrevistas foram gravadas, transcritas e, posteriormente, analisadas qualitativamente através do software NVivo. As mesmas poderiam ocorrer de forma presencial, por telefone ou por videoconferência e a todos os participantes aplicou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme o estabelecido acerca da pesquisa envolvendo seres humanos na Resolução no 466/2012, Resolução no 510/2016 e Resolução no 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

As entrevistas foram construídas de forma semiestruturada e baseadas em temas norteadores, compreendendo a regionalização no contexto das Redes de Atenção à Saúde (RAS), nas Regiões e Macrorregiões de Saúde; o funcionamento da governança; e os avanços e desafios do processo. Para este trabalho, o material foi analisado sob o recorte da governança, considerando-se a perspectiva de gestores da 3ª e 7ª CRS, compreendidas dentro da Macrorregião de Saúde Sul do estado. A 3ª CRS é formada pela Região de Saúde 21, também chamada de Sul, que é composta por 22 municípios, sendo Pelotas a sede da coordenadoria. Por sua vez, a 7ª CRS, com sede em Bagé, corresponde à Região 22 ou Pampa, que possui 6 municípios.

3. Resultados

A avaliação inicial das respostas obtidas aponta que os aspectos capazes de dificultar ou potencializar as relações intergestores na Macrorregião Sul podem ser de ordem estrutural, social, política e subjetiva. Olhando para a figura dos gestores, os entrevistados ressaltaram a importância da capacitação técnica dos mesmos como ferramenta essencial, não somente para resolver assuntos

específicos de saúde, mas também contribuir para a desenvoltura micropolítica. O conhecimento e valorização do SUS por parte dos gestores também é visto como um facilitador nos momentos de negociação. Destaca-se também a importância do gestor se entender como parte de uma regional e prezar pelas instâncias de pactuação, buscando, primeiramente, resolutividade através da cooperação dentro da sua Região de Saúde.

O alto grau de comunicação, utilizando-se os mais diversos canais, é fundamental para a relação entre os atores sociais. Nesse sentido, a estrutura tecnológica precária dos ambientes de trabalho - ausência de computadores, de webcam e de boa conexão de rede - dificultam as trocas de informação entre municípios e com o nível central. Ainda no âmbito da comunicação, destaca-se a relevância dos encontros presenciais em diferentes municípios da regional, bem como os momentos informais que se dão nesse contexto, sendo potencializadores das relações e da governança. A troca de conhecimentos nas Comissões Intergestores e nas oficinas preparadas pela CRS para desenvolver as competências dos municípios contribuem também para o empoderamento dos gestores, o que se reflete na maneira como eles passam a construir a micropolítica nos momentos de tomada de decisão.

A composição dos grupos nos espaços de discussão também é um elemento determinante para as relações humanas e, portanto, a alta rotatividade de gestores e demais colaboradores é visto como dificultador do trabalho. A mudança nos atores implica novas adequações, mudanças de vieses e descontinuidade de alguns processos, tornando mais lento o processo de regionalização. Por outro lado, aparece como favorável o grupo composto por uma equipe multidisciplinar, com conhecimentos técnicos e políticos, podendo abarcar as diferentes esferas da implementação das políticas públicas em saúde e enriquecer o diálogo entre os gestores. Outro aspecto, apontado como desfavorável para as relações intergestores, é o grande volume de trabalho para pouco recurso humano. Ao desconsiderar a subjetividade humana nos processos de trabalho, discussão e tomada de decisões, sobrecarregando o servidor, a sua capacidade de dialogar, interagir e cooperar também é prejudicada.

4. Considerações finais

O exposto nas entrevistas revela o quanto as interações entre os atores sociais podem ser moduladas pelo contexto, pela infraestrutura que os cercam, pelas competências que lhes são ensinadas e pela observação das subjetividades inerentes à condição humana. Esses moduladores constroem o cenário micropolítico da governança no qual os gestores discutem, ponderam e pactuam as ações em saúde e, portanto, têm um impacto na maneira como os municípios organizam

os serviços dentro da regional. O processo de regionalização do SUS está, portanto, atrelado à capacidade dos gestores de se relacionarem e cooperarem entre si para direcionar as políticas públicas em saúde. Compreender a dimensão relacional constitutiva da governança pode ser uma ferramenta importante para nortear as estratégias de gestão e planejamento, contribuindo para o melhor desempenho das Regiões de Saúde.

Referências

1. Brasil, Casa Civil. Decreto N° 7.508, de 28 de junho de 2011. [Internet]. N ° 7.508 jun 28, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm
2. Rio Grande do Sul, Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2020-2023 [Internet]. Porto Alegre; 2020 [citado 30 de julho de 2021]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/plano-estadual-de-saude>
3. Junqueira MG, Tocantins CC, Bezerra WF. EXPEDIENTE | CONASEMS. 2019;31.
4. Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030. prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro: desenvolvimento produtivo e complexo da saúde Volume 1 Volume 1 [Internet]. Rio de Janeiro, Brazil: Saúde Brasil 2030; 2013 [citado 30 de julho de 2021]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/895sg>