

Planejamento regional integrado: a governança em região de pequenos municípios

Integrated regional planning: governance in region of small municipalities

Cássia Regina Gotler Medeiros

Centro Universitário Univates. Lajeado, RS, Brasil.
E-mail: cgotlermedeiros@gmail.com

Olinda Maria de Fátima Lechmann Saldanha

Centro Universitário Univates. Lajeado, RS, Brasil.
E-mail: olindas@univates.br

Magali Teresinha Quevedo Grave

Centro Universitário Univates. Lajeado, RS, Brasil.
E-mail: mgrave@univates.br

Lydia Christmann Espíndola Koetz

Centro Universitário Univates. Lajeado, RS, Brasil.
E-mail: lkoetz@univates.br

Gisele Dhein

Centro Universitário Univates. Lajeado, RS, Brasil.
E-mail: gidhein@gmail.com

Luís César de Castro

Centro Universitário Univates. Lajeado, RS, Brasil.
E-mail: lucamsc@univates.br

Glademir Schwingel

Centro Universitário Univates. Lajeado, RS, Brasil.
E-mail: glademirschwingel@gmail.com

Marilucia Vieira dos Santos

Centro Universitário Univates. Lajeado, RS, Brasil.
E-mail: fjsiolus@univates.br

Resumo

As diretrizes do Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, têm contribuído para ampliar a capacidade de governança dos pequenos municípios nas regiões de saúde. O objetivo do estudo foi identificar potencialidades e entraves no processo do planejamento regional integrado na região de saúde 29, do Rio Grande do Sul. Consiste em um estudo de caso, realizado mediante informações provenientes de entrevistas semiestruturadas, observações de campo e registros documentais, analisados pelo método de Análise de Conteúdo. Participaram do estudo gestores de saúde de cinco municípios e três servidores estaduais vinculados à 16ª Coordenadoria Regional de Saúde, selecionados intencionalmente. Emergiram cinco categorias de análise: a Comissão Intergestores Regional (CIR) como espaço de articulação; o fortalecimento do Sistema Único de Saúde; a fragilidade da gestão; individualismo ao olhar o processo; e o que tem pautado as reuniões da CIR. Os resultados apontam que o processo de planejamento regional integrado tem avançado, no sentido da CIR constituir-se como um espaço de apoio mútuo entre a gestão municipal e estadual. No entanto, as decisões são tomadas com embasamento mais político do que técnico, com pouco monitoramento do acesso às ações e aos serviços de saúde, dificultando a capacidade de controle e negociação com os prestadores. Considera-se que a CIR necessita ser fortalecida e consolidada por meio da qualificação da gestão e da participação efetiva dos gestores municipais e estaduais de saúde, a fim de possibilitar a governança regional.

Palavras-chave: Planejamento em Saúde; Gestão em Saúde; Regionalização; Políticas Públicas de Saúde.

Correspondência

Cássia Regina Gotler Medeiros
Rua Avelino Tallini, 171, Bairro Universitário.
Lajeado, RS, Brasil. CEP 95914-014.

Abstract

The guidelines of Decree No. 7508 - June 28, 2011 - have contributed to enhance the capacity of governance of small municipalities in health regions. The objective of this study was to identify the potential and the obstacles in the process of integrated regional planning in health region 29, Rio Grande do Sul. This is a case study carried out through information from semi-structured interviews, field observations, and documentary records, analyzed according to Content Analysis method. The study had participation of health managers of five municipalities and three state public servants linked to the 16th Regional Health Coordination, selected intentionally. Five categories of analysis emerged: the Regional Intermanagers Committee (CIR) as a space of coordination; the strengthening of the Brazilian Unified Health System; the weakness of the management; individualism in observing the process; and what has guided the meetings of the CIR. Results indicate that the integrated regional planning process has advanced, in the sense of CIR being constituted as a space of mutual support between the municipal and state management. However, decisions are made with more political than technical basis, with little monitoring of the access to health actions and health services, hindering the ability of control and negotiation in relation to service providers. It is considered that the CIR needs to be strengthened and consolidated through improvement of the management and through effective participation of state and municipal health managers in order to enable regional governance.

Keywords: Health Planning; Health Management; Regionalization; Public Health Policies.

Introdução

A regionalização tem se constituído em uma diretriz de difícil implementação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pois requer uma postura solidária entre os entes federativos. O arcabouço jurídico do SUS foi insuficiente para a instituição efetiva da regionalização da saúde em todo o Brasil. Conforme Viana, Lima e Ferreira (2010), a descentralização do SUS trouxe avanços importantes na expansão da cobertura de serviços de saúde, mas não conseguiu resolver as imensas desigualdades no acesso e utilização desses serviços, principalmente na média complexidade, assim como não conduziu à formação de arranjos mais cooperativos na saúde.

Neste contexto, o Decreto nº 7.508 veio reafirmar a regionalização como estratégia para o reordenamento da política de saúde, configurando-se como regulador da estrutura organizativa do SUS, do planejamento em saúde, da assistência e da articulação interfederativa. Prevê ainda a organização das regiões em redes de atenção à saúde com resolutividade locorregional (Brasil, 2011). O avanço proposto pelo decreto foi a ampla participação da gestão municipal nas decisões, por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR) e o Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap), que prevê o planejamento regional integrado e ascendente. A regionalização é observada em todos os países europeus com Sistema Nacional de Saúde (SNS), estruturados a partir da planificação territorial e populacional e regiões sanitárias que funcionam em níveis de complexidade, sendo sua característica mais importante estarem baseados na Atenção Primária em Saúde (Freire, 2006). Neste caso, convém observar diferenças em relação à existência da autonomia política e administrativa que ocorre nas estruturas regionais de alguns países.

Pesquisas realizadas nos Estados Unidos (EUA) sugerem uma abordagem regional para atenção à saúde. Neste sentido, estruturas regionais devem ser capazes de fornecer pelo menos 60% ou mais dos serviços essenciais de saúde à população. A principal justificativa é a de compartilhar recursos, trabalhar com as demandas regionais e assegurar a coerência entre planejamento regional, estadual e federal (Stoto, 2008).

A partir do Decreto 7.508/2011, o estado do Rio Grande do Sul foi reorganizado em trinta regiões de saúde, no ano de 2012. A região 29, denominada Vales e Montanhas, é composta por 27 municípios, 209.144 habitantes (IBGE, 2010), e está vinculada à região administrativa da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). Dos 27 municípios que formam a região, dezoito possuem 100% de cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2013b). A média populacional na região é de 7.702,33 habitantes, sendo que o maior município tem 71.445 habitantes. A localização geográfica dos municípios está representada na Figura 1.

Figura 1 – Mapa da Região 29, Rio Grande do Sul



Fonte: Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (2013)

O planejamento regional integrado estabelece a CIR como espaço de articulação e pactuação entre os entes federativos, permitindo discussões positivas de aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS (Brasil, 2011). Na região 29, além dos 27 gestores municipais, participam cinco representantes da gestão estadual, compondo uma arena de 32 atores. A CIR tem a importância de consolidar as políticas públicas em saúde e, considerando que a regionalização é ponto chave nesta esfera, passa a ter um papel fundamental neste processo, pois é neste espaço que a organização da gestão e da assistência em saúde de uma região será planejada, bem como a definição dos recursos financeiros para este fim.

Na década de 1990, a implantação do SUS na região 29 coincidiu com o processo emancipatório de muitos municípios com baixa densidade populacional, poucos recursos técnico-assistenciais, e consequente dependência externa. Os sistemas descentralizados de saúde são bastante heterogêneos no país, sendo os seus resultados muito dependentes

das condições locais prévias, tornando complexa a organização de sistemas de saúde regionais e precisando fortalecer seus espaços de governança (Viana, 2015). O contexto observado nesta região é semelhante a outros no país, considerando que cerca de 70% dos municípios brasileiros têm menos de 15.000 habitantes. Dessa forma, entende-se que os resultados deste estudo poderão eventualmente ser verificados em outras regiões de saúde do País.

Assim como os processos verificados a partir do Pacto pela Gestão, onde Machado (2009, p. 116) compreende “haver um conjunto de indicações de que ainda são precárias as garantias institucionais de que a ‘regionalização solidária e cooperativa’ seja incorporada às expectativas recíprocas dos gestores do SUS”, questiona-se se o Decreto nº 7.508 (Brasil, 2011), que substituiu o referido Pacto pela Gestão, tem contribuído para o avanço na incorporação de uma ação cooperativa e solidária e na capacidade de governança regional dos gestores.

Conforme Hufty, Báscolo e Bazzani (2006) a governança é uma ferramenta analítica para a compreensão dos processos de ação coletiva que organizam a interação entre atores, a dinâmica e regras dos processos com as quais uma sociedade toma e implementa suas decisões. Mendes (2014) afirma que este conceito deve ser complementado pelo de governança de Redes de Atenção à Saúde (RAS), garantindo o cumprimento dos pactos e acordos entre os atores, o manejo dos conflitos de interesse e a progressiva estabilização da rede.

Neste contexto, observam-se na região 29 movimentos de construção coletiva do planejamento regional integrado, permeados de desafios e potencialidades relacionados à necessidade de aproximar diferenças políticas, técnicas e administrativas, além do esforço em promover avanços no processo de regionalização em saúde. Historicamente, a falta de um planejamento regional das políticas de saúde comprometeu sua adequação às múltiplas realidades do território brasileiro, e desconsiderou o papel das esferas estaduais de governo (Viana; Lima; Ferreira, 2010). Sendo assim, este estudo teve por objetivo identificar potencialidades e entraves no processo do planejamento regional integrado em saúde na Região 29/RS, na ótica dos gestores municipais e servidores regionais.

Metodologia

Realizou-se um estudo de caso por meio de informações provenientes de entrevistas semiestruturadas com cinco gestores municipais de saúde e três servidores da CRS, participantes da CIR, que foram selecionados intencionalmente. Utilizou-se como critérios de inclusão o tempo mínimo de um ano no cargo e participação efetiva nas reuniões da CIR. As entrevistas buscaram verificar, na percepção dos atores envolvidos no planejamento regional, quais as potencialidades e entraves neste processo.

Foram respeitados os princípios da ética em pesquisa, conforme Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 (Brasil, 2013a), utilizando-se do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os participantes. As categorias emergentes foram analisadas conforme a Análise de Conteúdo de Bardin (2012). Também foram realizadas observações em cinco reuniões da CIR 29, no período de junho a outubro de 2014. Estas foram registradas em um diário de campo e utilizadas para complementar a análise de conteúdo das entrevistas. Outro método utilizado foi a pesquisa documental, analisando as atas das reuniões da CIR, ocorridas em 2014 - doze atas de reuniões ordinárias e duas extraordinárias. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o protocolo nº 612.126, em 2014.

Os entrevistados tinham idade entre 27 e 54 anos. Em relação à sua formação, dois servidores estaduais são da área da saúde, e um da administração, todos com pós-graduação. Entre os gestores municipais, três concluíram ensino médio, e dois o ensino superior, sendo um na área da saúde. Quanto ao tempo na gestão municipal, quatro estão no cargo há um ano e oito meses, e um há seis anos. Entre os participantes da gestão estadual, um ocupa o cargo há três anos e os outros dois há quinze anos, sendo que dois já atuavam na área da saúde antes de ingressar no estado. A experiência anterior dos gestores municipais de saúde é heterogênea, sendo que três são profissionais da saúde, e os outros dois são servidores públicos de outras áreas. Utilizaram-se os códigos SE para servidor estadual e GM para gestor municipal, seguido do número da entrevista, a fim de manter o anonimato dos participantes.

A partir da análise de conteúdo das entrevistas, observações e pesquisa documental, emergiram cinco categorias, duas referentes às potencialidades: (1) a CIR como um espaço de articulação e (2) Fortalecimento do SUS; e três referentes aos entraves: (1) fragilidades da gestão; (2) O que direciona as pautas da CIR; e (3) individualismo ao olhar o processo, a seguir apresentados.

Resultados e discussão

A CIR como um espaço de articulação

Os gestores apontam diferentes potencialidades da CIR, destacando-se a possibilidade do planejamento de ações em saúde para os municípios que compõem a regional de saúde. O SE1 destaca que a CIR se torna potente na medida em que permite que todos façam parte do processo de negociação, assim como a possibilidade de planejar, no âmbito regional, ações para responder às demandas de saúde.

Neste sentido, a possibilidade de discussão dos limites operacionais da gestão municipal é entendida como algo positivo na arena da CIR, tanto no aspecto técnico quanto político. Os gestores municipais relatam que o compartilhamento de problemas e necessidades com os colegas de função que atuam em municípios vizinhos, assim como a troca de experiências entre eles, estimula a participação de todos.

Os entrevistados também deixam claro nos seus relatos a importância da CIR para esclarecimento das dúvidas na articulação da atenção à saúde, onde os gestores podem auxiliar no entendimento do processo por suas experiências prévias. SE2 refere à CIR como “local de troca de informações, no intuito de potencializar soluções locais regionais”.

A arena tecnopolítica da gestão regional da saúde

expõe a necessidade de articulações intermunicipais que abram espaço para a profusão de novas formas de relação entre Estado e sociedade, colocando no âmbito da discussão pública os alicerces da estrutura de poder, organização e gestão das instituições políticas vigentes (Fleury; Ouverney, 2007).

Neste sentido, apesar de ser uma aspiração do SUS regional, o que se percebe é que ainda há necessidade de qualificar a integração solidária dos atores sociais representados nesta arena, na medida em que individualmente encontram-se fragilizados politicamente e deficientes na condição técnica de garantir a integralidade da assistência.

Contudo, na análise das entrevistas dos gestores municipais, emergiu como potência a possibilidade de ser ouvido, fato percebido como relevante para a construção deste espaço, assim como a possibilidade de articulação entre os municípios: “cada um tem o seu ponto de vista e a gente discute, às vezes chega a conclusões que vêm ajudar aos municípios, a gente tem vez e voz lá dentro” (GM2).

Os municípios são os atores que operacionalizam as estratégias regionais de saúde e a manutenção de sua autonomia é essencial para a efetividade do processo que, do contrário, pode ser origem de frequentes conflitos e redução de potencial coletivo na articulação da atenção à saúde (Ouverney, 2005). Os entrevistados apontam que este espaço de circulação do diálogo torna-se potente, pois permite o aprendizado constante das equipes de saúde, resultando na melhora do sistema de saúde na região, constituindo-se como um “espaço coletivo de olhar para a saúde” (SE1), onde é a partir destes encontros em que se “chega a conclusões que vêm ajudar aos municípios” (GM2).

Miranda (2010) destaca que a CIR foi criada com o intuito de atender “demandas institucionais, nas negociações intergovernamentais, produção de acordos e arranjos mediados pelo discurso tecnoburocrático”. A reunião é vista como momento possível da articulação coletiva do planejamento regional, já que “muitas questões também precisam ser planejadas e aprovadas regionalmente e esse espaço é uma garantia disso” (SE1).

Observa-se que a CIR tem favorecido maior participação dos gestores municipais, tanto na perspectiva política quanto técnica, utilizando o espaço para articular o planejamento coletivo das ações em saúde nos diversos níveis de atenção à saúde. SE2 afirma haver um envolvimento maior dos secretários, pois “eles [...] estão preocupados em utilizar a CIR para melhoria do sistema como um todo” (SE2). A análise das atas das reuniões mostra

diversos projetos apresentados pelos municípios referentes à atenção primária no seu território, no entanto, as observações revelam que, nestes casos, os gestores dos outros municípios demonstravam pouco interesse e participação. Verifica-se nas atas das reuniões da CIR que as decisões ainda têm pouco embasamento em um diagnóstico regional de saúde.

O mesmo foi identificado no estudo de Cecilio et al. (2007, p. 202) após avaliação qualitativa do perfil e trajetória profissional de gestores municipais de uma Diretoria Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, relatando que os gestores municipais vêm se configurando “como importantes atores sociais no cenário político-institucional do SUS e, ainda que de forma limitada, propiciando espaço para experimentação de novos modelos e práticas, visando à superação de diversidades presentes em vários municípios e regiões do país”.

Neste contexto, fica evidente que o encontro entre gestores municipais e estaduais é importante na construção das políticas de saúde no âmbito regional e municipal, confrontando com os problemas cotidianos que perpassam a assistência à saúde. Porém, estas potencialidades ainda não estão plenamente desenvolvidas, haja vista a capacidade de articulação limitada dos gestores envolvidos. A CIR é um espaço com potencial de desenvolver a capacidade institucional para o planejamento e a coordenação territorial regional voltada para superação de interesses corporativos e criação de uma governança local baseada em solidariedade, democratização da decisão e cooperação intergovernamental (Viana, 2015).

Fortalecimento do SUS

A capacidade profissional dos gestores municipais para articulação no planejamento das ações em saúde, com apoio efetivo da gestão estadual, possibilita o estudo e a compreensão da construção do SUS (Cecilio et al., 2007). Da mesma forma, o Decreto nº 7.508 (Brasil, 2011), destaca a importância do aprimoramento das redes de atenção nas regiões de saúde na construção da assistência para além da perspectiva da organização dos serviços (Shimizu, 2013).

Ao serem questionados com relação às potencialidades da CIR, os gestores referem pontos que convergem ao fortalecimento do SUS. Os servidores estaduais entendem que a potência das reuniões da CIR refere-se à possibilidade de encontros entre gestores, resultando no compromisso das gestões e na apresentação de propostas para a área da saúde: “Eu vejo todas as decisões sendo direcionadas para que tudo passe pela CIR, saia com resoluções regionais, faz também com que esta participação se torne algo mais permanente, sistemático e efetivo” (SE1).

Os gestores municipais também apontam como potente a possibilidade de organização dos fluxos para o encaminhamento de projetos. A apresentação destes projetos nas reuniões possibilita que os gestores conheçam os projetos que são desenvolvidos pelos municípios vizinhos: “a gente vê os projetos que os outros municípios estão fazendo” (GM1).

O gestor municipal é ator fundamental na avaliação e planejamento dos serviços em seu município e, no momento em que se torna independente para reconhecer as necessidades de saúde local, articula com gestores estaduais a alocação de recursos para as comunidades (Santos; Andrade, 2009). Dessa forma, amplia a oferta de assistência à saúde em todas suas dimensões, deixando de ser um serviço oferecido apenas nas localidades de referências.

Este espaço também é entendido como um lugar de solidariedade entre os municípios, como refere GM4, ao afirmar que “sempre que a gente precisou de alguma coisa a CIR sempre nos apoiou”. Outro gestor complementa que “o papel da CIR é extremamente importante, eu diria até indispensável para o bom andamento dos projetos a nível regional” (GM5).

Conforme Machado (2009), é necessário superar o estágio sociopolítico no qual o tema da solidariedade encontra-se apenas pautado em cartas, agendas e resoluções conjuntas dos gestores. Da mesma forma, após análise dos resultados desta categoria, percebe-se que a discussão proposta pelo referido autor mantém-se nas atuais Comissões Intergestores Regionais, não tendo sido superadas.

Fragilidades da gestão

Os gestores municipais vêm se constituindo como importantes atores sociais no cenário político-

-institucional, e a compreensão do seu papel na construção do SUS passa por duas questões: sua capacidade de gestão frente às crescentes e complexas responsabilidades e a articulação regional entre municípios, com a intermediação e apoio do gestor estadual, na sua representação regional (Cecilio et al., 2007).

A fragilidade da gestão ficou ressaltada nas falas dos gestores municipais e regionais. O Decreto nº 7.508 (Brasil, 2011), define que o processo de planejamento deve ser ascendente e integrado, o que pressupõe a participação ativa dos gestores. No entanto, observou-se que o posicionamento da maioria dos gestores é de expectador e não de protagonista no processo, conforme ratifica o depoimento: “fortalecer essa participação é sair também de uma posição mais de expectador” (GM1). Este posicionamento pode estar relacionado à alta rotatividade de gestores municipais de saúde, constatada pelas atas das reuniões, o que dificulta a apropriação de conhecimentos necessários para a tomada de decisão. Nesta condição, outros atores demonstram maior controle sobre a agenda e maior poder de argumentação, o que influencia nas votações, conforme observações.

Alguns gestores municipais referem satisfação em contar com a participação dos servidores regionais na CIR, mas colocando-se como ouvintes e não como tomadores de decisão, pois julgam que não detêm conhecimento suficiente para isso: “já despacha, ele já anda e já dá a opinião dele, fala alto, não que os outros não falem, mas a gente pergunta e ele sabe. Ele entende (referindo-se a um servidor regional)” (GM4).

Este comportamento parece estar relacionado com a falta de conhecimento sobre a CIR e o papel da gestão no planejamento regional integrado, conforme afirmação:

então a dificuldade no funcionamento tem a ver com o envolvimento, o empoderamento dessa gestão desse espaço ali, do seu papel [...] e em uma tomada de decisão que muitas vezes tem que sair muito do meu lugar para pensar em uma gestão regional de saúde (GE1).

Em relação a esta questão, o Ministério da Saúde afirma que “não se pode perder de vista que o SUS é

um sistema único num país de grandes diferenças demográficas e socioeconômicas. Por isso, é importante ter clareza dos papéis dos entes federativos nas regiões e redes de saúde, onde o direito à saúde se efetiva” (Brasil, 2011, p. 4).

Alguns entrevistados consideram que há falta de interesse e comprometimento de servidores regionais e gestores municipais no processo de planejamento regional integrado. Verifica-se esta percepção na fala de GM2, que afirma que “às vezes alguns chegam atrasados, outros chegam e saem antes. [...] Nós temos aqui diversas áreas que deveriam participar e não participam. A auditoria, por exemplo, que tem os médicos, eles não têm envolvimento” (GM2).

Esta constatação mostra a falta de clareza dos gestores municipais e servidores regionais sobre a importância desta instância regional e sua potencialidade para a resolução de problemas que afetam a organização da atenção à saúde da região. Desta forma, ocorre pouca implicação nos processos de discussão e proposição de ações de enfrentamento a estes problemas. Uma rede se concretiza na medida em que haja atores políticos comprometidos com sua efetividade. Para isso, é necessário um sistema de governança onde a articulação e a cooperação entre os atores sociais e políticos e a construção de novos arranjos institucionais possam ocorrer (Mendes, 2011).

No entanto, de acordo com Medeiros há uma grande distância entre o que está escrito e a possibilidade de estabelecer a norma na prática, pois

a constituição da CIR e das regiões de saúde traz no seu bojo a participação efetiva do gestor municipal nas decisões relativas à sua região, sendo que a ausência desta participação sempre foi apontada como grande problema na descentralização das ações e da gestão do SUS (Medeiros, 2013, p. 175).

O estudo de Santos e Giovanella (2014) mostrou na CIR de uma região de saúde da Bahia que os debates eram abreviados para caber no curto espaço de tempo destinado às reuniões, e que os gestores se dispersavam frequentemente, retornando à plenária para os momentos de aprovação e homologação de projetos, sem a perspectiva de planejamento ou avaliação regional.

A fala de um servidor regional demonstra que a participação na CIR não é uma prioridade da gestão regional, não sendo reconhecida como espaço de decisão efetiva para o planejamento regional. Infere-se, pelos relatos, que assim como nos municípios, os processos de trabalho da CRS sejam fragmentados e alguns servidores envolvem-se somente com discussões relacionadas com seu âmbito de atividades setorial. O que deveria ser entendido como uma atividade estruturante é considerada apenas como mais uma tarefa: “A minha própria participação, muitas vezes eu não consigo pela demanda, a gente tem muita deficiência de profissionais, [...] tira praticamente um profissional que deveria estar atuando em outra atividade para estar fazendo esse papel” (GM2).

No estado de São Paulo, verificou-se que a esfera estadual de poder também apresenta dificuldades para assumir a efetiva coordenação do planejamento regional. “Nesse sentido, a construção histórica de apoios técnicos regionais que possam potencializar a associação solidária comprometida dos gestores na construção das regiões não tem sido fortalecida” (Mendes et al., 2015, p. 436).

Observa-se que na região deste estudo, a maioria dos gestores municipais não tem formação na área da saúde. Este fato é considerado por um servidor regional como entrave para uma gestão de qualidade e para participação efetiva no planejamento regional. A ausência de pessoas qualificadas para o cargo no município e a necessidade de indicar partidários políticos acaba levando à função pessoas sem condições para exercê-la. Estes fatores podem estar causando a alta rotatividade na gestão municipal e regional, que foi referida como um problema para o planejamento, provocando a descontinuidade no processo, dificultando o entendimento sobre a complexidade do sistema de saúde e as estratégias para responder às demandas regionais (Roese, 2012). Esta rotatividade também pode estar relacionada ao tensionamento produzido nesta arena de interesses, muitas vezes divergentes, ocasionando a alternância no cargo, conforme relatado pelos entrevistados: “têm secretarias que em um ano e oito meses já trocou duas ou três vezes de secretário” (GM1); e “toda vez que chegam aqui, o cara chega sem nenhum conhecimento e tenta aprender saúde num local que tem por objetivo pôr em prática as questões” (SE2).

A falta de conhecimento na área da saúde e nos processos de gestão, e o descompromisso com as questões de saúde regionais refletem-se em tomada de decisões muito rápidas, sem embasamento e informação, frequentemente equivocadas. Deste modo, o poder passa a ser de quem detém o conhecimento técnico e político nesse campo. Segundo Miranda (2010), as decisões nem sempre são produto do entendimento, mas muitas vezes os acordos são constrangidos pelos imperativos do “sistema”, do tempo (prazos) e das relações estabelecidas de poder. A leitura das atas revela a aprovação da maioria das propostas apresentadas nas reuniões da CIR, com poucos questionamentos sobre a pertinência das mesmas.

Assim como no Brasil, o Sistema Nacional de Saúde espanhol (SNS) apresenta como fragilidade a instabilidade e a nomeação política dos cargos de responsabilidade na gestão em saúde, diferentemente de países mais avançados da Europa, como os nórdicos, Reino Unido e Itália, cuja gestão e níveis gerenciais têm caráter apartidário, técnico e estável. Apesar de uma crescente cultura de gestão, esta não vem acompanhada da correspondente reflexão e decisões sobre o bom governo do SNS espanhol. O Conselho Interterritorial é cenário de discrepâncias partidárias e precariedade dos mecanismos de coesão e coordenação do SNS (Freire, 2006).

Leatt, Pink e Guerriere (2000), ao trazerem uma crítica ao modelo canadense de saúde, onde hospitais, clínicas e demais equipamentos de saúde organizam-se separadamente, reafirmam a necessidade dos países pensarem seus sistemas de saúde de forma integrada, em rede, e também considerando as diversidades de cenários de cada região do país. Para tanto, sugerem algumas estratégias para mudança: aposta no olhar da singularidade; foco na atenção primária; compartilhar informações e explorar tecnologia; criar parâmetros em redes virtuais em nível local; desenvolver métodos práticos de financiamento com base nas necessidades; e implementar mecanismos de monitoramento e avaliação.

As dúvidas dos gestores aparecem na fala de um participante do estudo, em relação à aplicação dos recursos da saúde: “Como é que eu gasto, o que eu posso fazer com tal recurso, esta é minha maior

dificuldade hoje” (GM2). Além do desconhecimento, percebe-se a insegurança do gestor, possivelmente ocasionada pela vinculação dos recursos a determinadas ações, com pouca flexibilidade para adaptação às necessidades do município. A dificuldade da CIR em realizar o monitoramento da aplicação dos recursos aprovados também foi evidenciada, ressaltando que muitas vezes não se tem a informação sobre a alocação do recurso na região, tampouco se foi adequadamente aplicado.

A ineficiência para resolução dos problemas regionais reflete-se nas pautas da CIR, com discussões recorrentes, sem efetivação prática dos encaminhamentos propostos. O pacto interfederativo, neste contexto, não se concretiza, na medida em que os problemas impactam com diferente intensidade nas três esferas de governo. O município, sendo demandado pelas situações do cotidiano, é mais afetado pela urgência na resposta aos problemas: “Aponta uma dificuldade e tem um trâmite todo de sair uma resolução da CIR, chegar até os departamentos lá do governo do Estado, e a resposta demora a acontecer. [...] Nós temos uma dificuldade muito grande de acesso a algumas especialidades” (GM5). “Por dificuldades de definição, os assuntos retornam e desgastam esse próprio coletivo, e aí às vezes a gente não consegue botar na roda outros temas” (GE1).

A falta de resolutividade e pouca resposta do estado também foram constatadas em estudo realizado em Brasília, com gestores de saúde que manifestaram a preocupação com a indefinição de papéis em relação a qual esfera de governo assumirá a responsabilidade de assegurar o acesso a serviços de maior densidade tecnológica. Ressaltaram ainda o receio de que haverá dificuldade em garantir que alguns estados contribuam com o financiamento adequado para as regiões de saúde (Shimizu, 2013).

A fragilidade da gestão também ficou evidenciada pela dificuldade em fazer o enfrentamento e negociação com os prestadores de saúde privados em relação aos interesses da região: “Até comentam conosco, mas quando envolve o prestador acabam não falando” (SE3). As ações são movidas por problemas pontuais, não se percebe movimentos de organização efetiva das redes de atenção em saúde.

Em estudo realizado nesta mesma região, constatou-se que os gestores municipais se mostram

conformados e sentem-se incapazes de enfrentar as decisões tomadas pelos prestadores de serviços privados, o que denota sua dificuldade de empoderamento nos processos decisórios (Medeiros, 2013). Há, de certa forma, uma relação de dependência do gestor em relação ao prestador de serviço, com amparo na necessidade de garantir atendimento às demandas diárias, especialmente na média e alta complexidade. Outro estudo, realizado em uma região de saúde do estado da Bahia, também constatou que os gestores municipais não conseguiam regular adequadamente o setor privado contratado da saúde. Verificou que a CIR não possuía mecanismos para evitar as arbitrariedades dos prestadores privados, como a majoração dos valores cobrados ao SUS e cobranças diretas aos usuários (Santos; Giovanella, 2014).

A descentralização sem integração regional e “fragilidades no poder do Estado na oferta de serviços de maior complexidade, com a presença de grandes vazios assistenciais em enormes áreas do território brasileiro, possibilitou o crescimento da oferta privada” (Viana, 2015, p. 420) e consequente dependência desta.

O que tem pautado as reuniões da CIR

Dois pontos foram verificados como direcionadores das pautas na CIR: as dificuldades com a média e alta complexidade e a aprovação de incentivos financeiros ofertados pelo Estado e União. Ao serem questionados sobre quais temas estavam mais presentes nas pautas, seis dos oito participantes destacaram as discussões em torno do atendimento na média e alta complexidade. Percebe-se que este fato é motivado principalmente pela deficiência de referências para especialidades, principalmente a traumatologia, conforme desabafo deste gestor municipal: “Quando eu não tenho uma referência, aonde eu vou? A gente cansa aqui de ter uma batata quente na mão, e daí para quem eu vou recorrer?” (GM1).

Os servidores da gestão regional corroboram desta percepção:

A gente é engolido por essas pautas [...] que é uma demanda que parte da urgência e emergência. Então

temos um ponto frágil que é não termos referência em traumato, isso fica latente e é o que vem a todo o momento para discussão (SE1).

Conforme Silva (2011, p. 12) a sociedade “cobra dos gestores o acesso aos serviços e não é incomum que considerem que as causas da demanda reprimida se devam à ineficácia da gestão, por insuficiente organização dos serviços existentes e inadequada regulação para sua utilização”. Esta cobrança dos usuários direciona a preocupação do gestor em atendê-las. Neste contexto, as questões relacionadas à atenção básica nos municípios ficam preteridas, principalmente na avaliação dos servidores estaduais: “A gente tenta puxar para o outro lado, convencê-los de que a atenção básica é mais importante, porque reduz a pressão na outra ponta, mas fica difícil pela emergência que eles têm de resolver problemas mais pontuais” (SE2).

A dificuldade em garantir assistência na média e alta complexidade, também foi referida pelo estudo de Shimizu (2013), o qual verificou que os serviços se distribuem de forma bastante desigual no país, com o agravante de que não se conseguiu estabelecer mecanismos de cogestão entre o sistema público e os serviços contratados, ocasionando pouca integração às redes regionais. O estudo de Santos e Giovanella (2014) verificou que as estratégias regionais para fortalecimento da rede própria eram centradas na cobrança para ampliação da oferta especializada e hospitalar, sem ações articuladas para o fortalecimento e maior resolubilidade da Atenção Primária à Saúde (APS).

No relato de um gestor municipal, no entanto, evidencia-se o entendimento de que este espaço poderia contemplar debates sobre outras demandas enfrentadas no cotidiano: “Eu acho que os assuntos relacionados realmente ao nosso dia a dia da secretaria, para trocar ideias, isso não tem sido feito” (GM1). A queixa manifesta a necessidade de apoio para o diagnóstico da realidade e o planejamento de ações e serviços que vão ao encontro dos problemas locais.

Verificou-se que os incentivos financeiros ofertados pela Secretaria Estadual de Saúde e pelo Ministério da Saúde ocupam significativamente as pautas das reuniões da CIR, pois devem ser obriga-

toriamente aprovados por este coletivo, na lógica de uma organização regional da saúde. No entanto, o interesse dos gestores municipais muitas vezes tem se limitado ao acesso a estes incentivos, pouco pautando outras questões.

O Decreto nº 7.508 (Brasil, 2011) afirma que o planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada. No entanto, na avaliação dos servidores estaduais, o planejamento não está devidamente contemplado nas discussões da CIR: “como se organiza o sistema, como eu planejo as entradas lá no posto. Como é que eu melhora a questão da saúde bucal? O planejamento é muito difícil ouvir falar em CIR” (SE2).

Embora o Decreto nº 7.508 (Brasil, 2011, p. 8), determine que “o processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal”, a análise da categoria descrita a seguir evidenciou a ausência de integração regional e um forte individualismo entre os gestores na tomada de decisões.

Individualismo ao olhar o processo

A definição do papel da CIR na construção de um sistema de planejamento regional depende, fundamentalmente, do envolvimento dos atores participantes do cenário. Assim, o somatório de esforços pode significar um processo produtivo, transformador. No entanto, o que se percebe é que esta sintonia de objetivos não é rotina na CIR, como destaca um gestor municipal, ao referir que “talvez a maior dificuldade é os municípios se unirem para lutarem contra as entidades, vamos supor, contra um hospital, não adianta eu ir lá discutir um contrato (sozinho)” (GM2). A afirmação deste entrevistado é corroborada por outro gestor municipal, que questiona a baixa participação de um conjunto de gestores, que participam na eventualidade de haver alguma pauta de interesse local. Neste sentido, Silva e Gomes (2013), ao avaliarem o processo na região do ABC paulista, destacam a divisão política entre as representações dentro da CIR como motivo de dificuldade para o interesse coletivo, estimulando-se assim uma perspectiva individualista.

Um gestor municipal, analisando este aspecto, afirma que “talvez falte alguma coisa como união” (GM2). Na mesma linha, um servidor estadual acrescenta: “a dificuldade de sair dessa posição para poder ver o que vai contribuir nas questões de saúde, votar a favor ou não de um determinado projeto de saúde, apoiar uma determinada ampliação de serviço” (SE1).

Na concepção de Silva (2011, p. 17), esta determinação em defender projetos locais em detrimento da rede de saúde leva a dificuldades na construção de soluções locais, sendo que os gestores municipais devem avaliar “a distribuição dos serviços assistenciais nos territórios dos municípios e da região e, considerando a habitual carência na oferta, distribuí-la da forma mais equitativa possível, visando garantia de acesso, vínculo e continuidade da atenção para a população mais necessitada”.

A partir das entrevistas, é possível inferir que a posição individual prevalece à coletiva, na medida em que os assuntos são tratados de acordo com a demanda de cada participante, o que vem ao encontro do observado no estudo de Silva (2011). Um gestor municipal destaca que há, inclusive, um esvaziamento nas reuniões à medida que as pautas mais urgentes são vencidas. Tal comportamento enfraquece a arena política, perdendo-se a possibilidade efetiva de construir mecanismos que aperfeiçoem o planejamento regional integrado. “As fragilidades da construção político-administrativa dos Colegiados de Gestão Regional os tornam mais vulneráveis aos interesses particulares em detrimento dos coletivos” (Mendes et al., 2015, p. 436).

Estudo realizado em São Paulo mostrou que é importante o fortalecimento do papel da gestão regional no estado, pois sua proatividade na organização e estabelecimento de espaços de negociação e avaliação dos processos de pactuação teve impacto positivo no referenciamento entre municípios (Venancio et al., 2011).

Considerações finais

O processo de planejamento regional integrado tem avançado no sentido de constituir-se como um espaço de apoio mútuo entre a gestão municipal e

estadual. No entanto, o comportamento individualista permanece, pouco avançando na proposta de uma ação integrada e solidária, que teria o potencial de fortalecer e qualificar as regiões de saúde.

A gestão em saúde ainda reproduz uma lógica descontextualizada e baseada em demandas e queixas tomadas isoladamente, com vistas a atender o “sintoma” atual do problema. Essa forma de exercer a gestão tem contribuído para a falta de planejamento e de proposição de estratégias que garantam recursos que respondam às demandas regionais para os diferentes níveis de complexidade da rede de atenção à saúde.

O Decreto 7.508/2011 coloca, como atribuição da CIR, orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde, mas para que isto seja efetivo é imprescindível o diagnóstico de necessidades da região, com definição de demandas e ofertas de serviços. No entanto, não se verificou o conhecimento dos gestores sobre a realidade regional, prevalecendo decisões com embasamento mais político do que técnico. Outra atribuição importante, conforme o decreto, é o monitoramento do acesso às ações e aos serviços de saúde. A CIR mostrou-se com poucas condições técnicas de monitorar os serviços para os quais foram aprovados incentivos e recursos financeiros, tanto nas questões de acesso, quanto de qualidade da assistência. Os problemas constatados eram pontuais e não comunicados formalmente a SES. Este fato corrobora para enfraquecer a capacidade de controle e negociação com os prestadores privados.

Acredita-se que a consolidação e fortalecimento da CIR sejam fundamentais para a governança regional e a efetivação das redes de atenção em saúde. Contudo, é necessária a qualificação e participação efetiva dos gestores municipais de saúde. Nesta perspectiva, também é imprescindível a participação dos servidores estaduais como articuladores desse processo, considerando a rotatividade da gestão municipal. Para tal, a gestão estadual precisa conscientizar-se da relevância de assumir e exercer este papel, preparando-se tecnicamente para isto, pois este estudo mostrou que o planejamento regional não tem sido prioridade, e que os servidores não estão capacitados plenamente para participarem deste processo.

Referências

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2012.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Seção 1, p. 1-3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a Resolução nº 196. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 jun. 2013a. Seção 1, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Nota Técnica*. 2013b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/historico_cobertura_sf_nota_tecnica.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2014.

CECILIO, L. C. O. et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. *Reciis: Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 200-207, 2007.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FREIRE, J. M. El sistema nacional de salud español en perspectiva comparada europea: diferencias, similitudes, retos y opciones. *Claridad - Sanidad*, Madrid, v. 1, p. 31-45, jul.-set. 2006.

HUFTY, M.; BÁSCOLO E.; BAZZANI, R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 22, p. S35-S45, 2006. Suplemento.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico 2010*. 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/F5Msw4>>. Acesso em: 12 nov. 2014.

LEATT, P.; PINK, G. H.; GUERRIERE, M. Towards a Canadian Model of integrated healthcare. *Healthcare Papers*, Toronto, v. 1, n. 2, p. 13-35,

2000. Disponível em: <<http://www.longwoods.com/content/17216>>. Acesso em: 14 nov. 2015.

MACHADO, J. A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 24, n. 71, p. 105-193, 2009.

MEDEIROS, C. R. G. *Redes de atenção em saúde: o dilema dos pequenos municípios*. 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

MENDES, Á. et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 423-437, 2015.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <<https://goo.gl/jkDZqr>>. Acesso em: 13 jan. 2014.

MENDES, E. V. Comentários sobre as redes de atenção à saúde no SUS. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 52, p. 38-49, 2014.

MIRANDA, A. S. Processo decisório em Comissões Intergestores do Sistema Único de Saúde: governabilidade resiliente, integração sistêmica (auto)regulada. *Política, Planejamento e Gestão em Saúde*, Salvador, v. 1, n. 1, p. 117-139, 2010.

OUVERNEY, A. M. Regionalização do SUS: uma análise da estratégia de integração intermunicipal. *Administração em Diálogo*, São Paulo, n. 7, p. 91-106, 2005.

RIO GRANDE DO SUL. *Plano Estadual de Saúde: 2012/2015*. Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão. Porto Alegre, 2013.

ROESE, A. *Planejamento regional ascendente e regionalização: atores e estratégias da organização dos fluxos de utilização dos serviços de saúde*. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. *SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos -*

aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. 2. ed. Campinas: Saberes, 2009.

SHIMIZU, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das redes de atenção à saúde no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1101-1122, 2013.

SILVA, E. C.; GOMES, M. H. A. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1106-1116, 2013.

SILVA, S. F. Implantando o pacto pela saúde e aperfeiçoando as redes de atenção do SUS. In: SILVA, S. F. et al. *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. 2. ed. Campinas: Saberes, 2011. p. 12-20.

STOTO, M. A. Regionalization in local public health systems: variation in rationale, implementation, and impact on public health preparedness. *Public Health Reports*, Thousand Oaks, v. 123, n. 4, p. 441-449, 2008.

VENANCIO, S. I. et al. Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no estado de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3951-3964, 2011.

VIANA, A. L. d'Á.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos colegiados de gestão regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010.

VIANA, A. L. d'Á. et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 413-422, 2015.

Contribuição dos autores

Medeiros e Saldanha participaram da concepção, delineamento, análise dos dados, redação e aprovação da versão a ser publicada. Grave e Koetz contribuíram no delineamento, interpretação dos dados e redação do artigo. Dhein, Santos e Castro realizaram a análise dos dados, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada. Schwingel participou do delineamento, análise dos dados e aprovação da versão a ser publicada.

Recebido: 20/04/2016

Reformulado: 29/11/2016