

PROGESTÃO

PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO E APOIO ÀS EQUIPES MUNICIPAIS DE GESTÃO E PLANEJAMENTO DA 16ª E 17ª REGIONAL DE SAÚDE

OFICINA 1

SER GESTOR E REGIONALIZAÇÃO

Abril/2019



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA



Autores

Brígida Gimenez Carvalho

Carolina Milena Domingues

Edinalva de Moura Ferraz

Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes

Felipe Assan Remondi

Fernanda de Freitas Mendonça

Fernando Nelson Lara

Sílvia Karla Azevedo Vieira Andrade

Stela Maris Lopes Santin



Este trabalho está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição-NãoComercial-Compartilha Igual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

1 OBJETIVOS EDUCACIONAIS

- Contextualizar a organização e funcionamento do programa;
- Discutir as competências, dimensões e macrofunções do gestor em saúde;
- Refletir sobre os fatores limitantes, potencialidades e caminhos para a regionalização dos serviços de saúde.

2 PROGRAMAÇÃO

1º momento (30 min)

- Solicitar que os participantes destaquem o que chamou a atenção no texto OS DESAFIOS DO SER GESTOR (Capítulo 6 do livro – Gestão da Saúde em Pequenos Municípios – O caso do Norte do Paraná).
- Discutir as dimensões (técnica e política) relacionadas ao papel do gestor na saúde

2º momento – Abertura do tema Regionalização (30 min)

- Questões norteadoras do debate:
 - Como os desafios da gestão se relacionam com o processo de regionalização?
 - Qual sua compreensão sobre regionalização?
- Pedir que registrem em um papel e depois socializem seus conhecimentos

3º momento (60 min) – Apresentação do caso disparador

- Leitura e discussão do caso disparador em pequenos grupos (de cinco pessoas).

4º momento (45 min) - Leitura do texto

- Leitura do texto Regionalização como Prática na Relação Federativa em pequenos grupos (de cinco pessoas).
- Questão norteadora do debate:
 - Como o texto contribui para o enfrentamento dos problemas apresentados no caso.?

5º momento (60 min) - Síntese dos grupos

- Apresentação das síntese dos grupos

Atividade de dispersão

- Responder as perguntas:
 - Como o texto contribui para o enfrentamento de seus problemas de gestão?
 - Quais dificuldades você percebe para a operacionalização da regionalização?
 - O que você sugere para o enfrentamento dessas necessidades?

3 SITUAÇÃO PROBLEMA

Roseli está em seu segundo ano como gestora de saúde do município de Joaninha. Este município conta com 17.000 mil habitantes, possui 3 UBS, 5 ESF, um HPP com ocupação média de 30% dos leitos/mês. Joaninha está em uma região de saúde denominada de Leôncio José, a qual abrange 23 municípios e uma população total de 600.000 habitantes. As consultas especializadas de Joaninha são realizadas pelo centro de especialidade do consórcio intermunicipal e na policlínica do município.

Roseli estava na reunião do CRESEMS no município vizinho, quando recebeu uma ligação do agendador que disse necessitar marcar uma consulta com o reumatologista para Dona Maria, pois, a situação de saúde havia se agravado muito, entretanto, não haviam consultas disponíveis. Nas referências pactuadas Roseli aproveitou o momento do café da reunião para discutir o problema com os demais colegas, iniciando um debate com vários questionamentos:

- O município de gestão plena era responsável por ofertar a consulta extra?
- A oferta pactuada é respeitada?
- Como distribuir melhor a oferta entre os municípios?
- Quais instrumentos poderiam colaborar para a organização integrada dos serviços?
- O que pode ser construído no âmbito regional pelos gestores?
- Qual o recurso físico e financeiro disponível na região e como ele é aplicado?
- Quais atores que participam do acompanhamento da contratualização?

Durante o debate o apoiador do COSEMS pediu a fala e lembrou que no histórico de construção do SUS surgiram várias normativas na década de 1990 que regulamentaram o processo de descentralização do SUS para os municípios. Somente 10 anos depois iniciaram-se as discussões sobre o processo de regionalização.

O apoiador lembrou instrumentos recentes que regulamentam a relação federativa. Todas essas normativas causaram grande preocupação entre os presentes e o problema apresentado pela Roseli tornou-se pauta para a próxima reunião.

4 TEXTO DE APOIO – A REGIONALIZAÇÃO COMO PRÁTICA NA RELAÇÃO FEDERATIVA

Diante do processo de redemocratização no país, com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe-se a partir da Constituição Federal de 1988, uma nova conformação descentralizada e regionalizada da gestão em saúde, cabendo ao ente municipal as maiores responsabilidades na administração dos serviços e ações de saúde¹.

Apesar dos avanços trazidos pela municipalização, o aumento das responsabilidades e do ônus conferidos a gestão municipal apontam para a fragilidade na regionalização e no esgotamento potencial das iniciativas individuais dos municípios na organização do sistema de saúde. Além disso, a dualidade que se estabeleceu entre as normas e os territórios no processo de regionalização distanciou a concretização desse processo, uma vez nem todas as normativas são adequadas a todos os territórios, o quais apresentam configurações heterogêneas².

Esses problemas relativos ao processo de regionalização, ressaltam a necessidade de adotar e potencializar mecanismos de cooperação entre os municípios, as quais ocorrem, sobretudo, por em meio às Relações Federativas. A Relação Federativa é um elemento potencial para fomentar a Regionalização, o que requer a aplicação de instrumentos para seu fortalecimento, no intuito de cumprir com a sua efetivação.

Para Viana³ um dos fatores mais relevantes a partir da formação do sistema de saúde foi a estruturação de um tipo específico de relacionamento entre as esferas de gestão, tendo em vista a necessidade de integração, articulação e regionalização das ações e serviços.

A Regionalização, prevista na Constituição Federal e no arcabouço legal e normativo do SUS apresenta extrema relevância no fortalecimento no planejamento e na gestão pública de saúde no país e subsidia a construção de uma identidade regional, por meio do planejamento ascendente e da gestão solidária e cooperativa nas regiões de saúde.

A partir da compreensão acerca da Relação Federativa e do processo de Regionalização na trajetória de construção do SUS, torna-se imperativo compreender

quais conceitos podem ser utilizados no contexto das relações federativas para contribuir com o fortalecimento regional. Para tanto, será apresentado o conceito de Ação Coletiva.

AÇÃO COLETIVA COMO FERRAMENTA PARA PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO

A ação coletiva é um conceito pelo qual é possível contribuir para a compreensão das relações federativas, da Regionalização e também dos mecanismos de cooperação. Para abordá-la, é importante apontar para as contribuições dos autores que subsidiam as reflexões sobre o tema. Dentre eles, destacam-se Alberto Melucci⁴ (1943-2001) e Maria da Glória Gohn⁵.

O conceito de ação coletiva para Melucci⁴ é desenvolvido por meio da Teoria dos Novos Movimentos Sociais (TNMS), sendo sua motivação não embasada em interesses economicista e utilitarista. Os sujeitos passam a lutar não pelo poder ou por bens de consumo, mas são imbuídos de uma nova orientação para a ação social. Melucci⁴ ressalta que surge uma busca de outros bens imensuráveis, como a autorrealização, a solidariedade e a identidade. Em destaque à identidade coletiva, Melucci⁶ aponta que esta não é um produto de trocas, negociações, decisões e conflitos.

Gohn⁵ por sua vez, indica que a ação coletiva não é apenas a soma de vontades individuais, mas uma forma de cooperação e requer uma ação conjunta, um projeto coletivo. Deste modo, a ação coletiva relaciona-se aos movimentos sociais, podendo manifestar-se por meio de atuações em larga escala ou de forma menos visível, através da organização e comunicação entre grupos⁷.

Diante do exposto acerca dos conceitos e nuances da ação coletiva e sua conceituação diante dos interesses individuais ou coletivos, é possível perceber que esse tema impulsiona as reflexões acerca das relações federativas, tendo em vista o posicionamento dos atores sociais atuantes no âmbito do planejamento e da gestão em saúde.

Com isso, a ação coletiva apresenta-se como um fenômeno essencial a ser posicionado no âmbito das Relações Federativas, sobretudo diante da proposta de identificação, análise e socialização de estratégias de cooperação entre os entes federativos. Além disso, a ação coletiva configura-se como eixo motivador para o processo decisório e de mudanças, ao qual se refere o planejamento, cabendo abordá-

la sob o enfoque dos valores da solidariedade, considerados outros aspectos igualmente significativos, quais sejam: a identidade coletiva (que se vincula à territorialização e às Regiões de Saúde), a ação dos atores (sendo este um agir coletivo), a cultura (representada pelo respeito às especificidades territoriais no âmbito da gestão em saúde), as lutas cotidianas (que são as práticas, ações e instrumentos da gestão) e a ideologia (podendo surgir como pressupostos os princípios do SUS, entre outros ideais comuns).

OBSTÁCULOS A SEREM SUPERADOS NA RELAÇÃO FEDERATIVA

A ação coletiva, portanto, é uma lacuna a ser fomentada entre os gestores de saúde, uma vez percebida a necessidade de controle sob os interesses individuais, para que os interesses coletivos estejam no centro das discussões, tendo em vista que o conflito social é inevitável.

Dentre estes conflitos encontram-se diversos fatores dificultosos, quais sejam:

- a) as dificuldades na Relação Federativa entre pares no âmbito municipal;
- b) a burocratização dos instrumentos de gestão;
- c) a desvalorização dos espaços de discussão e das instâncias de deliberação;
- d) a verticalização das relações no processo decisório entre as esferas de gestão em saúde;
- e) participação e engajamento municipal incipientes no planejamento regional;
- f) territórios regionais demarcados por relações de submissão e dependência;
- g) persistência de cenários de volatilidade dos acordos na Relação Federativa;
- h) rotatividade dos atores na tomada de decisões, com descontinuidade das políticas públicas;
- i) interferência na gestão por demandas do âmbito do jogo político; entre outros.

Essas limitações são comuns em diversas Regiões de Saúde no âmbito nacional. Para que uma RS seja efetiva é necessário que os entes federativos que a compõe

estabeleçam uma relação dialógica e cooperativa, renovada e crescente, superando os dificultadores ocasionados pela renovação das equipes de gestão. É a partir das relações sociais que ocorrem as articulações, trocas e compartilhar de experiências, oportunizando o planejamento e a tomada de decisões, de forma que a interação oportuniza ao gestor a concretização de seu papel⁸.

A Região de Saúde do Médio Paranapanema, que contempla 21 municípios possui cerca de um milhão de habitantes em seu sistema de saúde regional e quatro microrregiões organizadas, que compartilham também das limitações apontadas. As relações federativas nesta região se apresentam ainda de maneira incipiente se analisados os aspectos da representatividade e da integração nas instâncias de articulação regional, macrorregional e estadual, além de obstáculos no modo de exercício do poder entre os entes federados, com evidências de relações de dependência e sobredependência⁹.

No âmbito da estrutura interna, as pequenas localidades enfrentam importantes limitações para estruturar a equipe de gestão local com conhecimento acerca dos processos e instrumentos de gestão, que se mostrem envolvidos e pertencidos a esse processo. Isso, entre outras questões, por conta do grande volume de atividades, intercorrências e atualizações, nos aspectos administrativo, técnico e financeiro na gestão em saúde.

Outro aspecto a ser superado refere-se às ingerências políticas na definição das prioridades para a construção do planejamento, uma vez que os gestores municipais se ocupam de construir os instrumentos como forma de cumprir com as exigências e prazos legais e normativos, deixando que outras esferas de gestão (estadual e federal) estabeleçam o rumo para as novas políticas de saúde, o que torna a relação federativa verticalizada.

CONSTRUINDO CENÁRIOS PARA FORTALECER O PLANEJAMENTO REGIONAL

Diante desse cenário, tendo em vista a necessidade de ressignificação da ação coletiva nas Relações Federativas e no SUS, verifica-se que existem fatores limitadores inerentes às relações sociais bastante significativos.

Além disso, há instrumentos já consolidados que podem apresentar-se como entraves na tomada de decisões, no planejamento e na organização das ações e

serviços, no âmbito das regiões de saúde. Os instrumentos oferecidos aos gestores para estruturação de seu processo de planejamento e tomada de decisões tornaram-se meramente formais e pouco incentivam os gestores a uma reflexão e problematização para novos rumos.

Esses entraves, portanto, impactam diretamente no modelo de atenção e no cuidado, uma vez que estes, de acordo com Merhy¹⁰, estão decisivamente relacionados ao modo como se constrói a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho. Com isso, o processo de planejamento e gestão e seus pilares estruturantes influenciam no acesso à saúde e na qualidade de vida das pessoas.

Em contribuição a esse enfoque, é preciso que sejam superados ou removidos instrumentos já consolidados, de forma que os gestores de saúde, sejam eles novos nesta trajetória de planejamento ou com vasta experiência na gestão, se vejam motivados a adotar estratégias de cooperação e vislumbrem a construção de um planejamento em saúde efetivamente ascendente, que se estruture de forma participativa e democrática, por meio de um sistema de gestão cooperativo e regionalizado.

Verifica-se que é preciso estimular e valorizar novas experiências, inclusive estar atento para quando elas emergirem no cotidiano do trabalho. Assim é possível promover aprendizado e amadurecimento reflexivo entre os atores envolvidos na gestão municipal nas Regiões de Saúde, por meio da ação coletiva e diante da perspectiva das relações federativas, acenando para a possibilidade de construção de uma identidade territorial fortalecida, considerando suas especificidades, por meio do planejamento regional.

Neste sentido, há aspectos essenciais a serem considerados para que as relações federativas sejam fortalecidas, quais sejam, a alteridade, a solidariedade e a identidade. A alteridade é a capacidade de ver o outro como um sujeito relacional com sua singularidade, sua bagagem cultural, suas diferenças e suas subjetividades¹¹.

A alteridade permite compreender as especificidades do “ser gestor”, quando é possível ver o outro pela perspectiva do eu, permitindo respeito ao outro por suas individualidades, suas necessidades, bem como o repensar de sua própria realidade, deslocando-o de suas certezas.

O segundo aspecto, a solidariedade, é um aspecto fundamental na ação coletiva e permite colocar as necessidades do outro ao lado de suas próprias necessidades. Para Melucci¹² a solidariedade é “a capacidade de os atores partilharem uma identidade coletiva, isto é, a capacidade de reconhecer e ser reconhecido como parte da mesma unidade social”.

Por meio do exercício da solidariedade é possível construir uma identidade coletiva, que é o terceiro aspecto essencial para a Regionalização. A identidade é o que permitirá o diálogo aberto e a construção coletiva, o bom fluxo para estruturação de políticas públicas que venham de encontro com as necessidades da Região de Saúde. É a partir do pertencimento a uma identidade regional única que as equipes gestores encontrarão liberdade, parceria e segurança para fortalecerem a relação federativa.

Neste cenário favorecido pela alteridade, solidariedade e identidade é possível construir um cenário de encontros, favoráveis ao debate e ao compartilhar de experiências, que as equipes gestoras são empoderadas para a reflexão acerca de suas próprias práticas, para estruturar um processo de mudança rumo a novos caminhos.

REFERÊNCIAS

1. SILVA, JFM; CARVALHO, BG. A vigilância em saúde no âmbito municipal: revisão integrativa. Revista de Saúde Pública do Paraná, v.18, n.1, p. 184-195, 2017.
2. VIANA, A.L.d'Á. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.
3. VIANA, A.L. d'Á. Sistema e descentralização: a política de saúde no Estado de São Paulo nos anos 80. Tese (Doutorado em Economia) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.
4. MELUCCI, A. Um objetivo para os movimentos sociais. CEDEC, n° 17, jun., pp. 49-66. . Lua Nova. São Paulo, 1989.
5. GOHN, MGM. 500 anos de lutas sociais no Brasil: movimentos sociais, ONGs e terceiro setor. Rev. Mediações, Londrina, v. 5, n. 1, p. 11-40, jan./jun. 2000
6. MELUCCI, A. A invenção do presente. Rio de Janeiro: Vozes, 2001. 7. COHEN, J. Strategy or Identity: New Theoretical Paradigms and Contemporary Social Movements. Social Research, No. 52, p. 663 - 716. Del sector informal a la economia popular. Quito, Instituto Fronesis, 1985.
8. ANDRADE, SKAV. Atuação dos gestores de saúde no âmbito da relação federativa e da ação consorciada. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Saúde

Coletiva. UEL. Londrina, 2018. 9. SROUR, RH. Poder, cultura e ética nas organizações. 6 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

10. MERHY, EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, Emerson Elias et al. (Org). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec. 2004. p. 15-35.

11. BRASIL. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://scielo.br/pdf/icse/v13n31/a06v1331.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2017.

12. MELUCCI, A. Challenging Codes. Collective Action in the Information Age, Cambridge, Cambridge University Press. 1996.