



<https://doi.org/10.26512/gv.v13i03.46067>

Revista Gestão & Saúde ISSN: 1982-4785

Silva M, Barroso PF, Quevedo ALA, Guimarães CF

Artigo de Pesquisa

A dimensão relacional da governança na regionalização em saúde: perspectivas dos gestores regionais da Macrorregião de Saúde Sul

The relational dimension of governance in the regionalization of health: perspectives of regional managers of the Macrorregião de Saúde Sul

La dimensión relacional de la gobernanza en la regionalización en salud: perspectivas de los gestores regionales de la Macrorregión de Salud Sur

Mariana da Silva¹
Priscila Farfan Barroso²
André Luis Alves de Quevedo³
Cristian Fabiano Guimarães⁴

Recebido: 13.10.2022

Aprovado: 13.12.2022

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi conhecer, a partir do olhar dos gestores de nível regional da Macrorregião de Saúde Sul do Rio Grande do Sul, quais são os elementos potencializadores e limitadores que impactam na governança regional, na dimensão relacional. Através de abordagem qualitativa foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dois gestores regionais de saúde

¹Graduada em Biomedicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: maariana.lvs@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5280-0400>

² Graduada em Sociologia. Doutora em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora Assistente na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Campus Vitória da Conquista, Bahia, Vitória da Conquista, Bahia. E-mail: prifarfan@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4815-4792>

³ Graduado em Enfermagem e Direito. Mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Saúde na Assessoria de Gestão e Planejamento, Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul. E-mail: andrequevedo_sls@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9314-7578>

⁴ Graduado em Psicologia, Doutor em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Coordenador da Assessoria de Gestão e Planejamento, Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul. E-mail: crisfabg@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3101-634X>

escolhidos intencionalmente pela sua trajetória no território. Como resultado, destacou-se a importância de gestores regionais de saúde que conheçam o Sistema Único de Saúde e a regionalização, que se entendam como parte do território e valorizem essa instância. O alto grau de comunicação e colaboração entre gestores regionais e municipais de saúde apareceu como um elemento facilitador da governança regional, assim como as reuniões itinerantes e os momentos informais. Por outro lado, a alta rotatividade de gestores emergiu como um limitador dos processos da regionalização, uma vez que a composição dos grupos de decisão influencia a dimensão relacional e reflete nas pactuações interfederativas. Os fenômenos micropolíticos encontrados constroem o cenário de pactuação e impactam no direcionamento das políticas públicas no território. Assim, a compreensão desses fatores relacionais pode ser uma ferramenta potente para nortear as estratégias de gestão e planejamento em saúde.

Palavras-chave: Governança em Saúde; Regionalização da Saúde; Serviços de Saúde; Gestão em Saúde; Autonomia Relacional.

ABSTRACT

The objective of this study was understand, from the point of view of managers at the regional level of the Southern Health Macroregion of Rio Grande do Sul, which are the potentializing and limiting elements that impact on regional governance, in the relational dimension. Through a qualitative approach, semi-structured interviews were executed with two regional health managers intentionally chosen for their trajectory in the territory. As a result, the importance of regional health managers who know the Sistema Único de Saúde and regionalization, who understand themselves as part of the territory and value this instance was highlighted. The high degree of communication and collaboration between regional and municipal health managers appeared as a facilitator of regional governance, as well as itinerant meetings and informal moments. However the high turnover of managers emerged as limiter on regionalization processes, once the composition of decision groups influences the relational dimension and reflects on inter-federal pacts. The micropolitical phenomena found build the scenario of agreement and impact on the direction of public policies in the territory. Thus, understanding these relational factors can be a powerful tool to guide health management and planning strategies.

Key words: Health Governance; Regional Health Planning; Health Services; Health Management; Relational Autonomy.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue averiguar, desde el punto de vista de los gestores a nivel regional de la Macrorregión de Salud Sur de Rio Grande do Sul, cuáles son los elementos potencializadores y limitantes que impactan en la gobernanza regional, en la dimensión relacional. A través de un enfoque cualitativo, se realizaron entrevistas semiestructuradas a dos gestores regionales de salud elegidos intencionalmente por su trayectoria en el territorio. Como resultado, se destacó la importancia de gestores regionales de salud que conozcan el Sistema Único de Salud y la regionalización, que se comprendan como parte del territorio y valoren esta instancia. El alto grado de comunicación y colaboración entre los gestores regionales y municipales de salud apareció como un facilitador de la gobernanza regional, así como de encuentros itinerantes y momentos informales. Por otro lado, la alta rotación de gerentes surgió como una limitante en los procesos de regionalización, ya que la composición de los grupos de decisión influye en la dimensión relacional y refleja en los pactos interfederales. Los fenómenos micropolíticos encontrados hacen a construcción del arena de acuerdo e influyen en la dirección de las políticas públicas en el territorio. Así, comprender estos factores relacionales puede ser una herramienta poderosa para guiar las estrategias de gestión y planificación de la salud.

Palabras clave: Gobernanza en salud; Regionalización de la Salud; Servicios de Salud; Gestión en Salud; Autonomía Relacional.

1. Introdução

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 assume que a saúde é um direito do cidadão e prevê a formação de um Sistema Único de Saúde (SUS) universal, integrado e descentralizado. Dentro dessa proposta, a regionalização do SUS emerge como uma forma de descentralização, buscando organizar o território de modo a garantir o acesso e a cobertura dos serviços de saúde a toda população⁽¹⁾. A regionalização, no entanto, não deve ser vista apenas como uma divisão territorial definida formalmente. Segundo Albuquerque e Viana, ao longo da história do SUS, as noções de regionalização, região e redes assumiram diferentes concepções teóricas conforme o contexto sociopolítico⁽²⁾.

Mello e colaboradores⁽³⁾ pontuam que o conceito contemporâneo de regionalização precisa incluir a descentralização, as tecnologias, a intersetorialidade, a urbanização, além de compreender que as redes não são sistemas simples e lineares. Além disso, o geógrafo Milton Santos traz a noção das dimensões material e imaterial da região⁽⁴⁾. O autor entende como material os recursos técnico-científicos, as informações e a estrutura do meio; enquanto a porção imaterial pode ser entendida

como as subjetividades envolvidas, as relações humanas e outras dinâmicas interativas. Nesse sentido, para se pensar a regionalização em tempos de globalização, é necessário vê-la sob esses diferentes aspectos.

O Decreto nº 7.508/2011⁽⁵⁾ articula essas novas concepções teóricas de regionalização da saúde. Nessa proposta, espera-se que os municípios cooperem para oferecer a máxima disponibilidade de ações e serviços de saúde, buscando um alto grau de resolubilidade dentro da Região e Macrorregião de Saúde. No Rio Grande do Sul, após a publicação do Decreto, a Secretaria da Saúde (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 a integrarem 18 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), bem como sete Macrorregiões de Saúde, pactuadas na Resolução CIB/RS nº 188/2018, acompanhando a proposta anteriormente definida pelo Plano Diretor de Regionalização de 2002. Elas são denominadas Centro-Oeste, Metropolitana, Missioneira, Norte, Serra, Sul e Vales. Este trabalho tem como palco a Macrorregião de Saúde Sul, território que possui economia baseada, principalmente, na agropecuária e serviços e que é bastante heterogênea no que tange aos dados epidemiológicos e demográficos de cada uma das duas Regiões de Saúde que a compõe: R21 e R2. Nessas instâncias de gestão regional, são observados, de maneira mais intensa, os fenômenos micropolíticos característicos da governança e que remetem à dimensão imaterial abordada por Milton Santos⁽⁴⁾. Já Franco e Merhy⁽⁶⁾ utilizam o conceito de tecnologias leves ao se referirem às ferramentas utilizadas para orientar a dimensão relacional constituinte da micropolítica. Nessa linha, compreendem a micropolítica como o local de encontro dos atores sociais.

Quanto à governança no SUS, ela pode ser entendida como 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. 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⁽⁷⁾. As relações entre os gestores são determinantes nas tomadas de decisão, sendo importante observar que elas também são atravessadas por questões econômicas, políticas, antropológicas e sociais, que podem, por sua vez, modular a governança e, conseqüentemente, impactar no direcionamento da tomada de decisão para definição de ações e serviços de saúde.

A compreensão de quais são os fatores capazes de potencializar ou dificultar as relações intergestores pode fornecer estratégias 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 de nível regional – vinculados ao estado e que atuam nas Coordenadorias Regionais de Saúde - acerca da construção das Regiões de Saúde, bem como sobre os momentos de pactuações, traz informações importantes sobre os dispositivos moduladores da governança. Deste modo, este trabalho **objetiva** conhecer, a partir do olhar dos gestores de nível regional da Macrorregião de Saúde Sul do Rio Grande do Sul, quais são os elementos potencializadores e limitadores que impactam na governança regional, na dimensão relacional, com implicações no processo de regionalização do Rio Grande do Sul.

2. Metodologia

O estudo faz parte da pesquisa “Análise dos processos de regionalização, gestão e planejamento para a implementação das Redes de Atenção à Saúde no Rio Grande do Sul”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), que foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento e da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (CAAE 39496820.6.0000.5319).

Nesta pesquisa, de abordagem qualitativa e natureza exploratória, foram entrevistados gestores e técnicos do nível municipal, regional e estadual que atuaram ou atuam no processo de regionalização do SUS. O recorte feito no presente artigo contempla as entrevistas dos atores de nível regional da Macrorregião de Saúde Sul do Rio Grande do Sul, escolhidos intencionalmente pela sua trajetória no território regional. As entrevistas foram realizadas através de videoconferência e as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme o estabelecido acerca da pesquisa nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

O roteiro das entrevistas foi construído de forma semiestruturada e baseado em temas norteadores, buscando compreender a inserção e o papel dos atores sociais na regionalização da saúde; a governança na região de saúde de atuação; o processo de regionalização no contexto das Redes de Atenção à Saúde (RAS); e os avanços e desafios do processo. As entrevistas foram gravadas, transcritas e, posteriormente, categorizadas através do software NVivo. As categorias utilizadas para a análise compreendem os temas norteadores.

Assim, foram analisadas duas entrevistas com técnicas da área de planejamento em saúde que atuam na 3ª e 7ª CRS, realizadas de forma virtual no mês de março de 2021. A 3ª CRS é formada pela Região de Saúde R21, que é composta por 22 municípios. Por sua vez, a 7ª CRS, corresponde à Região de Saúde R22, que possui seis (6) municípios. Para preservar a identidade das participantes, os trechos de suas falas serão identificados como Entrevistada 1 (E1) e Entrevistada 2 (E2).

Após a categorização do material das duas entrevistas, buscou-se analisar seu conteúdo, pela técnica de análise temática, de cada uma das categorias, identificando os elementos considerados potencializadores ou limitadores da governança no âmbito regional. Para fins de análise, considerou-se a governança que se desenvolve nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), nos grupos de trabalho (GT) das CRS, nos encontros que reuniam membros das duas CRSs e nos momentos informais.

3. Discussão e Análise dos Resultados

A partir da categorização e análise dos dados, observou-se que os fatores associados à dimensão relacional da governança na Macrorregião Sul podem ser sistematizados em quatro temas: a) características dos atores sociais, b) estratégias de governança regional, c) dinâmicas decorrentes do processo e d) estrutura do trabalho. Em cada tema, os elementos foram divididos em potencializadores e limitadores da governança regional, conforme Quadro 1.

Quadro 1. Dimensão relacional da governança regional, Macrorregião de Saúde Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

	Governança regional	
	Potencializadores	Limitadores
Características dos atores sociais	Gestores municipais ativos e participativos; Gestores que valorizam o território regional, a intergestão e o SUS; Gestor regional comprometido e que estimule a equipe; Corresponsabilização e solidariedade.	Gestores municipais passivos; Gestores que não valorizam as instâncias de pactuação; Postura impositiva durante reuniões de CIR.
Estratégias de governança regional	Educação permanente dos gestores; Alto grau de comunicação; Integração do trabalho das Coordenadorias Regionais de Saúde da Macrorregião de Saúde; CIR itinerante em diferentes municípios; Interdisciplinariedade; Considerar a subjetividade do trabalho.	Questões partidárias.
Dinâmicas decorrentes do processo	Espaços informais.	Frequente mudança dos atores sociais.
Estrutura de trabalho	Informatização e tecnologia.	Ferramentas de trabalho precárias ou inexistentes; Estrutura física precária; Grande volume de trabalho; Escassez de trabalhadores.

Fonte: autores, 2022

Quanto às **características dos atores sociais**, as duas entrevistadas eram do sexo feminino, sendo ambas servidoras públicas estatutárias com mais de 20 anos na gestão estadual da saúde, no âmbito regional. Embora o termo gestor evoque, no imaginário comum, a ideia do indivíduo que, em uma escala hierárquica, detém maiores poderes, neste trabalho, gestor foi considerado todo aquele trabalhador envolvido na gestão da saúde. Nas entrevistas emergiu a importância de que o

coordenador da Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e os gestores municipais de saúde compreendam a história e o funcionamento do SUS e valorizem as regiões de saúde e os espaços de pactuação. Conforme pode ser observado, “*Que a gente já teve coordenadores [da CRS] que não sabiam o que era SUS nem acreditavam no SUS. [...] Aí a luta é dupla. Não é só tu ter o gestor [municipal de saúde] que não está entendendo, mas a própria coordenação tem que lutar para isso (E1).*”

As falas deram grande destaque também aos gestores municipais de saúde que assumem posturas mais ativas e participativas nas reuniões da Comissão Intergestor Regional (CIR). Esses aspectos potencializam a dimensão relacional, uma vez que o indivíduo participativo dialoga, busca e traz novas informações, conferindo dinamicidade às discussões. Silva e colaboradores⁽⁸⁾, através de um estudo qualitativo com gestores municipais de saúde da II Região de Saúde de Pernambuco, apontam a assiduidade e participação de secretários de saúde e técnicos na CIR como ponto favorável ao enfrentamento das demandas de saúde.

Os relatos mostraram também que uma maior participação desses gestores em grupos, entidades e demais órgãos que deliberam sobre saúde também é positiva, uma vez que amplia as redes de informação na região de saúde.

[...] eles [gestores municipais de saúde] estão mais proativos, eu vejo assim, estão interagindo mais... A gente tem hoje um gestor que é um dos diretores do CONASEMS [Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde], da nossa região. [...] Isso aí eu acho uma grande vitória, assim, porque eles estão se apoderando e trazendo para a região maiores informações (E1).

Percebe-se, através das narrativas, que houve uma mudança no perfil dos gestores da Macrorregião de Saúde Sul ao longo dos processos de regionalização, em que eles saem de um estado de maior passividade e assumem posturas mais diligentes nas discussões.

Eles [gestores municipais de saúde] eram muito passivos assim, não eram participativos. De um tempo para cá, que eu não sei se vou te precisar assim, que eu vejo uma mudança bem grande nos gestores municipais, pelo menos nos nossos, de ser mais ativos, de ser mais participativos. [...] Teve uma época que começou a ter uns cursos de capacitação de gestores. Eu acho que isso foi importante. Sabe? Porque dava uma outra noção, dava uma visão (E1).

Essa mudança comportamental dos secretários municipais de saúde pode estar associada ao histórico político e estrutural da regionalização no Rio Grande do Sul. Antes mesmo da publicação das Normas Operacionais Básicas (NOBs), nos anos 1990, o estado já se organizava regionalmente através dos Departamentos de Serviços Regionais, que, mais tarde, passaram a configurar como Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). Esse legado histórico, somado ao aparato legal e às políticas estaduais,

que se constituiu desde as NOBs até o Decreto nº 7.508/2011, colocam o RS em posição de destaque no que tange à regionalização⁽⁹⁻¹¹⁾. Esse cenário possibilitou que o sistema de saúde estadual tivesse um longo período de familiarização com o processo regionalizador, conferindo maior segurança e suporte aos gestores e contribuindo para a formação de atores mais autônomos.

O Conselho das Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), órgão responsável por balizar a fragmentação do sistema de saúde e dar suporte aos municípios na oferta de serviços à população, tem tido papel importante na consolidação dessa autonomia. Esses conselhos vêm ganhando protagonismo na regionalização à medida que dialogam diretamente com os gestores municipais e promovem uma maior independência dos mesmos⁽¹²⁾. No Rio Grande do Sul, particularmente, a atuação do órgão é bastante presente e ganha destaque⁽⁹⁾, sendo determinante na mudança de perfil dos gestores municipais de saúde.

Apesar do legado histórico e do apoio do COSEMS/RS contribuírem, de forma relevante, para a construção da autonomia dos municípios, há diferentes graus de autonomia entre eles. Isso fica evidente na medida em que as entrevistadas pontuam, embora de maneira menos acentuada, que não são todos os gestores municipais de saúde que percebem a CIR e as pactuações regionais como ferramentas potentes, uma vez que seguem procurando solucionar suas demandas recorrendo diretamente à CRS ou ao nível central.

Esse achado é consistente com a literatura, a qual mostra que a percepção dos gestores sobre a importância da CIR é bastante heterogênea. Silva e colaboradores relatam que os gestores entrevistados reconhecem a potencialidade da CIR para a governança na regionalização⁽⁸⁾. Já Viana e colaboradores⁽⁹⁾, em um estudo de caráter qualitativo, apontam que, das cinco regiões de saúde investigadas no Brasil, quatro, incluindo a Região de Saúde R9 do Rio Grande do Sul, não mencionaram a CIR como potencializadora da governança. Nessas regiões estudadas, destacou-se a forte influência dos poderes federal e estadual em detrimento da gestão regional.

Em suma, percebe-se um aumento gradual na participação dos gestores municipais de saúde na CIR, embora ainda haja uma assimetria entre as percepções dos gestores acerca da relevância da CIR - o que pode estar associado aos diferentes graus de autonomia de cada município. Esse nível de autonomia pode ser determinado por questões histórico-administrativas e pela presença de órgãos apoiadores, conforme discutido anteriormente, mas também por questões como os atravessamentos partidários, a falta de estratégias de gestão e administração mais efetivas e a própria política federal de distribuir recursos mediante adesão a programas de saúde, forçando os municípios a integrarem essas pactuações mesmo quando a mesma não representa uma demanda real dos munícipes⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Emergiu ainda como importante, a postura de gestores regionais que estimulem sua equipe a cooperar, buscar informações e discuti-las. Nessa linha, reflete-se que, o senso de comunidade e a construção coletiva de soluções para os problemas é o caminho para transformações sólidas e duradouras⁽¹⁶⁾.

Observa-se ainda que, as gestoras regionais de saúde atribuem uma parte considerável da responsabilidade pela regionalização da saúde aos gestores municipais de saúde. Suas narrativas falam muito mais dos gestores municipais do que sobre o protagonismo e a coordenação dos processos de regionalização, que são atividade-fim dos gestores regionais de saúde.

O tema **das estratégias de governança regional** compreendeu os mecanismos desenvolvidos pelos próprios atores sociais, a fim de organizar o processo de trabalho. Dentre esses mecanismos está a capacitação técnica (educação permanente) dos gestores, uma ação que também se conecta com tópico discutido anteriormente acerca do perfil dos gestores, uma vez que as entrevistadas atribuem a mudança no perfil dos gestores às ações de educação permanente, conforme pode ser observado “[ações de formação] *Que capacita mesmo, que dá subsídio para esse gestor entender o que é o Sistema Único. Isso é uma coisa importante.*” (E1).

A estratégia de formação dos sujeitos que chegam ao cenário da gestão aparece como decisiva no processo de passagem de um ator passivo para aquele mais ativo. Os secretários de saúde chegam à gestão, muitas vezes, desconhecendo grande parte da estrutura do SUS e dos instrumentos administrativos. Assim, a formação e a educação permanente são essenciais para produzir relações interfederativas mais solidárias e pautadas pelo conhecimento técnico^(8, 16).

Outro mecanismo que se destacou foram os esforços de manter uma comunicação ativa entre os atores da Coordenadoria Regional de Saúde, enquanto unidade administrativa da burocracia estatal, e os gestores municipais de saúde.

O meu celular é vinte e quatro horas disponível. Eu não tenho, assim, “só me manda e-mail”, “só me liga”. É o meu jeito de trabalhar e de fomentar de forma positiva a governança. Porque eu acho que, o alto grau de comunicação ele é facilitador. Eu minimizo milhões de problemas se eu tiver uma socialização mais transparente possível das informações (E2).

Essa interface entre CRS e municípios proporciona um espaço de troca de conhecimentos e aprendizados que confere maior autonomia aos atores municipais. Isso, por sua vez, pode se refletir na maneira como eles passam a construir a micropolítica nos momentos de tomada de decisão. Para ilustrar, a Entrevistada 1 relata os benefícios de terem realizado oficinas presenciais com os municípios a fim de mediar a construção dos Planos Municipais de Saúde.

A gente fez várias oficinas para a construção dos planos municipais de saúde. Então a gente ia por tópicos. “Então hoje nós vamos trabalhar no diagnóstico. O que é um diagnóstico? O

que deve fazer?”. Então a gente fez vários encontros sobre o diagnóstico. Aí dava um tempo, pedia para eles descreverem alguma coisa, trazer na próxima e aí a gente ia devolvendo até construir. [...] foi isso que foi empoderando eles [gestores municipais de saúde] (E1).

Ainda no âmbito da comunicação, a aproximação e o trabalho conjunto entre membros da 3ª e 7ª CRS emergem como um fator favorável para os relacionamentos a nível de Macrorregião de Saúde. Destacam-se, também, os encontros presenciais da CIR em diferentes municípios da região de saúde, de modo que os municípios periféricos também possam ser protagonistas nesses espaços de pactuação.

Dar palco para os municípios de pequeno porte contribui para reduzir significativamente as hierarquias que se constroem na CIR em função do tamanho e estrutura dos municípios e das relações clientelistas⁽⁸⁾, permitindo que a tomada de decisão não seja exclusiva dos gestores dos municípios de grande e médio porte. Isso pode ser observado no excerto da Entrevistada 1.

A gente teve uma época em que a CIR era descentralizada, que eu achava muito interessante. Então faziam em cada município uma CIR. Foi uma experiência muito legal assim. [...] Então o outro município tinha um espaço, que também foi instituído [...] que ele apresentava alguma coisa sobre a saúde daquele município naquele dia da CIR. [...] É bom porque a gente não fica só vindo na regional [Coordenadoria Regional de Saúde], mesmo Bagé sendo o centro, os outros um pouquinho mais longe assim. [...] Dava uma interação melhor (E1).

A composição dos grupos nos espaços de discussão também é um elemento determinante, que dita o teor das conversas nos grupos de trabalho e nas reuniões de CIR. Os participantes apontam que uma equipe composta de profissionais de diferentes áreas enriquece as discussões e confere maior respaldo e segurança nas decisões: “*A importância de ter pessoas de várias áreas, que são várias, várias disciplinas, para trabalhar junto.*” (E1).

As duas estratégias acima descritas - comunicação ativa e interdisciplinaridade - vão ao encontro da ideia de superação da racionalidade instrumental. Uma vez que, o instrumentalismo é a noção de que as coisas tem que ter uma utilidade⁽¹⁷⁾ e na gestão isso cria uma dinâmica em que as decisões são tomadas baseando-se em critérios técnicos e normas, afastando-as dos espaços de discussão⁽¹⁸⁾. Na tentativa de romper com essa lógica, a comunicação e a interdisciplinaridade contribuem para a construção da chamada Gestão Social, que busca promover uma gerência pautada na cooperação, diálogo e compartilhamento de decisões⁽¹⁹⁾. No cerne da gestão social encontra-se, justamente, o conceito de racionalidade comunicativa cunhado por Habermas⁽²⁰⁾. A racionalidade comunicativa procura superar a razão instrumental sem negá-la, mas compreendendo que existem espaços em que a razão deve se construir com o diálogo e que o sujeito deve ser trazido ao protagonismo em detrimento da dinâmica mercantilista⁽¹⁸⁾.

Ao trazer o sujeito para o centro, também é necessário compreender que ele vem imbuído de subjetividades, compreendidas como a indução dos sentidos e emoções a partir dos contextos histórico, político, social e individual⁽²¹⁾. Nessa linha, para Franco e Merhy, “[...] *a subjetividade é operadora de realidade, ou seja, o modo singular como cada um significa o trabalho e o cuidado agencia o modo como se produz o agir em saúde [...]*”^(6:152).

Entende-se, portanto, que os indivíduos são atravessados por diversas singularidades, o que terá implicações na forma como gerem suas vidas e, conseqüentemente, seus trabalhos. Desta forma, na administração pública, é preciso que uma das estratégias de gestão seja a de considerar as subjetividades dos trabalhadores, como a dimensão emocional, o descanso e o tempo para reflexões. Como visto nas entrevistas, ter as “subjetividades do trabalho” consideradas reflete na capacidade dos gestores regionais de saúde de mediar discussões e torná-las mais produtivas: “[...] *‘a gente’, muitos têm a mania de exigir altos graus de objetividade na vida, no trabalho. Isso é uma forma de negar as subjetividades intrínsecas.*” (E2).

As questões partidárias não foram centrais na narrativa das entrevistadas, contudo elas aparecem para explicar, principalmente, a saída ou entrada arbitrária de personagens na gestão. Conforme conta uma entrevistada, a escolha de um gestor de saúde por motivos partidários pode trazer à cena alguém pouco familiarizado com os conhecimentos técnicos e administrativos necessários ao cargo. Essa narrativa não é incomum^(14,15) e diz muito sobre a herança clientelista que a gestão pública carrega³.

Uma coisa para nós muito frustrante. Vou te dizer, assim, enquanto região, de saber... [o Coordenador Regional de Saúde] foi exonerado. Parece que até tem uma nomeação de uma pessoa... outra pessoa, que não tem nada a ver. Porque a pessoa [coordenador] vai entrar no meio do caminho, até ela entender o que está acontecendo, ela vai demorar um...[tempo]. Parece que a prioridade não é a saúde (E1).

O tema sobre as **dinâmicas decorrentes do processo** abrange as dinâmicas que ocorrem como consequência, esperadas ou não, de estratégias ou estruturas já consolidadas dentro das políticas de saúde. Aparecem os momentos informais, que podem, por exemplo, se dar nos encontros supracitados de CIR em diferentes municípios da Região de Saúde. Os ambientes informais, para além daqueles definidos pelos compromissos formais entre gestores - como reuniões, CIR e demais atividades da gestão - promovem novas interações, conexões e novos fluxos de ideias, que contribuem para uma relação mais cooperativa entre os gestores.

As entrevistadas foram enfáticas ao apontarem que a alta rotatividade de gestores é um limitador para a governança, consistente com outros estudos⁽⁸⁾. A troca de personagens implica novas adequações, mudanças de vieses nas tomadas de decisão e descontinuidade de alguns processos, tornando mais lento o processo de regionalização da saúde: “*Porque é um desafio imenso a mudança de atores na*

gestão no sentido de que parece que a gente está sempre começando do zero. Cada pessoa que entra, e às vezes antigos, sentem essa sensação de que não se anda” (E2).

Essa troca muitas vezes é decorrente dos processos eleitorais, que são fundamentais para a manutenção de uma sociedade democrática e, por isso, convém pensar em estratégias para que essa rotatividade impacte menos a gestão em saúde. Nesse sentido, é cada vez mais premente instituir uma carreira para gestores do Sistema Único de Saúde, no sentido de ter um quadro de pessoas com formação e experiência na área da gestão de saúde, buscando, assim, evitar discontinuidades e rupturas que desarticulem a organização das Redes de Atenção à Saúde.

No tema da **estrutura de trabalho** emergiram temas como os elementos físicos e estruturais, os quais podem viabilizar ou prejudicar o trabalho dentro das Coordenadorias Regionais de Saúde e a relação com os gestores municipais da Região da Saúde. Nesse sentido, a informatização e as tecnologias, bem como o domínio sobre seus usos, foram apontadas como potencializadoras da governança regional, uma vez que facilitam a comunicação.

A ausência ou precarização delas, expressa pela falta de computadores, de webcams e de boa conexão de internet, apareceu como limitador. A estrutura do ambiente físico também é abordada na narrativa da Entrevistada 2 como um elemento fundamental para a garantir as condições de trabalho adequadas dentro das CRS, sendo a sua inadequação também identificada como um limitador da governança regional.

Mas tem esse entrave da questão física, dos recursos. [...] Hoje estamos passando por uma situação muito crítica de área física, de estrutura de computadores, de tecnologia mesmo. Nós temos na regional [Coordenadoria Regional de Saúde] duas webcams. Então, se três setores querem participar, já não dá porque às vezes as salas são pequenas, não dá para ficar todo mundo junto. (E1).

Outro aspecto apontado como desfavorável para as relações intergestores foi o grande volume de trabalho e o baixo contingente de trabalhadores para executá-lo, consistente com o estudo de Viana e colaboradores⁽⁸⁾. Reflete-se que, se o gestor regional de saúde é sobrecarregado e acumula funções diversas que não apenas as suas originárias, lhe resta menos tempo e energia para ocupar-se do planejamento e da mediação das relações entre os gestores municipais de saúde.

Nesse sentido, a necessidade de ter as subjetividades observadas reaparece, atrelada às questões estruturais: “[...] *da questão do planejamento, eu sempre sentia [...] Era um apaga-incêndios assim. A gente não tinha muito planejamento” (E1).* “[...] *é um avanço sim hoje na regional ter alguém como eu que está se ocupando disso [planejamento] e podendo trabalhar um pouco melhor isso [...] (E2).*

Em relação às limitações do presente estudo, aponta-se o desenho metodológico da pesquisa qualitativa uma vez que ela nos permite construir pistas para o entendimento das questões advindas

das falas das entrevistadas, mas não contribui para o estabelecimento de inferências e extrapolações. Mesmo essa metodologia não buscando estabelecer “verdades”, ela nos ajuda a buscar sentidos e produzir reflexões sobre as práticas sociais em análise.

4. Conclusão

As singularidades de cada Região de Saúde dentro de uma mesma Macrorregião de Saúde produzem desafios para a organização dos serviços dentro do território, de modo que se espera que os gestores lancem mão de uma solidariedade para gerir de forma mais eficiente. A CIR vem ao encontro dessa ideia, propondo um espaço para se consolidar relações de interdependência e corresponsabilidade sanitária entre os entes estaduais e municipais, viabilizando a pactuação, a cooperação e o fortalecimento da regionalização da saúde.

O exposto nas entrevistas da Macrorregião Sul do Rio Grande do Sul revela o quanto as interações entre os atores sociais podem ser moduladas pelo contexto, pela infraestrutura, pelas competências dos atores e pela observação das subjetividades inerentes à condição humana. No tema sobre as características dos atores sociais, ressalta-se que, de maneira geral, a narrativa das entrevistadas trouxe para o protagonismo da regionalização o gestor de nível municipal em detrimento dos gestores de nível regional - o que pode ser interpretado como uma tentativa de atribuir maior responsabilidade ao nível municipal pelo processo, no contexto estudado.

A respeito do tema das estratégias de governança regional, apareceu a importância de se manter mecanismos que reforcem os laços entre os atores sociais, como o alto grau de comunicação, a realização de reuniões de CIR em diferentes municípios da Região de Saúde, a subjetividade do trabalho, a interdisciplinariedade e a formação dos gestores.

No tema que abordou as dinâmicas decorrentes do processo, a rotatividade dos gestores foi o que apareceu como limitador da governança regional, segundo as entrevistadas. E, em relação à estrutura do trabalho, observou-se a importância da viabilização de melhores condições de trabalho aos gestores regionais de saúde, de modo que eles possam se ocupar adequadamente da gestão e do planejamento em saúde.

Os elementos supracitados contribuem para a construção do cenário micropolítico da governança regional no qual os gestores discutem, ponderam e pactuam as ações e serviços de saúde. E, portanto, têm um impacto na maneira como os municípios organizam a atenção à saúde dentro do espaço regional.

Por fim, conclui-se que o processo de regionalização do SUS está atrelado à capacidade dos gestores de saúde se relacionarem e cooperarem entre si para direcionar as políticas públicas.

Compreender a dimensão relacional constitutiva da governança regional é uma ferramenta potente para nortear as estratégias de gestão e planejamento em saúde, contribuindo para a construção de melhores arranjos institucionais da regionalização da saúde.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. 1. ed., rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
2. Albuquerque MV, Viana ALÁ. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. Saúde em Debate [Internet]. 2015;39(n.esp.):28-38.
3. Mello GA, Demarzo M, Viana ALD. O conceito de regionalização do Sistema Único de Saúde e seu tempo histórico. História Ciênc Saúde-Manguinhos [Internet]. 2019;26(4):1139-1150.
4. Santos M. O trabalho do geógrafo no terceiro mundo. 5. ed. São Paulo: EdUSP; 2008.
5. Brasil. Decreto n. 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, 28 jun. 2011. p. 1.
6. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. Tempus – Actas de Saúde Coletiva [Internet]. 2012;6(2):151-163.
7. Carneiro R, Menicucci TMG. Gestão pública no século XXI: as reformas pendentes. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. A Saúde no Brasil em 2030: Desenvolvimento, Estado e Políticas de Saúde. v. 1; 133-194.
8. Silva RCF, Santos ERR, Martelli PJJ, Sobrinho JEL, Souto CCL. A governança e o planejamento na perspectiva regional de saúde. Physis [Internet]. 2020;30(3): e300331.
9. Viana ALA, Ferreira MP, Cutrim MA, Fusaro ER, Souza MR, Mourão L, et al. O processo de Regionalização no Brasil: influência das dimensões Política, Estrutura e Organização. Rev Bras Saúde Mater Infant [Internet]. 2017;17(suppl. 1):S45-S61.
10. Lima LD, Viana ALA, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Scatena JHG, et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. Cien Saude Colet [Internet]. 2012;17(11):2881-2892.
11. Viana ALD, Lima LD, Oliveira RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. Cien Saude Colet [Internet]. 2002;7(3): 493-507.
12. Shimizu HE, Cruz MS, Bretas Júnior N, Schierholt SR, Ramalho WM, Ramos MC, et al. O protagonismo dos Conselhos de Secretários Municipais no processo de governança regional. Cien Saude Colet [Internet]. 2017;22(4):1131-1140.
13. Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. Saúde Soc [Internet]. 2015;24(2):438-446.
14. Pinafo E, Carvalho BG, Nunes EFPA. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. Cien Saude Colet [Internet]. 2016(5);21:1511-1524.
15. Mendes Á, Louvison MCP, Ianni AMZ, Leite MG, Feuerwerker LCM, Tanaka OY, et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. Saúde Soc [Internet]. 2015;24(2):423-437.
16. Vasconcelos EM. Educação popular e atenção à saúde da família. 6 ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2015.

17. Petry FB. O conceito de razão nos escritos de Max Horkheimer. Cadernos de Filosofia Alemã: Crítica e Modernidade [Internet]. 2013;22:31-48.
18. Gonçalves MAS. Teoria da ação comunicativa de Habermas: possibilidades de uma ação educativa de cunho interdisciplinar na escola. Educ Soc [Internet]. 1999;20(66):125-140.
19. Tenório FG. A trajetória do Programa de Estudos em Gestão Social (Pegs). Rev Adm Pública [Internet]. 2006;40(6):1145-1162.
20. Habermas J. Teoría de La Acción Comunicativa. v. I. Madri:Taurus Humanidades; 1999.
21. Martines WRV, Machado AL. Produção de cuidado e subjetividade. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010;63(2)328-333.

Agradecemos aos participantes da pesquisa e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul pelo incentivo financeiro (Chamada Decit/SCTIE/MS-CNPq-FAPERGS 08/2020 – PROGRAMA PESQUISA PARA O SUS: Gestão Compartilhada Em Saúde – PPSUS), o qual contribuiu para a realização desse estudo.

Participação dos autores na elaboração do artigo original

Autor 1: Trabalhou na concepção teórica, análise de dados, elaboração e redação final do texto.

Autor 2: Trabalhou na concepção teórica, análise de dados, elaboração e redação final do texto.

Autor 3: Trabalhou na análise de dados e redação final do texto.

Autor 4: Trabalhou na concepção teórica, análise de dados e redação final do texto.