

# **Estratégias para o Desenvolvimento do Sistema Regional de Saúde do ES – Governabilidade, Governança e Gestão Participativa**

Organização do documento:  
Luiza Maria de Castro Augusto Alvarenga, SESA/GEPMI

## **1-Introdução:**

O objetivo do presente trabalho é construir uma narrativa sobre governabilidade/governança e gestão participativa e sua aplicação na institucionalização das Regiões de Saúde com o intuito de subsidiar um plano de desenvolvimento regional que sustente as intenções do modo de atenção promocional e garantia do direito à saúde, por meio da provisão de serviços suficiente e qualificada, com base nas necessidades de saúde da população.

Para um Plano de Desenvolvimento Regional torna-se fundamental o desenvolvimento de estratégias para a construção de bases sólidas de governança loco-regional, capazes de fornecer suporte técnico, gerencial e político às políticas de saúde.

Governabilidade e governança podem ser entendidas como conceitos complementares e intrinsecamente relacionados. Didaticamente, podemos definir a governabilidade como a capacidade do Estado/Governo agregar os múltiplos interesses dispersos na sociedade e apresentar-lhes um objetivo comum de curto, médio ou longo prazo, articulando alianças e coalizões/pactos entre os diferentes grupos sócio-políticos (ENAP, 2002). Ou seja, envolve a capacidade do governo de viabilizar o projeto de Estado e Sociedade a ser desenvolvido. Sustenta-se principalmente na relação com os cidadãos e a cidadania organizada.

A Governança envolve os aspectos instrumentais do Estado/governo para viabilizar a governabilidade: capacidade financeira, técnica e gerencial para formular e implementar as políticas. Sustenta - se principalmente,

no corpo técnico, agentes públicos e servidores do Estado, que se responsabilizam em dar conta das expectativas dos cidadãos nas funções que lhes são determinadas. A esta responsabilização permanente dos agentes públicos, eleitos, nomeados ou de carreira entende-se por accountability.

No artigo publicado por Gomes de Pinho (2009), com revisão de literatura sobre o termo accountability, ficou explicitada a responsabilização pessoal dos profissionais, pelos atos praticados e a responsabilização de quem ocupa um cargo, em prestar contas segundo os parâmetros da lei.

## **2-Capacidades Institucionais necessárias para Gestão/Governança Regional.**

Segundo Mintzberg, (1989), as organizações de saúde são organizações profissionais respaldadas em conhecimento, portanto exigem alto nível de qualificação e saberes específicos provenientes da formação profissional e com autonomia. O grande desafio do desenvolvimento institucional é garantir o *como* a instituição vai desenvolver suas atividades e responsabilidades para alcançar o impacto sobre as necessidades geradas no contexto político-social, além de garantir que os profissionais compartilhem as ações e comprometam-se com os resultados.

### **Breve Histórico:**

A proposta de um Modelo Assistencial e de participação popular que garantiu o pioneirismo da descentralização no ES foi enunciada na Lei 4317 de janeiro de 1989, a qual estabeleceu como órgão Central: a Secretaria de Estado da Saúde e as instâncias de participação social estadual e regional: Conselho Estadual de Saúde e Conselhos Regionais de Saúde.

O Decreto n. 3.011-N, de 06 de julho de 1990, que homologa o Modelo Assistencial de Saúde para o Estado do Espírito Santo, instituiu os organogramas da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), do Instituto de Saúde Pública (IESP), das Superintendências Regionais de Saúde e Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo (CREFES) e constituiu as 04 Superintendências Regionais de Saúde (SRS): São Mateus, Colatina, Vitória e Cachoeiro de Itapemirim.

Em 2001 e 2002 – As Normas Operacionais da Assistência à Saúde do SUS 01/2001 e 01/2002 (NOAS SUS 01/2001 e NOAS SUS 01/2002) impuseram a redefinição territorial das regiões de saúde para a constituição de redes regionais de saúde com o objetivo de “promover maior equidade na alocação de recursos e acesso da população às ações e serviços de saúde”. Introduz a concepção dos módulos assistenciais, microrregiões e macrorregiões, expressas no Plano Diretor de Regionalização de 2003 (PDR). Mesmas com redefinição regional as Superintendências Regionais foram mantidas na sua concepção ficando a macrorregião norte com duas superintendências.

Em 2004/2005, a Lei 317 reformulou a estrutura administrativa da SESA com foco no fortalecimento das funções de regulação e financiamento. Na Sessão VII art.63 A, a lei reafirma as competências das Superintendências Regionais com a finalidade de garantia da gestão com responsabilidade de implementação das políticas a em nível regional e com a responsabilidade de mobilização interinstitucional e social.

No Pacto pela Saúde, em 2006, mantém-se a regionalização como eixo central e reafirmam-se os instrumentos de planejamento instituídos pelas NOAS SUS 01/2001 (BRASIL, 2001) e NOAS (01/2002). O Pacto de Gestão amplia a visão da regionalização para além da assistência, evidencia a conformação de sistemas regionais que dêem conta da organização da saúde integral nos diversos componentes. O PDR assume a função de instrumento de planejamento sistêmico do espaço regional, deixando de ser focado na assistência. Institui, além disso, os Colegiados de Gestão

Regional como instância de co-gestão no espaço regional (Série Pactos pela Saúde, 2006, vol.10, p.8).

Em 2007, com a extinção do IESP, esse processo se consolidou com a SESA acumulando integralmente as funções de regulação, financiamento e prestação de serviços (com toda a rede própria de serviços vinculada a uma subsecretaria - SSAGH).

Para o aprofundamento do processo de descentralização, deve-se ampliar a ênfase na *regionalização* e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora das Secretarias Estaduais de Saúde – SES (BRASIL, 2001).

A partir do PDR, elaborado em 2011, configuraram-se quatro regiões de saúde para o Espírito Santo: Região Norte, Região Central, Região Metropolitana e Região Sul. A representação estadual nas regiões se dá pela autoridade sanitária das Superintendências. O objetivo das SRS é o fortalecimento dos espaços regionais, com vistas à descentralização tecno-político-administrativa da gestão da saúde no Estado do Espírito Santo, conforme definido em Portaria Nº 136-R, de 23 de agosto de 2010 na qual as funções foram definidas a partir da necessidade de adequação às políticas estratégicas estaduais e nacionais.

Apesar das reorganizações do organograma da SESA (incluindo as SRS) nos últimos 10 anos (há uma nova proposta de ajustes elaborada em 2013 e não instituída), evidencia que apenas a revisão dos lugares institucionais não é suficiente para garantir que as macrofunções de gestão sejam exercidas. Algumas dessas tentativas de mudanças na SESA nos últimos anos, não levaram em consideração a cultura simbólica institucional o que gerou um contexto de grande incerteza e aprofundamento da divisão entre a cultura organizacional que opera o cotidiano e as funções instituídas.

É indispensável o enfrentamento contínuo da revisão e requalificação dos processos de trabalho e dos recursos (principalmente o humanos) necessários ao exercício desses novos papéis e funções, sustentados por uma clara definição de missão e metas de resultados sanitários.

### **3 - Melhorias possíveis com as condições existentes**

Pela lógica da organização de um sistema de saúde no plano regional há necessidade de que as SRS resgatem a coerência entre as responsabilidades funcionais e fortalecimento dos espaços regionais, com vistas à descentralização da gestão da saúde estadual.

Em relação à estrutura física das regionais, as mesmas são inadequadas tendo havido tentativas de acomodação dos espaços para as funções, como a compra de imóvel no município de São Mateus, locação de imóveis em Cachoeiro e Colatina e a reforma da SRS Vitória, para maior articulação entre espaço físico, papéis/funções. Neste momento se discute a separação administrativa das SRS e os Centros Regionais de Especialidade, (CRE) com papéis diferenciados de gestão e prestação de serviço ocupando os mesmos espaços físico que se agravou com aumento dos recursos humanos oriundos do concurso público, resultado do Projeto de Reestruturação e Fortalecimento das SRS.

É possível a retomada do processo de desenvolvimento institucional da SRS resgatando-se os produtos elaborados até então. A Portaria nº 136-R, de 23 de agosto de 2010, estabeleceu em seu Art.1º a estrutura organizacional básica das Superintendências Regionais de Saúde do Estado do Espírito Santo.

Sobre a estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde, com reflexo nas SRS, algumas deficiências identificadas em estudo realizado pela MACROPLAN em 2008 persistem até o momento: responsabilidade de cada área não delimitada, fragmentação, dificuldades na comunicação interna, falta de integração institucional, centralização das decisões no

nível central e reduzida autonomia nas Superintendências, deficiência na política de recursos humanos, entre outras.

Mais especificamente identificam-se algumas fragilidades:

- Organograma inadequado para a realidade atual, pois se constatam conflito de atribuições e ações onde serviços estão subordinados diretamente ao Superintendente;
- Ausência de uma Gerência de Gestão Estratégica para desenvolvimento e interação das ações de Planejamento, Monitoramento e Avaliação e os setores de Compras, Protocolo, RH, Informática, Patrimônio, Manutenção, Educação Permanente, Comissão Intergestores de Secretários (CIR), Informação em Saúde com Monitoramento dos Indicadores de Saúde e Serviço de Ouvidoria.

Em relação às responsabilidades sanitárias e funcionais mínimas a serem desenvolvidas pelas SRS, estão definidas pela Portaria N° 137-R, de 28 de agosto de 2010, com enfoque nas funções estratégicas de:

- Gestão estratégica e participativa;
- Monitoramento e Avaliação Assistencial e Auditoria;
- Vigilância em Saúde;
- Gestão Administrativa, Orçamentária, Financeira, Contábil e Patrimonial e;
- Gestão Integrada dos Serviços de Saúde.

Esta Portaria ainda estabelece que as SRS devem atuar em consonância com as diretrizes e princípios da política estadual de saúde agindo como interlocutor privilegiado entre o nível estratégico central da SESA, os Comissões Regionais e os municípios. No limite de sua autonomia: realizar a gestão da saúde na Região de Saúde, de forma que venha possibilitar o acesso universal e integral da população adscrita às ações e aos serviços de saúde, de modo contínuo, articular as ações de promoção, prevenção e assistenciais, integrando-as aos sistemas de serviços de saúde, tendo como centro de comunicação a Atenção Primária à Saúde (APS) de acordo com a lógica das redes de atenção.

A governabilidade/governança das SRS no ES depende ainda do empoderamento do governo/executivo para garantir o cumprimento dos critérios ocupação dos cargos de gestores regionais e diretores dos hospitais próprios, com menor interveniência de grupos de interesses individuais ou de minorias (incluindo agentes políticos) em detrimento das necessidades coletivas. Esses critérios foram definidos a partir de competências mínimas para o exercício de seus cargos por meio da PORTARIA 013-R DE 06/03/2014, o que, ao ser exigido garantirá nos cargos de gerentes, profissionais com entendimento dos papéis e funções que garantam e consolidem a regionalização.

Para implementar os lugares institucionais das SRS previstos na regulamentação da SESA, é necessário a reflexão dos processos de trabalho que articulem o nível estratégico da SESA com as equipes regionais, com as câmaras técnicas permanentes e as equipes técnicas dos municípios, sendo a lógica de uma articulação matricial para alcance de resultados/cumprimento de metas uma forte alternativa.

É preciso superar o modo de trabalho atual, onde as ações regionais são reativas às demandas do nível central, com acumulação de tarefas/papéis/processos diferentes (diferentes habilidades/competências) nos mesmos técnicos ou equipes.

Assim, a governança deve envolver os modos de exercício da autoridade e os processos de inserção dos interesses sociais na agenda de governo, podendo ser usada como ferramenta analítica para investigação e transformação dos processos de formulação de políticas e gestão de sistemas de saúde. O uso analítico da governança permite "descrever e explicar as interações de atores, processos e regras do jogo e, assim, conseguir melhor compreensão das condutas e tomada de decisões na sociedade.

#### **4- Estratégias que podem ser utilizadas para instituir a participação social nos vários âmbitos da tomada de decisão.**

Com a adoção do controle social nos princípios do SUS, os indivíduos, as famílias e as comunidades passam a ser cobrados a ocuparem o lugar que lhes foi dado pela Constituição, o de controlador social. Passamos então a responsabilizar pelo bem-estar social além dos governos, os titulares dos direitos, os cidadãos, que como sujeitos sociais recebem a atribuição de se responsabilizarem junto com o Estado pela condução do país para um panorama menos desigual (lei 8080, art 2º, §2º). Na lei 8142/1990, ficou estabelecido as instâncias de representação social nos espaços governamentais: nacional, estadual e municipal sem apontar a representação social no espaço regional que se operacionalizou até o momento em instâncias de governo para pactos e construção de acordos entre os entes.

A instância de governança regional atual é a Comissão Intergestora Regional – CIR – que é uma instância de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS, em consonância com o Decreto 7.508 e deve respeitar as diretrizes estabelecidas na CIB e CIT, criar Câmaras Técnicas para assessoramento aos municípios, participar Planejamento Regional, aprovar Diretrizes Regionais das Redes de Atenção e incentivar a participação da comunidade;

Os Consórcios Públicos de saúde existentes na região, entendidos como instrumento voluntários e de cooperação federativa, podem configurar como uma estratégia para o fortalecimento regional e apoio as práticas efetivas de articulação solidária como exemplo no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) desde que compatíveis com os desenhos regionais da saúde.

A criação de plenária regional do Conselho de Saúde também seria um mecanismo de controle social que permitiria a representação dos vários segmentos sociais da região na proposição de estratégias e no controle da execução da política de saúde.



Um dos grandes desafios segundo o conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em 2013, é que mesmo em sistemas universais de saúde com bom desempenho há dificuldade de se saber se respondem eficazmente as expectativas da população o que seria um papel das ouvidorias do SUS à medida que no processo de interlocução com o cidadão produz subsídios para tomadas de decisão a partir da percepção do cidadão. Em relação as SRS o desafio a ser superado é o de transformar as agendas estratégicas (o que fazer) – muitas vezes bem definidas - em ações estruturadas e contínuas (como fazer), trazendo as SRS efetivamente para esse papel tático-operacional.

Para tanto, além dos processos descritos acima, é indispensável que o nível regional incorpore e desenvolva também um conjunto de competências regulatórias que vão da contratualização dos serviços necessários à operacionalização das redes de serviços, o monitoramento dos mesmos, bem como das metas sanitárias pactuadas com os gestores municipais para cada região nos Planos Regionais de Saúde.

Ordenar os recortes setoriais e garantir o espaço de diálogo e decisão regional poderá ser garantido por um **Conselho Gestor Regional**, formado pelas áreas de suporte social a vida dos capixabas: educação, saúde, assistência social e meio ambiente e Representação do movimento Empresarial, como o “ES em Ação” no espaço regional, com compromisso de estratégias de desenvolvimento regional. Este fórum foi previsto no documento ES 2025, mas não foi instituído.

A construção desta rede de cidades equilibrada, com garantia das condições de acesso a qualidade de vida digna e sustentável, será induzida por iniciativas estratégicas governamentais que seguem a lógica da integração de cidades utilizando como vetor o desenvolvimento de uma rede de serviços (serviços avançados e serviços tradicionais) focada na complementaridade entre os diversos espaços sócio-econômico-culturais. Particularmente relevante neste terreno será a estruturação das redes de serviços de saúde. Nesse sentido, o Espírito Santo terá sua capacidade de atendimento nas quatro regiões e contará com serviços de saúde

descentralizados tanto no que refere à distribuição territorial quanto no tocante às variadas áreas de especialização de cada Ponto da Rede de Atenção à Saúde.

## **BIBLIOGRAFIA**

ARAÚJO, VC. A conceituação de governabilidade e governança, da sua relação entre si e com o conjunto da reforma do Estado e do seu aparelho— Brasília: ENAP, 2002. 27 f.

Governo do Estado do Espírito Santo, Secretaria de Estado da Saúde Decreto n. 3.011-N, de 06 de julho de 1990.

Governo do Estado do Espírito Santo, Lei 317 – 2004/2005.

Governo do Estado do Espírito Santo, Secretaria de Estado da Saúde Portaria 013-R DE 06/03/ 2014.

Pinho JAG - Accountability: já podemos traduzi-la para o português?. Revista de Administração Pública— Rio de Janeiro 43(6):1343-1368, nov./dez. 2009.