

OS 'SÍSIFOS' DA GESTÃO: DESAFIOS QUE DIFICULTAM A EFETIVA (AÇÃO) DA DESCENTRALIZAÇÃO E DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

THE 'SISYPHUS' OF THE MANAGEMENT: CHALLENGES THAT HINDER EFFECTIVE(ACTION) OF DECENTRALIZATION AND REGIONAL HEALTH PLANNING

LOS 'SÍSIFOS' DE LA GESTIÓN: DESAFÍOS QUE DIFICULTAN LA EFECTIVA(ACCIÓN) DEL DESCENTRALIZACIÓN Y REGIONALIZACIÓN DEL SALUD

Marcelo de Almeida Mayernyik¹, Juliana Marin²

RESUMO

Visando transpor o desafio de efetivar a transferência de atribuições e responsabilidades para os municípios, emergiram distintas dimensões normativo-programáticas, tais como as Normas Operacionais, o Pacto pela Saúde e o Decreto nº 7.508/11, decorrentes de um processo de aperfeiçoamento evolutivo-programático das políticas de saúde. Os gestores da Região Noroeste Fluminense, sujeitos desse estudo, convivem com obstáculos estruturais, conjunturais e burocráticos, que são

permeados pela desigualdade, iniquidade e descontinuidade administrativa, que materializam os desafios na efetivação da descentralização e da regionalização na região. Esse estudo qualitativo evidencia esses desafios na gestão em saúde, pertinentes em diversas regiões do país, que transformam a prática cotidiana dos gestores em 'trabalho de Sísifo', individual, de rotina imediatista. Destarte, concluímos que a transferência de responsabilidades de gestão através da regionalização e da descentralização deve ser *pari passu* ao fortalecimento da cogestão e da gestão efetivamente participativa, integradora entre os entes, que permita a resolução real e significativa de problemas latentes do Sistema Único de Saúde.

Descritores: Sistema Único de Saúde, Gestão em Saúde, Descentralização, Regionalização.

¹ Doutorando do Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense. Especialista em Gestão da Atenção à Saúde pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês. E-mail: mayermyik@yahoo.com.br

² Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense. Graduada em Odontologia pela Universidade de São Paulo. Docente da Universidade Salgado de Oliveira em Niterói/RJ. E-mail: jubsmarin@yahoo.com.br

The 'Sisyphus' of the management: challenges that hinder effective(action) of decentralization and regional health planning.

ABSTRACT

Aiming to overcome the challenge of effecting transfer of powers and responsibilities to municipalities, emerged distinct normative-programmatic dimensions, such as the Operating Standards, the Pact for Health and Presidential Decree nº 7.508/11, resulting from an process evolutionary-programmatic of health policy. The managers of the Northwest Region Fluminense, subjects in this study, live with structural obstacles, cyclical and bureaucratic, pervaded by inequality, inequity and administrative discontinuity, that materialize the challenges in effecting decentralization and regionalization in the region. This qualitative study investigates these challenges in health management, persistent in various regions of country, that transform everyday practice managers in 'labor of Sisyphus', individual, immediate routine. Thus, conclude that the transfer of management responsibilities through regional health planning and decentralization should be simultaneous strengthening of co-management and participatory management effectively, integrative, conduction collective, allowing

real and significant resolution of latent problems of Unified Health System.

Key words: Unified Health System, Health Management, Decentralization, Regional Health Planning.

Los 'Sísifos' de la gestión: desafíos que dificultan la efectiva(acción) del descentralización y regionalización del salud

RESUMEN

Con el objetivo de superar el desafío de efectuar la transferencia de poderes y responsabilidades a los municipios, surgido dimensiones normativas y programáticas distintas, tales como las normas operativas, el Pacto por la Salud y el Decreto 7.508/11, resultante de un proceso evolutivo de programación de las políticas de salud. Los gestores de la Región Noroeste Fluminense, sujetos de este estudio, viven con obstáculos estructurales, coyunturales y burocráticos, influenciados por la desigualdad, inequidad y discontinuidad administrativa, que materializan los desafíos para efectuar la descentralización y regionalización de la región. Este estudio cualitativo revela esos desafíos de la gestión en salud, pertinaces en diversas regiones del país, que transforman la práctica cotidiana de los gestores en 'tarea de Sísifo', individual, de rutina inmediata. Así, concluimos de que la transferencia de responsabilidades de gestión mediante la

regionalización y la descentralización debe ser simultáneo con el fortalecimiento de la cogestión y gestión participativa, integradora, permitiendo una resolución significativas de los problemas latentes del Sistema Único de Salud.

Descriptorios: Sistema Único de Salud, Gestión en Salud, Descentralización, Regionalización.

INTRODUÇÃO

A efetivação do processo de descentralização administrativa com a transferência de responsabilidades e atribuições de gestão, serviços e servidores, recursos financeiros e poder sobre a política de saúde para os municípios em atenção às reais necessidades e características de suas populações e entorno, é um dos maiores desafios na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal processo é fundamental para o exercício pleno das funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da saúde local e influencia diretamente na efetivação da regionalização.

Em determinados momentos históricos da evolução do SUS, foram elaboradas as Normas Operacionais e os Pactos que correspondem a distintas dimensões normativo-programáticas resultantes de um processo de aperfeiçoamento evolutivo da atual política de saúde, não exauríveis e sim

complementares, com o objetivo de fortalecer a operacionalização dos princípios e diretrizes constitucionais. O percurso dessas estratégias reforçou a ideia de que para consolidar o SUS, o caminho não é a normatização descendente, planejada no eixo central do sistema, que não contempla a multiplicidade das realidades locais e especificidades regionais.

Neste cenário, o Pacto pela Saúde foi estrategicamente formulado com a premissa de inovar a gestão do SUS, em direção única, com a condução política e o comprometimento dos gestores locais, buscando o fortalecimento das relações gerenciais locorregionais na efetivação do processo de descentralização administrativa e de regionalização solidária e cooperativa.

A efetivação do Pacto pela Saúde foi diretamente associada ao processo de adesão voluntária, com a assunção, por parte dos secretários municipais de saúde, dos estabelecimentos de gestão dupla (estadual e municipal) e das responsabilidades e atribuições sanitárias constantes no Termo de Compromisso da Gestão Municipal (TCGM). Os estados e o governo federal, por sua vez, também pactuaram suas atribuições e responsabilidades sanitárias, em conformidade com o predisposto na legislação, através, respectivamente, do Termo de Compromisso da Gestão Estadual

(TCGE) e do Termo de Compromisso da Gestão Federal (TCGF).

No Brasil, dos 5.563 municípios, 4.589 aderiram ao Pacto pela Saúde até o ano de 2012, um percentual de 82,5%.

Na região sudeste, o estado do Rio de Janeiro foi o que apresentou menor percentual de municípios com adesão ao Pacto pela Saúde, com 58,7%, ficando atrás dos estados de São Paulo, Minas Gerais e Espírito Santo, respectivamente com 100%, 98,6% e 91 % de adesão segundo informações da Comissão Intergestores Tripartite no ano de 2012.

Dentre as regiões do estado do Rio de Janeiro, a Noroeste possui a maior concentração de municípios que não firmaram a pactuação. Tal fato evidencia um quadro de desproporção entre as regiões do estado, que resgata uma memória histórica de exclusão embasada na focalização política, onde o processo de adesão se efetivou com predominância nas regiões próximas à capital, em municípios com maior aporte financeiro e maior estruturação na oferta de serviços, em um contexto de desigualdade política, econômica e geográfica, que influencia na organicidade e na estrutura da gestão de serviços e sistemas locais de saúde, marcado pela descontinuidade administrativa, que dificulta a construção e efetivação de uma gestão regional participativa e descentralizada⁽¹⁾.

OBJETIVO

Esse estudo teve como objetivo evidenciar os desafios na gestão em saúde Região Noroeste do estado do Rio de Janeiro, revelando desafios comuns aos 14 gestores da região que dificultam a efetivação da descentralização e que podem estar presentes, em maior ou menor proporção, em diversos municípios do país.

MÉTODO

Para concretizar essa pesquisa foi realizado um estudo qualitativo de caráter exploratório que respondeu às questões particulares, considerando como sujeitos as pessoas pertencentes à determinada condição social, com suas crenças, prioridades, julgamentos, valores e significados, buscando compreender o espaço das relações, dos processos e dos fenômenos, através das falas que estabelecem prioridades e projetam o social⁽²⁾.

Adotamos, para este estudo, a Região Noroeste do estado do Rio de Janeiro por representar uma delimitação geográfico-política de municípios marcados pela carência e desigualdade estrutural, intensa descontinuidade administrativa gerada pela constante substituição dos gestores da saúde e pela notável dificuldade na efetivação da descentralização e da regionalização solidária através da adesão ao Pacto pela Saúde, correspondendo à região que apresentou

menor número de municípios com adesão a essa política no estado do Rio de Janeiro

(figura 1).

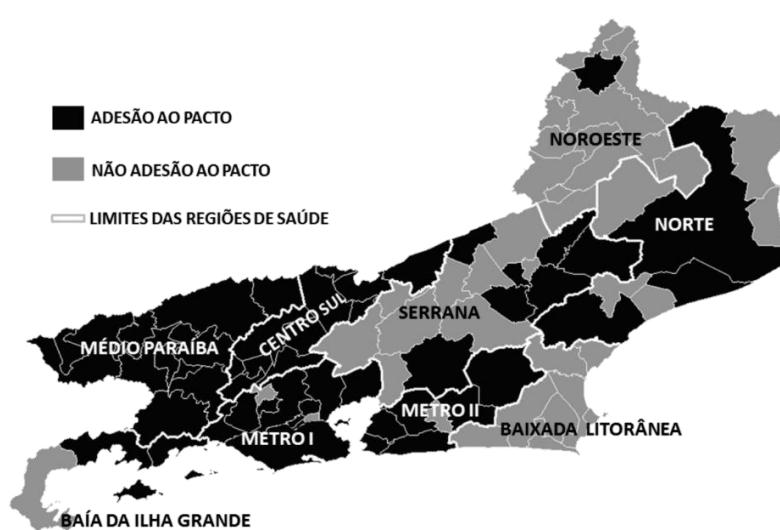


Figura 1-Adesão ao Pacto pela Saúde no estado do Rio de Janeiro. **Fonte:** Mayernyik et. al., 2012.

Realizamos, inicialmente, um levantamento de dados secundários geográficos, populacionais, econômicos, sociais e estruturais, com enfoque nos fatores que influenciam o sistema de saúde regional, a fim de contextualizar e subsidiar a análise dos relatos dos gestores, proporcionando melhor compreensão do grupo em estudo e das declarações teóricas mais gerais sobre regularidades do processo e da estrutura social.

O roteiro de entrevista foi aplicado aos secretários municipais de saúde (S) nas secretarias de saúde de cada município e, na ausência desses, aos subsecretários (SUB) ou coordenadores (C) por eles indicados.

Todos os pesquisados autorizaram a gravação da entrevista e apenas 01 não assinou o Termo de Consentimento Livre

Esclarecido, destes 10 eram secretários, 03 subsecretários municipais de saúde e 01 coordenador de vigilância sanitária indicado pelo secretário que estava ausente no período da realização do trabalho de campo.

A entrevista foi realizada por meio de um roteiro semiestruturado com questões norteadoras que permitiram identificar as percepções e opiniões dos gestores em relação aos desafios na gestão que, entre outros fatores, dificultam a efetivação da descentralização administrativa e da regionalização do sistema de saúde. Para fidedignidade na transcrição, as entrevistas foram gravadas, mediante autorização.

O roteiro de entrevista foi aplicado no ano de 2010, e, com base nos relatos, acompanhamos durante o período de quatro anos, de 2010 à 2013, as transformações e

propostas de intervenções sobre os desafios elencados.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense, parecer nº 312/2010.

RESULTADOS

A Região Noroeste Fluminense é composta por 14 municípios distribuídos em duas microrregiões: a microrregião I que abrange os municípios de Bom Jesus do Itabapoana, Cardoso Moreira, Italva, Itaperuna, Laje do Muriaé, Natividade, São José de Ubá e Varre Sai, e a microrregião II com os municípios de Aperibé, Cambuci, Itaocara, Miracema e Santo Antônio de Pádua.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2009, a Região Noroeste comportava 2% da

população do estado, com 330.093 habitantes, apresentava densidade demográfica de 55,97 habitantes por Km², sendo 271.092 habitantes residentes urbanos e 59.001 residentes rurais.

A região possui fraca expansão do setor secundário e terciário, o que contribui para a escassez da oferta de trabalho e para os baixos índices de renda, com o PIB per capita de R\$ 11.925,00, menor valor em relação às outras regiões e inferior à média estadual de R\$ 22.102,00. De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), no ano 2010, o município de Aperibé apresentou o segundo menor valor (0,43) do Coeficiente de Gini do estado, o que demonstra grande desigualdade municipal na distribuição da renda.

Com o valor 0,695, a região representou o segundo menor Índice de Desenvolvimento Humano do estado, com destaque para os mais baixos índices de longevidade e renda na base de cálculo (tabela 1).

Região/RJ	IDH, 2000	IDH Educação, 2000	IDH Longevidade, 2000	IDH Renda, 2000
	Médias Regionais			
Noroeste	0,695	0,612	0,805	0,682
Baixada Litorânea	0,732	0,648	0,823	0,736
Centro Sul	0,707	0,627	0,808	0,694
Metropolitana I	0,716	0,639	0,821	0,699
Metropolitana II	0,721	0,634	0,822	0,722
Norte	0,701	0,611	0,808	0,698
Serrana	0,689	0,577	0,814	0,696
Médio Paraíba	0,722	0,643	0,820	0,713
Baía da Ilha Grande	0,723	0,608	0,844	0,737

Tabela 1. Médias regionais do Índice de Desenvolvimento Humano no estado do Rio de Janeiro, 2010. Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2010.

Segundo o Índice de Desenvolvimento Municipal (IFDM) da Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (FIRJAN), foi a terceira região com menor desenvolvimento no ano de 2009, ficando apenas a frente das regiões Centro Sul e Serrana, com grande expressão na variante

educação, representando o maior do estado nesse setor, porém apresentou o menor desenvolvimento na área de emprego e renda, já na saúde a região ocupou o quarto lugar estadual na expressão do desenvolvimento desse setor (tabela 2).

Região/RJ	IFD 2009	Emprego & Renda 2009	Educação 2009	Saúde 2009
	Médias Regionais			
Noroeste	0,692	0,400	0,831	0,844
Baixada Litorânea	0,709	0,558	0,764	0,807
Centro Sul	0,683	0,449	0,778	0,822
Metropolitana I	0,699	0,674	0,662	0,761
Metropolitana II	0,719	0,633	0,712	0,813
Norte	0,710	0,486	0,771	0,874
Serrana	0,687	0,486	0,767	0,808
Médio Paraíba	0,714	0,491	0,768	0,882
Baía da Ilha Grande	0,747	0,648	0,728	0,864

Tabela 2. Médias regionais do Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal no estado do Rio de Janeiro, 2009.

Fonte: Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

Com base no Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), no ano de 2011 empreendeu um dos menores gastos per capita em saúde, no valor médio de R\$ 589,64, seguido das regiões Metropolitana II e Metropolitana I do estado, respectivamente, R\$ 489,43 e R\$ 341,04.

Em relação à capacidade instalada de serviços de saúde, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em 2012 a região contava com um total de 750 estabelecimentos, onde 611 são de gestão municipal (públicos e particulares), 24 de gestão estadual e 115 com gestão dupla (estadual e municipal); com 1.552 leitos,

sendo 308 não SUS e 1.244 leitos SUS, representando a proporção de 4,7 leitos por 1.000 habitantes, valor superior ao parâmetro de 2,5 a 3 leitos por 1.000 habitantes determinado pela Portaria GM/MS nº 1.101 de 12 de junho de 2002.

A Ata da Reunião do Colegiado de Gestão Regional da Região Noroeste, realizada no dia 22 de outubro de 2009, estabeleceu a referência dos municípios da região, considerando a capacidade assistencial e de internação instalada dos municípios, e aprovou a implantação da Central Regional de Regulação - Noroeste que passou a regular as internações segundo o fluxo migratório

intrarregional, com sede em Itaperuna, município pólo, onde se encontra o principal prestador regional de serviços de média e alta complexidade, o Hospital Filantrópico São José do Avaí.

Pela referência intermunicipal, 92% dos gestores referenciam para o município de Itaperuna, 64% também referenciam para Campos dos Goytacazes na Região Norte Fluminense, 14% para Paraíba do Sul na Região Centro Sul, 7% para Nova Friburgo na Região Serrana e 14% para Muriaé em Minas Gerais.

Como expressão do processo de regionalização solidária, observamos um constante fluxo de usuários entre todos os municípios da região, algumas dessas referências intermunicipais são realizadas pela Programação Pactuada e Integrada (PPI) e outras pela "lei" da oferta e da procura.

Uma das alternativas para referência tem sido o consórcio, Consórcio de Saúde Pública do Noroeste (CONSPNOR), muito importante para região apesar das altas taxas administrativas, os municípios de pequeno porte utilizam os serviços devido a carência da rede municipal e a ausência de uma PPI atualizada que amplie a oferta de serviços na região.

Em 2012, 12 municípios da Região Noroeste eram consorciados: Bom Jesus do Itabapoana, Cardoso Moreira, Italva, Itaocara, Itaperuna, Laje do Muriaé, Miracema,

Natividade, Porciúncula, São José de Ubá, Santo Antônio de Pádua e Varre Sai. Os demais gestores optaram por contratar os serviços necessários diretamente com os prestadores, afirmando que dessa forma reduziam os custos pagos por procedimentos, atingindo melhores resultados na gestão orçamentária, e apontaram que uma nova revisão e reformulação da PPI, programada apenas em 2002, seria um primeiro passo para organizar o fluxo de referência intermunicipal, o segundo passo seria a reestruturação do consórcio regional.

No que concerne às categorias ou modalidades de gestão, todos os municípios da região possuem Gestão Plena da Atenção Básica, pela Norma Operacional Básica 01 de 1996, exceto Itaperuna, que possui Gestão Plena Municipal de Saúde, através da Norma Operacional de Assistência à Saúde, pela Portaria GM/MS nº 353 de 15 de março de 2004, já em relação à adesão ao Pacto pela Saúde, apenas o município de Natividade assinou o TCGM, pela Deliberação Comissão Intergestores Bipartite do Rio de Janeiro (CIB RJ) nº 424 de 14 de fevereiro de 2008 e Portaria GM/MS nº 408 de 02 de março de 2009.

O percentual de realização das 99 atribuições e responsabilidades sanitárias, elencadas no TCGM, na Região Noroeste Fluminense é de 78,44%, ao passo que os gestores relataram que não são realizadas

16,30%, predominantemente, relacionadas ao eixo 'responsabilidades na regulação, controle, avaliação e auditoria'; tal eixo apresenta ações que integram a rede dos maiores desafios enfrentados cotidianamente pelos gestores da região. Não foi informada a realização de 5,26% das atribuições e responsabilidades sanitárias, especialmente as elencadas nos quatro primeiros eixos: 'responsabilidades gerais da gestão do SUS', 'responsabilidades na regionalização', 'responsabilidades na regulação, controle, avaliação e auditoria', 'responsabilidades na gestão do trabalho'; tal percentual é justificado pelos gestores, por não aplicarem determinadas ações no contexto local, considerando as especificidades e a realidade regional.

Discussão

A maioria dos gestores, no momento da entrevista, haviam assumido o cargo em um tempo inferior a 01 ano, enunciando uma rotatividade de secretários nessa região, onde em 57% dos municípios haviam ocorrido mudança de secretário em um único período de gestão municipal, compreendida em 04 anos; Italva e Itaperuna chegaram a substituir o secretário, respectivamente, 06 e 04 vezes. Até o primeiro trimestre de 2012, mais 08 secretários municipais de saúde da Região Noroeste Fluminense foram substituídos. Este cenário geralmente está associado ao afastamento voluntário em virtude da

acentuada carga de serviços e responsabilidades inerentes à função ou como consequência de articulação política.

Geralmente, ao substituir o secretário de saúde ocorre também a alteração de todo corpo técnico, "[...] tudo o que foi antes não serve, não presta. E a partir de um marco zero estabelecido por critérios de benefício político, a roda da nova administração recomeça a girar lentamente [...] o mandatário da vez resolve ordenar que a 'pedra' 'no sapato' da questão social seja outra vez empurrada pelos 'Sísifos' de plantão [...]"⁽³⁾.

O SUS, por ser suprapartidário, necessita de gestores que superem as disputas político-partidárias e que valorizem as potencialidades e saberes dos profissionais comprometidos com o sistema.

Entretanto, frequentemente o início de uma gestão é marcado por críticas do que foi feito anteriormente, isto está enraizado na cultura política do Brasil, "[...] a gestão pública parece ter que começar da estaca zero, ao bel prazer da competência ou da incompetência do gestor de plantão. Descontinuidade administrativa é o termo mais adequado para denominar esse desmando. Prejuízo à população é o resultado do descalabro"⁽³⁾.

Tal cenário ilustra e revela a histórica descontinuidade administrativa das políticas públicas de saúde, em especial na Região Noroeste, o que representa um retrocesso na

implementação local do SUS, especialmente quando articulada com os efeitos negativos da 'política na saúde' que impede o desenvolvimento da expertise e valimento gerencial para a advocacy regional, devido à influência da política partidária onde há hegemonia do partido da vez em espaços decisórios que deveriam primar pela diversidade de opiniões permitindo que a política trabalhe em favor da saúde e não o contrário.

Como abordado anteriormente, a Região Noroeste Fluminense apresenta o maior percentual de municípios do estado que não aderiram ao Pacto pela Saúde, onde aproximadamente 70% dos gestores declararam conhecer e compreender a proposta de pactuação, associando-a, consensualmente, ao aumento da liberdade e autonomia administrativa, que são diretamente proporcionais ao aumento de responsabilidades.

A carência de recursos financeiros, estruturais e humanos, assim como as consideráveis distâncias dos grandes centros de saúde, também contribuíram para o baixo percentual de adesão, por gerar uma resistência regional em estabelecer o Pacto interfederativo, pois estes municípios necessitam da presença do ente estadual tanto na coparticipação quanto na cogestão dos serviços locais de saúde. Há na região uma opinião comum de que a esfera estadual

deslocaria as responsabilidades da gestão assumindo uma postura predominantemente fiscalizadora, burocratizando a administração municipal de saúde.

(...) a gente passaria a ter autonomia nas nossas decisões como gestor... muitas coisas encaminhadas para o estado teremos que passar a fazer aqui... sem falar que a gente vai ficar 'órfão' por que o dinheiro vai ser passado para a gente e 'toma que o filho é seu'... a partir do momento que a gente assina o Pacto a responsabilidade é toda nossa (...) (S9)

O ente estadual por sua vez, no espaço decisório regional, tem apresentado o TCGM com enfoque nos trâmites burocráticos e na assunção de responsabilidades, assim, não prioriza as vantagens e os benefícios que a adesão traria ao município, nem as consequências da não adesão, assim como não elucida as mudanças técnicas e políticas desse processo, tampouco esclarece o papel prático que cada ente terá frente à saúde da população.

(...) hoje o governo estadual tem um relacionamento indireto com a realidade local... o estado passaria para a gente muitas responsabilidades... vamos assumir uma responsabilidade com mais burocracia (...)
(S11)

A responsabilidade delegada ao gestor municipal e sua autonomia representam uma ambiguidade, pois, em um sistema descentralizado, a responsabilidade é sempre superior a sua autoridade ou autonomia, já que efetivando o processo de pactuação, o gestor passa a ocupar uma posição central na administração do sistema, que responde tanto aos demais entes quanto à população, deste modo, assume um poder sobre a saúde dos usuários em seu território que incide diretamente na escassez de recursos e na insuficiência da infraestrutura locorregional.

(...) a autonomia não é muito vantagem por causa da maior responsabilidade... o aumento da responsabilidade é gerado por essa maior autonomia (...) (S12)

Vale ressaltar que o Pacto é a tradução das normas programáticas constitucionais e das leis orgânicas da saúde, compilando as distintas dimensões normativo-programáticas, não exauríveis e sim complementares, reflexo de um processo de aperfeiçoamento evolutivo-programático das políticas de saúde, com o objetivo de fortalecer a operacionalização dos princípios e diretrizes constitucionais da saúde em dado momento histórico da evolução do sistema único. Logo, as responsabilidades pactuadas nos Termos de Gestão estão logradas nas atribuições e responsabilidades expostas na Constituição de 1988 e na legislação ulterior, correspondendo a uma evolução normativo-operacional que permite firmar responsabilidades entre os entes fortalecendo o processo de descentralização e regionalização do sistema de saúde.

Para os gestores da região a 'assunção oficial' de responsabilidades gera um impacto negativo para o sistema de gestão local, especialmente quando se defrontam com as dificuldades e os desafios estruturais, tanto na rede de serviços quanto na organização interna das secretarias, além de outros fatores, como a carência de recursos humanos, seja relacionada a técnicos da secretaria ou a profissionais que atuam diretamente na atenção à saúde da população; Termos de Ajustamento de Conduta que impedem contratação de profissionais pela prefeitura;

burocratização da atuação dos técnicos municipais pelo estado com constantes demandas de informações, sobrecarregando as frentes de atuação técnica promovendo a alocação de funcionários para a concretude de várias exigências concomitantes; e, a notável descontinuidade administrativa presente na região pela frequente substituição dos secretários municipais de saúde. Tais fatores impossibilitam o gestor de pactuar prazos para o cumprimento das ações estabelecidas no TCGM.

Hodiernamente, com a publicação da Portaria GM/MS nº 1580 em 19 de julho de 2012, foi extinta a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, de que trata a Portaria nº 399/GM/MS.

Deste modo, a partir da publicação da Resolução CIT nº 04 em 19 de julho de 2012, que trata das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do SUS para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), ficou definido que todos os entes federados quer tenham ou não assinado o Termo de Compromisso de Gestão, passam a assumir as responsabilidades sanitárias expressas na Resolução e que traduzem exatamente o conteúdo do antigo Termo de Compromisso de Gestão. Ficou definido também que as

ações para o cumprimento das responsabilidades sanitárias nos termos desta resolução devem estar expressas na Programação Anual de Saúde de cada ente federado e vinculadas às diretrizes e aos objetivos dos respectivos Planos de Saúde. As responsabilidades descritas nessa Resolução são as mesmas descritas no TCGM, sendo que neste, determinadas responsabilidades apresentavam-se subdivididas.

Apesar da compulsoriedade na assunção de responsabilidades, com o COAP (Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011), não houve grandes transformações estruturais e conjunturais na região Noroeste Fluminense nos últimos quatro anos, visto que, na teoria permitiu a formalização na atribuição de responsabilidades municipais já inerentes ao cargo de gestor e, na prática, promoveu aos gestores a percepção de afastamento do estado em uma região que necessita de maior aproximação.

Nesse cenário, a descentralização representa uma dualidade para o gestor, ora positiva por ser sensível à realidade local, principalmente quando trabalhada em conjunto com a regionalização, e, por designar maior liberdade gerencial; outrora negativa devido à desresponsabilização e ao afastamento do ente estadual da cogestão, permitindo o surgimento de novas dificuldades gerenciais intrínsecas desse processo.

(...) tanto a descentralização quanto para a regionalização não são de certa forma muito eficaz... descentralizar e regionalizar com certeza tem todo um olhar burocrático... de sistematização... até mesmo de jogar mais responsabilidade para cima do município (...)
(S7)

Como reflexo direto da descentralização os gestores destacaram que a contratualização e a judicialização são os grandes desafios na gestão local.

A contratualização representa uma dificuldade pela carência estrutural e de recursos humanos na oferta de serviços na região e pelo fato dos prestadores privados locais não estarem dispostos a firmar contratos vinculáveis aos valores dispostos na Tabela SUS, deste modo os gestores, com escassos recursos financeiros, são obrigados complementar os valores definidos, garantindo assim, a oferta de serviços necessários, resultando, frequentemente, na exposição negativa perante o Tribunal de Contas.

Em relação à judicialização observa-se um descompasso entre os setores judiciário e saúde pela falta e/ou ineficiência de interlocução, além da interposição de outros fatores como a escassez de recursos orçamentários, desassistência individual em atenção às demandas coletivas, desarticulação dos princípios constitucionais, desatualização das RENAMES e RENASES frente ao expoente avanço tecnológico, falta de esclarecimento dos profissionais de saúde do SUS no momento da prescrição de medicamentos não constantes na relação nacional e/ou o desconhecimento da existência do genérico nos serviços municipais.

Nesse interim, o ente estadual não é responsabilizado diretamente pelo setor judiciário, toda a responsabilidade no cumprimento do mandado é atribuída ao gestor municipal.

Os processos judiciais movidos por usuários apresentam uma perspectiva subjetiva, um pleito individual, não há pensamento coletivo, a lógica está fundamentada no direito constitucional e na necessidade do indivíduo. O gestor deve compreender este processo e garantir a resolutividade das ações para promover a saúde do usuário em questão.

Devido a insuficiência dialógica entre o sistema de saúde e o judiciário, as medidas atualmente tomadas são paliativas e não

contribuem para a resolução real dos problemas crônicos que resultam em aumento do número de processos direcionados à área de saúde.

Nesse cenário, a escassez de recursos financeiros tem representado outro expoente desafio no cumprimento dos mandados judiciais, não apenas regional, mas no âmbito nacional.

Até o ano de 2000 o governo federal era o maior financiador do SUS, tal fato se modificou com a Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000, que estabeleceu responsabilidades financeiras entre os entes para a alocação de recursos na saúde pública, tendo como base a contribuição federal de fonte não estabelecida, variando com o tempo e com base no PIB, já os estados aplicam 12% e os municípios 15% das receitas tributárias (art. 156, 158 e 159 da Constituição Federal de 1988 com Ação Corretiva pela Emenda Constitucional nº 29 de 2000) determinadas na resolução nº 322 de 8 de maio de 2003 e, recentemente, regulamentados pela Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012.

Apesar da responsabilização partilhada entre os entes no financiamento do sistema de saúde, o orçamento do setor ainda é um nó crítico na defesa dos princípios basilares do SUS, em especial a integralidade, visto que os recursos são escassos e a capacidade de gerenciamento é incipiente, frente à

contratualização de prestadores privados que não seguem a Tabela SUS e a desarticulação da gestão do sistema de saúde com o Ministério Público e o Poder Judiciário.

Os gestores também apontam que a região ainda não é organizada de forma participativa, assim, torna-se necessário promover a articulação gerencial com foco nas necessidades regionais e operacionalizar o processo de descentralização em sinergia com a regionalização solidária na garantia dos princípios constitucionais da saúde.

Frente aos obstáculos estruturais, conjunturais e burocráticos no deslocamento de responsabilidades interfederativas, amplificados pela desigualdade, iniquidade e carência regional de recursos, materializam-se os desafios para o gestor.

Tais desafios, associados à política partidária, promovem a inércia pela falta de autonomia, que geram uma atuação em atenção às urgências e não voltadas para um planejamento adequado; o resultado é a descontinuidade administrativa. Assim, essa transitoriedade no cargo prejudica a efetivação da descentralização administrativa e da regionalização solidária.

Trata-se de um grande desafio romper com o instituído, exercer a capacidade de negociação contemplando ao mesmo tempo as exigências políticas, técnicas e do controle social. Reafirmamos que se trata de um enfrentamento permanente, que deve ser

trabalhado no cotidiano, envolvendo todos os atores e não medindo esforços para a continuidade administrativa.

Conclusão

À guisa de conclusão, personificamos os gestores municipais de saúde da Região Noroeste Fluminense na figura de Sísifo. Através dessa alegoria é possível trabalhar, metaforicamente, os desafios da gestão.

Também vi Sísifo em sua tediosa tarefa, segurando uma enorme pedra com ambas as mãos. Arrastando-se com os pés e empurrando com as mãos, ele levava a pedra até o alto do morro, mas justamente quando ia galgar o cume, o peso se tornava excessivo, e ele largava a pedra que rolava pela encosta, impiedosamente. Ele voltava a empurrá-la, arrastando-se e lutando, com o suor a escorrer de todos os membros e a poeira levantando-se de sua cabeça⁽⁴⁾.

Camus, em 1942, apresenta o “Le Mythe de Sisyphé” (O Mito de Sísifo):

Os deuses condenaram Sísifo a empurrar incessantemente uma rocha até o alto de uma montanha, de onde tornava a cair por seu próprio peso. Pensaram, com certa razão, que não há castigo mais terrível que o trabalho inútil e sem esperança⁽⁵⁾.

Sísifo aqui representa cada secretário municipal de saúde da Região Noroeste, que incessantemente convive com obstáculos estruturais, conjunturais e burocráticos, permeados pela desigualdade, iniquidade e carência regional de recursos. Tais obstáculos são aqui representados pela rocha, conduzida rumo ao cimo da montanha, cotidianamente, pelos gestores; por sua vez, toda essa trajetória representa o sistema saúde local. A movimentação dessa rocha corresponde a um trabalho árduo, perene, um ciclo que se repete, independente de quem ocupa o cargo, subjetivamente ‘inútil’ por não vislumbrar mudanças consideráveis devido a imposição de diversos fatores que engessam e disciplinam sua frente de atuação.

Assim, 'a sua rocha é a sua questão'⁽⁵⁾ e a força motriz, inicialmente, é o desejo de construir uma mudança significativa, de visualizar os processos e os mecanismos gerenciais operando harmonicamente na realidade e contexto no qual estão inseridos, é a conquista da ressignificação do *modus operandi* e do pertencimento, da descentralizAÇÃO e da regionalizAÇÃO.

Porém, é no momento em que o rochedo pesa, quando as demandas cotidianas passam a exigir, substancialmente e predominantemente, a intervenção nas deficiências do sistema em momentos de pressão, quando emerge a necessidade e cobrança dos usuários, o movimento transforma-se em rotina imediatista, a conhecida expressão coloquial 'apagar incêndios', tolhendo o poder transformador, não concretizando as mudanças para a resolução real e significativa dos problemas latentes que assolam a gestão da saúde na região.

Nesses momentos, que Camus⁽⁵⁾ chama de 'hora da consciência', os gestores se conscientizam do 'absurdo'⁽⁵⁾ ciclo vicioso de suas práticas, "impotente e revoltado, conhece toda a extensão de sua condição"⁽⁵⁾. Trata-se um momento de lucidez, de despertar, que desafia a continuidade e que conduz a escolha de um dos caminhos: "suicídio ou restabelecimento"⁽⁵⁾. Nesse ponto, ao

contrário de Sísifo os gestores tem o poder da escolha.

O 'suicídio' refere-se, nessa abordagem, ao 'desligamento' do cargo por uma inadaptação ou inadequação subjetiva às intempéries do sistema. Deste modo, ocorre a frequente substituição de secretários na região que, associada à 'política na saúde' onde impera os interesses partidários qualificados por "um tipo de poder político determinado pelas forças ideológicas presentes"⁽⁶⁾, compromete a continuidade administrativa, gerando prejuízo para o cidadão e para sistema.

Já o 'restabelecimento'⁽⁷⁾, permite a 'revolta', isto é, a não resignação, a renovação da força motriz, a presença imperiosa das linhas de fuga e de rupturas, do desejo de luta e de mudança, corresponde ao momento que o Sísifo "é mais forte que sua rocha"⁽⁵⁾.

Reafirmamos que efetivar a descentralização e a regionalização do sistema de saúde, garantindo a articulação interfederativa e interinstitucional envolvendo os diversos atores sociais que participam desse processo, é um caminho com grande potencial de permitir a sustentação e a condução coletiva dessa 'rocha' em direção ao cimo, logo, em direção à consolidação do Sistema Único de Saúde.

Enfim, é no contexto dos desafios da gestão anteriormente abordados que emerge a necessidade premente de superar os

obstáculos estruturais, conjunturais e burocráticos que permeiam o cotidiano de práticas, não apenas dos gestores da Região Noroeste Fluminense, mas de todo âmbito nacional, superando as desigualdades e a carência, otimizando o emprego de recursos, fomentando um planejamento adequado à realidade, solidarizando relações gerenciais, promovendo uma eficiente articulação interfederativa em prol da luta contínua pela garantia de condições ideais para o exercício da cidadania, transformando o peso da 'rocha' em um pequeno obstáculo frente à ação de deslocamento promovida pelo coletivo, pela gestão participativa e solidária. Concluímos com a lição de Sísifo⁽⁵⁾ sobre a "fidelidade superior que nega os deuses [obstáculos/desafios] e levanta os rochedos" e reiteramos que "a própria luta em direção aos cimos é suficiente para preencher um coração humano".

Referências

1. Mayernyik MA, Corvino MPF, Pinheiro R, Marin J. Pacto pela Saúde na Região Noroeste do Estado do Rio de Janeiro: dificuldades e desafios na adesão, contexto e perspectivas. In: Pinheiro R, Silveira R, Lofego J, Silva-Junior AG. (Org). Integralidade sem fronteiras: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO; 2012. p. 297-331.

2. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC; 2010.

3. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.

4. Homero. A Odisséia. São Paulo: Ediouro; 2004.

5. Camus A. O mito de Sísifo. Rio de Janeiro: BestBolso; 2010.

6. Pinheiro R. Conselhos Municipais de Saúde: o direito e o avesso [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1995.

7. Camus A. O homem revoltado. Rio de Janeiro: Record; 1999.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2014-02-02
Last received: 2014-07-30
Accepted: 2014-07-30
Publishing: 2014-10-31