DOI: 10.22278/2318-2660.2021.v45.n3.a3376

ARTIGO ORIGINAL DE TEMA LIVRE

O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE EM UM ESTADO DO NORDESTE BRASILEIRO

Vick Brito Oliveira[a]
https://orcid.org/0000-0001-7052-0325
Adriana Falangola Benjamin Bezerra[b]
https://orcid.org/0000-0002-5278-3727
Keila Silene de Brito e Silva[c]
https://orcid.org/0000-0002-0291-0708
Islândia Maria Carvalho de Sousa[d]
https://orcid.org/0000-0001-9324-4896

Resumo

A regionalização da saúde se destaca no Sistema Único de Saúde como importante estratégia para lidar com as desigualdades regionais vividas no território brasileiro. O estado da Bahia foi pioneiro na descentralização administrativa estadual no setor da saúde, além de ter sua secretaria estadual protagonista no planejamento de redes e fluxos assistenciais regionais. Este artigo apresenta discussões sobre o processo de regionalização da saúde na Bahia, após a reforma administrativa, com a extinção das diretorias regionais e a criação dos núcleos regionais. Foram realizadas entrevistas com gestores estaduais e o roteiro foi construído com base na Matriz de Avaliação da Regionalização da Saúde (Mars), organizada a partir dos seguintes níveis de análise: governo, gestão e assistência. Esta pesquisa foi alicerçada na abordagem qualitativa e as categorias temáticas foram estabelecidas

[a] *Psicóloga. Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda em Saúde Pública IAM/Fiocruz Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: vick.brito@hotmail.com*

[b] *Graduação em Nutrição. Doutora em Nutrição em Saúde Pública. Professora do Departamento de Medicina Social na Universidade Federal de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: afalangola@uol.com.br*

[c] *Graduação em Fonoaudiologia. Doutora em Saúde Pública. Professora no Bacharelado de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco – Centro Acadêmico de Vitória (CAV). Vitória do Santo Antão, Pernambuco, Brasil. E-mail: keila.britosilva@ufpe.br*

[d] *Graduação em Enfermagem. Doutora em Saúde Pública. Pesquisadora Titular e Professora da Pós-Graduação em Saúde Pública do Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães – Fiocruz Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: islandia.sousa@fiocruz.br*

Endereço para correspondência: Rua Tenente João Cícero, n. 769, Boa Viagem. Recife, Pernambuco, Brasil. CEP: 51020-190. E-mail: vick.brito@hotmail.com

e fundamentadas no método analítico da análise de conteúdo. Os resultados e as discussões apontam o cenário encontrado no período pesquisado, bem como a ambiguidade da regionalização no estado; as estratégias identificadas como potentes para as regiões de saúde; e os avanços necessários para operacionalizar a regionalização. Os indicativos para o avanço da estratégia no estado estão articulados com a participação dos conselhos de saúde; a atenção básica e a conformação das redes de atenção à saúde; os instrumentos e espaços de gestão; e os recursos envolvidos. As discussões suscitadas nesta pesquisa buscam contribuir para o processo de regionalização, auxiliando na análise crítica do cenário da saúde pública da Bahia.

Palavras-chave: Política de saúde. Planejamento em saúde. Regionalização.

REGIONAL HEALTH PLANNING IN NORTHEASTERN BRAZIL

Abstract

Within the Unified Health System, regional health planning constitutes an important strategy to address the regional inequalities experienced across the territory. The state of Bahia was a pioneer in decentralizing state health administration and in having its State Department play a major role in planning regional health networks and flows. This qualitative study analyzes the process of regional health planning in Bahia, after the administrative reform which dissolved the regional directorates and created regional centers. Interviews were conducted with state managers following a script based on the Regional Health Planning Evaluation Matrix (MARS), organized from the following levels of analysis: government, management and care. Thematic categories were established and investigated using Content Analysis. The results and discussion point to an ambiguity in the state's regional planning, to important strategies for healthcare regions, and to the necessary advancements to operationalize regional planning. The latter requires the participation of health councils, primary health care, the formation of health networks, management tools and spaces and the related resources. The issues addressed here aim to contribute with the regional health planning process, collaborating with the critical analysis of the current public health scenario.

Keywords: Health policy. Health planning. Regional health planning.

EL PROCESO DE REGIONALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
EN UN ESTADO DE LA REGIÓN NORDESTE DE BRASIL

Resumen

La regionalización de los servicios de salud es una importante estrategia en el Sistema Único de Salud (SUS) para hacer frente a las desigualdades regionales en salud en el territorio brasileño. El estado de Bahía fue pionero en la descentralización administrativa de los servicios de salud en el estado, además de mantener el protagonismo de la Secretaría de Estado cuanto a la planificación de redes y flujos de asistencia regional. Este artículo presenta discusiones sobre el proceso de regionalización de la salud en Bahía, después de la reforma administrativa, con extinción de las juntas regionales y con la creación regional de núcleos regionales. Se realizaron entrevistas con administradores del estado, y el guion de la entrevista se basó en la Matriz de Evaluación de Regionalización en Salud (MARS), que utiliza los siguientes niveles de análisis: gobierno, gestión y asistencia. Esta investigación tiene un enfoque cualitativo, y las categorías temáticas fueron construidas utilizando el método de análisis de contenido. Los resultados muestran el escenario encontrado en el período investigado; la ambigüedad de la regionalización en el estado; las poderosas estrategias para las regiones de salud; y los avances necesarios para poner en práctica la regionalización. Las indicaciones para el avance de la estrategia en el estado están vinculadas a la participación de los consejos de salud, la atención primaria y la formación de redes de servicios de salud, los instrumentos y espacios de gestión, y los recursos involucrados. Las discusiones resultantes de la investigación buscan contribuir al proceso de regionalización, ayudando en el análisis crítico del escenario de salud pública.

Palabras clave: Política de salud. Planificación en salud. Regionalización.

INTRODUÇÃO

A regionalização da saúde no Brasil, um país de dimensões continentais, é condição *sine qua non* para garantir o direito à saúde e, portanto, às ações e aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Todavia, a regionalização se faz a partir da participação dos atores loco-regionais e da compreensão lógica de organização dos entes federados para contribuir com o avanço de uma agenda realista que proporcione um planejamento ascendente e efetivo.

A estratégia é apontada para racionalizar a estrutura dos serviços e ações, impactar na equidade, superar a fragmentação do SUS, garantir o direito à saúde, a partir da

conformação, nas regiões de saúde, de Redes de Atenção à Saúde (RAS) articuladas, resolutivas e cooperativas, com o menor custo social, econômico e sanitário[1].

No Brasil, a descentralização das ações e serviços em saúde em direção aos municípios, desarticulado de um planejamento regional, foi propício para as disputas predatórias por financiamento entre estados e municípios[2], o que tornou evidente as desigualdades entre as regiões, e as dificuldades institucionais nas gestões municipais e estaduais, bem como demonstrou a fragilidade na garantia da integralidade da assistência apenas nos sistemas municipais[3].

A Bahia, pioneira na descentralização administrativa da gestão da saúde ainda na década de 1970, instituiu as Diretorias Regionais de Saúde (Dires), mas foi retardatária em articular a regionalização à municipalização vivenciada na década de 1990[4]. Albuquerque[5] aponta características importantes do estado no cenário da regionalização, como: o protagonismo da gestão estadual no planejamento das redes e fluxos assistenciais, a indefinição no padrão de governança do estado frente a regionalização, a participação de diversos atores no processo e a fragilidade nos espaços colegiados.

Em 2015, o estado operacionalizou uma mudança no cenário das regiões de saúde, com a substituição das Dires por Núcleos Regionais de Saúde (NRS), desativando algumas diretorias e ampliando a atuação dos núcleos em extensão territorial, reacendendo as discussões sobre a regionalização no estado. Processo importante de ser compreendido para que possam ser elencados os desafios e estratégias de superação na regionalização da saúde.

Com o intuito de contribuir para o cenário da avaliação da regionalização do SUS, considerando a relevância do papel do estado para a regionalização na saúde, o artigo apresenta uma análise sobre o processo de regionalização no estado mais populoso (aproximadamente 15 milhões de pessoas), mais extenso (567.295 km^2) e com maior número de municípios (417) da região nordeste do Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

Esta análise integra um conjunto de pesquisas, sobre a regionalização em regiões de saúde dos estados nordestinos, vinculadas ao projeto "Iniciativas inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta no SUS: um estudo avaliativo", aprovado pelo edital de chamada "Rede Nacional de Pesquisa sobre Política de Saúde: conhecimento para efetivação do direito universal à saúde", proposto pelo Ministério da Saúde – Chamada MCTI/CNPQ/CT-SAÚDE/MS/SCTIE/DECIT Nº 41/2013.

O cenário estudado apresenta uma vasta extensão territorial com 28 regiões de saúde, organizadas em nove macrorregiões (Norte, Centro-Norte, Nordeste, Centro-Leste,

Leste, Sul, Extremo Sul, Sudoeste e Oeste). Para o percurso metodológico foi utilizada a Matriz de Avaliação da Regionalização na Saúde (Mars)[6], baseada na matriz de Reis[7], para fundamentar um instrumento utilizado para coleta dos dados: um roteiro de entrevista semiestruturado. O roteiro abarca itens atrelados à gestão, ao governo e à assistência à saúde (**Quadro 1**), ancorados nas definições instituídas pelo Decreto n° 7.508/2011.

Quadro 1 – Níveis de análise que embasaram o estudo. Recife, Pernambuco, Brasil – 2016

Matriz de Avaliação da Regionalização da Saúde	
Níveis	Definição
Governo	Aspectos de caráter mais político articulado ao projeto estadual de regionalização e financiamento.
Gestão	Funções gerenciais relativas à organização do acesso às RAS e continuidade da assistência à saúde, articulação e mecanismos de/para o controle social.
Assistência	Aspectos técnicos e estruturais das RAS vinculada à qualidade da assistência e educação permanente em saúde.

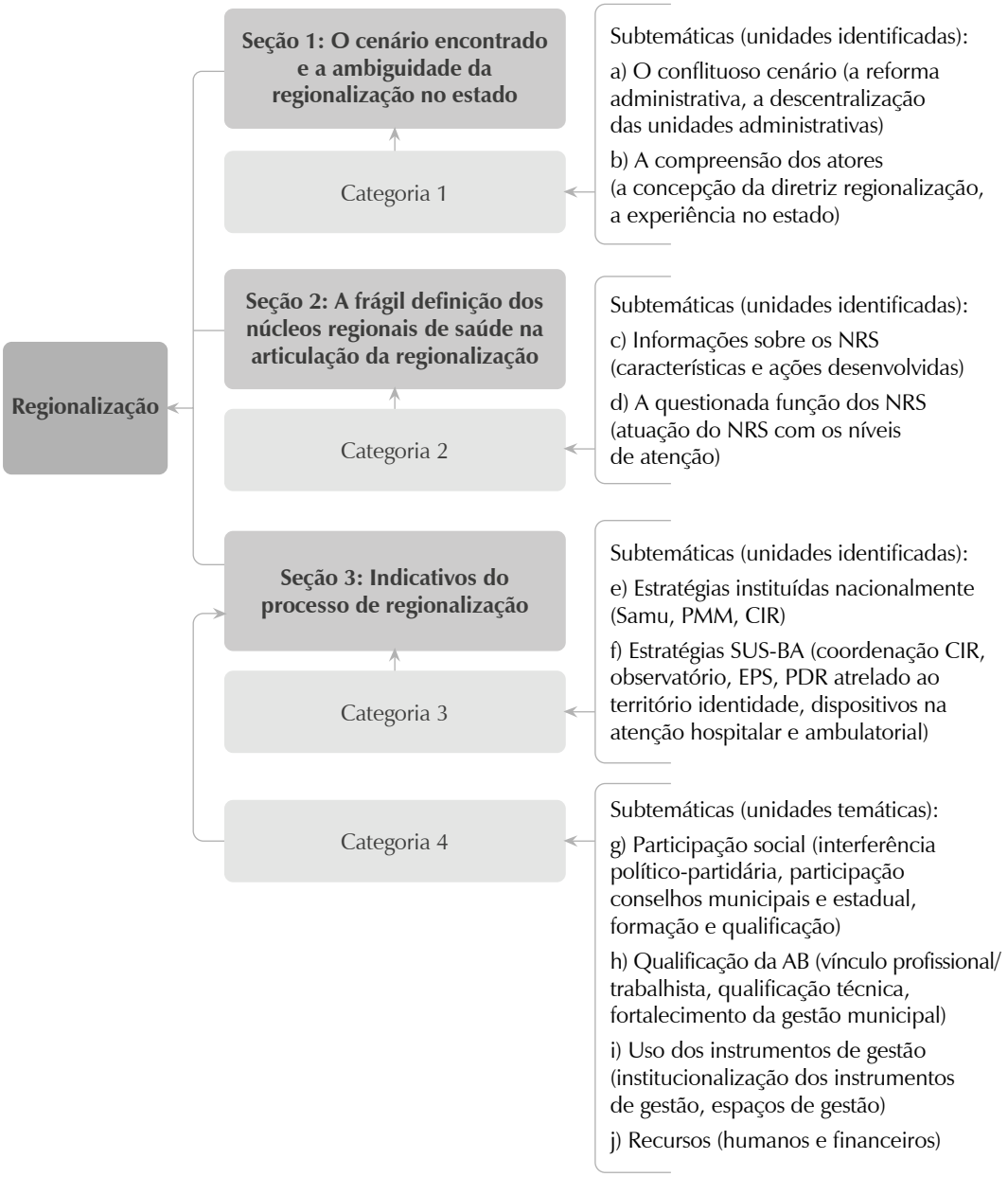
Fonte: Reis et al.[7].

O roteiro guiou as entrevistas com dez gestoras estaduais, no ano de 2015, realizadas nas dependências da Secretaria de Saúde da Bahia (Sesab) e na Conferência Estadual de Saúde. As participantes foram escolhidas intencionalmente a partir dos cargos de gestão ocupados nas unidades dos núcleos regionais e na gestão estadual, nível central. A coleta dos dados aconteceu conforme o contato realizado pelas pesquisadoras ao nível central da Secretaria Estadual de Saúde, que direcionou aos núcleos regionais.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, durando em média sessenta minutos. Um diário de campo foi confeccionado, por meio da observação, como instrumento de registrar o percurso da pesquisa com as impressões das entrevistas realizadas, descrições dos episódios que envolveram os debates, na Conferência Estadual de Saúde, sobre as regiões de saúde e a organização das RAS nas regiões, com destaque para as narrativas do Conselho Estadual de Saúde (CES) e do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Bahia. A confecção do diário contribuiu para caracterização do cenário estudado, apresentado a seguir.

A análise dos dados respeitou os passos analíticos definidos pela Análise de Conteúdo[8] e categorias temáticas foram construídas, considerando os conteúdos que emergiram dos dados coletados, como indicado na **Figura 1**. A investigação de abordagem qualitativa se comprometeu com a diferenciação e especificidade do objeto estudado[9], neste caso, o cenário investigado. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a pesquisa respeitou os aspectos éticos exigidos, sendo submetida e aprovada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), sob o número de CAAE: 30694814.1.0000.5208.

Figura 1 – Categorias temáticas construídas a partir da análise dos dados. Salvador, Bahia, Brasil – 2016



Fonte: Elaboração própria.

O CENÁRIO ESTUDADO

Em 2015, com a Lei Estadual nº 13.204, 11 de dezembro de 2014, as antigas 31 Dires foram extintas e nove Núcleos Regionais de Saúde foram criados nas seguintes cidades: Salvador (BA), NRS Leste abrange 48 municípios, total de 4.763.189 habitantes; Feira de

Santana (BA), NRS Centro-Leste com 72 municípios e 2.263.626 habitantes; Alagoinhas (BA), NRS Nordeste com 33 municípios e total de 876.085 habitantes; Ilhéus (BA), NRS Sul com 67 municípios, total de 1.692.494 habitantes; Teixeira de Freitas (BA), NRS Extremo Sul com 21 municípios e 833.307 habitantes; Juazeiro (BA), NRS Norte com 28 municípios e 1.099.545 habitantes; Jacobina (BA), NRS Centro-Norte com 38 municípios e 826.099 habitantes; Vitória da Conquista (BA), NRS Sudoeste com 73 municípios e 1.812.416 habitantes; e, por fim, Barreiras (BA), NRS Oeste com 37 municípios e 959.610 habitantes.

Os NRS substituíram as 31 unidades de descentralização administrativa estadual nas regiões de saúde com finalidade de, junto aos municípios, acompanhar as atividades de regulação, a vigilância sanitária, a coordenação de monitoramento de prestação de serviços, central de aquisições/contratações e a corregedoria da saúde.

Respeitando a normativa vigente, as regiões continuaram com as Comissões Intergestores Regionais (CIR) e com as unidades de Bases Operacionais em Saúde (BOS), novo dispositivo estadual com um contingente menor de servidores estaduais e menor nível de autonomia, que auxiliam os NRS nas regiões que não possuem a unidade do núcleo regional.

Com a extinção das Dires, a formulação e efetivação da proposta dos NRS e BOS se configurou como uma estratégia para a regionalização no estado. A discussão ultrapassou o tecnicismo vinculado ao nível central da Sesab e gerou resistência, principalmente, no âmbito do CES e dos servidores estaduais – como os sindicatos.

Documento distribuído na Conferência Estadual de Saúde da Bahia, intitulado "Proposta de Desconcentração Política Administrativa da Sesab, como parte integrante do Projeto de Regionalização – SUS–BA", construído por um grupo de técnicos da Secretaria Estadual, a partir da discussão dos trabalhadores estaduais, do Sindicato dos Trabalhadores da Saúde e relatórios do CES, apresentado à Comissão de Regionalização do Conselho, apontou a incapacidade resolutiva da reforma proposta pelo estado, ampliando os vazios assistenciais e o distanciamento de um sistema articulado com os princípios e diretrizes do SUS.

Esse documento, além disso, caracterizou a decisão como centralizadora na figura da Sesab, listou os movimentos de repúdio em relação à extinção das Dires, listou as ações do CES, a greve dos servidores do estado e destacou que a Bahia avança na contramão do processo de regionalização.

Embasado na análise dos dados da pesquisa, foi identificado que a gestão estadual centralizou a decisão das mudanças referentes ao processo de regionalização, consequentemente, centralizou as unidades regionais em macrorregiões, apesar de destacar que para qualificar o processo de regionalização, há necessidade de ter como referência a região de saúde e a descentralização regional, a fim de se aproximar do SUS constitucional.

Vale investigar se esse padrão de centralização se repete em outros estados do país, reforçado na Resolução nº 37, de 22 de março de 2018, visto que esse é um aspecto nodal a ser discutido no modo de organização da regionalização compreendendo os aspectos políticos e sociais.

A reforma realizada no estado ampliou o escopo das ações dos NRS em um estado com um extenso território cultural, econômico, social e político, o que pode interferir na apropriação dos núcleos em relação aos territórios. Desconfia-se que a mudança pode comprometer a aproximação e o reconhecimento das necessidades e demandas de cada região, marca importante do processo de regionalização, fragilizando, assim, a atuação do estado nos planejamentos regionais, bem como, o seu protagonismo nas regiões de saúde.

Regionalizar é um debate federativo, pois compreende o acesso equitativo, tendo como referência o lugar em que acontece e funciona a vida das pessoas, extrapolando a concepção de eficiência administrativa.

Nesse sentido, é equivocado entender a descentralização como uma característica consolidada sobre a qual se deve moldar a regionalização[10], uma vez que a regionalização deve ser entendida como um processo político e democrático com uma visão compartilhada de território entre os atores envolvidos, em suas diferentes escalas (regional, macrorregional, local)[11]. Tais características também comportam a disputa de poder regional que não deve ser esquecida nos processos de planejamento regional.

Para compreensão da discussão no estado, os resultados estão organizados em quatro sessões, com aspectos importantes para o processo de regionalização no estado, como apontado na síntese do **Quadro 2**.

Quadro 2 – Síntese das características, avanços e necessidades para o processo de regionalização na Bahia. Salvador, Bahia, Brasil – 2016

(continua)

Indicativos	Características	Avanços	Necessidades
Participação dos conselhos de saúde	Pouca participação dos conselhos para o processo de regionalização; Referentes às ações dos conselheiros nos sistemas locais: a) há participação para fins e interesses partidários; b) há participação dos conselhos, de modo mais efetivo, nas cidades com maior desenvolvimento econômico e social da região, no caso, em alguns municípios-sede; c) há participação efetiva quando os conselheiros possuem formação e qualificação política.	Participação do Conselho Estadual e da tentativa de envolver os conselhos municipais nas discussões regionais.	Ampliar, fortalecer e descentralizar a participação dos conselhos municipais nas discussões e debates regionais (CIR, consórcios, PDR e NRS).

Quadro 2 – Síntese das características, avanços e necessidades para o processo de regionalização na Bahia. Salvador, Bahia, Brasil – 2016

(conclusão)

Indicativos	Características	Avanços	Necessidades
Atenção Básica à Saúde e conformação das redes	Carência de profissionais para as equipes de atenção básica; Rotatividade profissional e de gestor; Baixa qualificação de gestores municipais;	Grupos de Trabalho; Programa Mais Médicos (PMM); Vagas de residência em saúde; Apoiadores institucionais; Parceria com a Escola Estadual de Saúde Pública (EESP)	Profissional-trabalhista: garantir a permanência dos profissionais nas regiões, fortalecendo os vínculos de trabalho; Técnico: qualificar os profissionais e gestores que atuam nos municípios; Gestão: identificar os reais interesses do gestor municipal para o avanço da AB.
Instrumentos e espaços de gestão	Fragilidade do uso dos instrumentos de planejamento e gestão definidos pelo decreto; Concentração e manipulação das decisões para os municípios-sede de região; CIR como palcos para interesses político-partidários.	Revisão do PDR em articulação com a proposta de território identidade; Observatório Baiano de Regionalização CIR como importante estratégia de gestão, pois: a) permite refletir sobre a operacionalização das redes e, aparentemente, analisar o nível de responsabilidade de cada ator envolvido; b) elenca as dificuldades que emperram a implantação dos planos de rede, principalmente, diante da dificuldade em relação aos recursos envolvidos; c) possibilita a utilização de dispositivos de educação permanente, como os grupos de trabalhos temáticos e os apoiadores institucionais, para o planejamento e organização das redes de atenção. - Alternância na coordenação, cada CIR.	Revisitar instrumentos de gestão com participação de atores envolvidos na rede, além de aproximar dos espaços institucionalizados, como CIR, de outros atores como: municípios e estado com o controle social, prestadores privados - representado na figura das Organizações Sociais, e o judiciário - representado na figura do Ministério Público.
Articulação dos recursos	Fragilidade nos recursos físicos, humanos e financeiros como foco o processo de regionalização; PMM; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu)	Consórcios, Hospitais regionais.	Região como referência para alocação de recursos **físico**s, humanos e, principalmente, financeiros.

Fonte: Elaboração própria.

DISCUSSÃO

AVANÇOS E FRAGILIDADES NA PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Refletir sobre regionalização implica refletir sobre o arranjo federativo brasileiro[12]. A institucionalização da regionalização no sistema de saúde foi diretamente limitada pela ênfase na diretriz da descentralização, do intenso movimento municipalista e da organização político-administrativa do país em termos constitucionais[5]. Possivelmente, tais aspectos contribuíram para a fragilidade na institucionalização de instâncias colegiadas de participação social ao nível regional, norteada pela diretriz da regionalização.

No estudo, identificou-se a escassez dos espaços de participação social que tem como referência a região de saúde e suas necessidades, bem como o fato de os Conselhos Municipais (CM) não discutirem as questões de modo regionalizado, mas se limitarem a perceber os problemas apenas em seus municípios. Tal perspectiva sugere que atores importantes e estratégicos para construção de agendas lócus regionais carecem de maior conhecimento e sensibilização.

A pouca participação dos CM na construção política de saúde, no contexto da regionalização, foi um aspecto destacado. As instâncias municipais, na sua maioria, não foram apontadas como protagonistas nas decisões da política de saúde dos seus territórios e características foram sinalizadas referentes às ações dos conselheiros e conselhos (**Quadro 2**). Cabe destacar que essas características não são excludentes e aparecem simultaneamente em algumas realidades.

Em relação à participação dos conselhos no acompanhamento dos instrumentos de gestão da regionalização, algumas realidades não têm acesso à informação e outras destacaram que os conselhos podem ter acesso, mas não se percebe a procura e participação. Identificou-se que no estado há uma tentativa de participação mais efetiva do CES, no tocante ao processo de regionalização, principalmente, nas decisões da gestão estadual frente às mudanças administrativas.

O CES iniciou um movimento, junto às regiões e aos CMS, no intuito de discutir a decisão da gestão estadual de instauração dos NRS, de fortalecer o debate nos territórios regionais, criou uma comissão de regionalização para acompanhar avaliar as decisões estaduais e mobilizou as discussões sobre regionalização junto aos técnicos da Sesab e sindicatos dos trabalhadores em saúde. Os dados indicam a necessidade de fortalecimento da participação na construção das propostas estaduais, como notado na institucionalização dos NRS, nos consórcios de saúde propostos pelo estado e nas discussões de revisão do Plano Diretor de Regionalização (PDR), ainda notada como pouco efetiva principalmente no âmbito municipal, apesar de entender-se que as discussões e deliberações dos conselhos precisam pautar as decisões dos gestores na CIR.

Pesquisa realizada com os conselheiros em território nacional demonstra que dos 374 questionários aplicados, a maioria conhece a regionalização, no entanto 63,2% afirmam que não discutiram com seus conselhos sobre a criação de regiões de saúde, 80,1% apontaram que os conselheiros não foram ouvidos durante o processo de regionalização e 65,1% não acompanharam a reunião de CIR; destaque para 48,1% indicarem a existência fóruns regionais no seu território[13].

Os espaços de realização dos planejamentos ascendentes, como as conferências, que dificilmente incorporam as necessidades regionais[14], talvez espelhem a alimentem também a fragilidade dos conselhos, bem como a abertura da gestão estadual para efetiva participação social.

AVANÇOS E FRAGILIDADES NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E CONFORMAÇÃO DAS REDES

Os sistemas de saúde com forte orientação na atenção básica são sistemas mais eficientes, equitativos, efetivos e de maior qualidade; no Brasil há avanços na atenção básica (AB) e fragilidades, com destaque para a organização regional[15]. Assim, entende-se que para o estado prosperar no âmbito da regionalização e na conformação da RAS, é necessário qualificar a atenção básica nos municípios, para fins regionais.

Foi sinalizada a dificuldade com a fixação do profissional da saúde, por exemplo a intensa rotatividade das enfermeiras nos serviços e dos gestores das secretarias municipais, carência de cirurgião-dentista e, principalmente, de médicos nas localidades mais distantes nas cidades-sede.

A debilidade da qualificação técnica em alguns profissionais e, principalmente, dos gestores que desenvolvem funções na atenção básica, resulta em experiências que interferem diretamente na rede de atenção. Devido à baixa qualificação do profissional e/ou o não comprometimento do gestor municipal, o cidadão que poderia ser assistido nas unidades básicas de saúde do seu município, acaba buscando assistência em outras unidades dos municípios vizinhos, nos serviços de maior complexidade tecnológica, em muitos casos sem passar por regulação.

Para as gestoras, os municípios de uma mesma região apresentam disparidades na cobertura da atenção básica e, em muitos casos, a cobertura não repercute nos indicadores epidemiológicos municipais. Ademais, não há como avançar na regionalização com a realidade da rotatividade profissional, da desqualificação dos atores envolvidos e da incompreensão das trajetórias dos usuários.

Para Menicucci e Marques[2], fatores políticos, gerenciais e estruturais afetam a regionalização. As autoras trabalham com um índice de regionalização que envolve indicadores referentes às atenções básica, média e alta complexidade. Esse índice expressa o grau cuja

população tem acesso à atenção à saúde o mais perto de sua residência, a Bahia apresentou nível baixo na maioria das nove regiões estudadas. O estudo permite pensar sobre a necessidade do investimento regional para AB.

Identificaram-se estratégias institucionalizadas no estado para lidar com as dificuldades, tal como: os grupos de trabalhos temáticos para a discussão de assuntos pertinentes para cada região; apoiadores institucionais nas áreas técnicas das redes de atenção e na AB; cursos de qualificação junto aos servidores e técnicos municipais, pautados nas necessidades de cada região e/ou municípios, em parceria com a EESP; e a abertura de vagas de residências em saúde para qualificação da formação e serviço.

Outra estratégia, o Programa Mais Médicos (PMM), que integra o sistema de saúde estadual, vinculado ao Governo Federal, modificou a realidade das regiões de saúde com fixação do profissional médico na atenção básica. O cuidado e a atenção dos profissionais estrangeiros, bem como a manutenção da carga horária integral da categoria médica nas unidades básicas de saúde, segundo as entrevistas, promoveram mudanças na assistência, por exemplo a assistência ao pré-natal e a redução da sífilis congênita. Além disso, em algumas regiões, a mudança consistiu na organização das redes municipais, a partir da expansão de cursos médicos.

Os obstáculos e as estratégias desenvolvidas repercutem na potência da AB, afinal, "é necessária uma AB capaz de coordenar a navegação do usuário pelos diferentes pontos de cuidado"[1:1795]. As fragilidades destacadas neste estudo se aproximam das dificuldades da ordenação do cuidado nas redes de atenção no cenário nacional, que apesar dos avanços ainda prevalece a visão desarticulada da AB com a rede, dificultando o vínculo e a coordenação do cuidado[1].

AVANÇOS E FRAGILIDADES NA UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTOS E ESPAÇOS DE GESTÃO

O Decreto n° 7.508/11 destaca os instrumentos de gestão e, nesse sentido, o estado propôs a revisão do PDR para a reavaliação das regiões de saúde e a articulação com a proposta de território identidade, que embasa a gestão estadual em outras políticas públicas e ações estaduais, vinculado à Secretaria de Planejamento. A Programação Pactuada Integrada e o Plano Diretor de Investimento foram citados como instrumentos pouco visitados e defasados para a realidade das regiões de saúde, indicando a necessidade urgente de revisão.

O estado não dispõe da institucionalização da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde como instrumento no cotidiano do planejamento e da gestão no processo de regionalização. Essa mesma condição aplica-se ao Comitê Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap), a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) e ao Mapa de

Saúde, como está compreendido no decreto. No entanto, algumas gestoras sinalizam discussões internas sobre os instrumentos.

Foram realizados espaços para a discussão da implantação desses instrumentos de gestão no estado, após conformação da CIR, no período de publicação do decreto. Cabe destacar que a Bahia se alinhou à decisão do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) em relação à não assinatura do Coap, apesar de o instrumento ter fomentado processos importantes para o estado[16]. Segundo Santos[14:2047], o Coap é uma baliza importante para regionalização, "contudo não tem sido cumprido, como se fosse dado ao administrador escolher as normas que quer cumprir". Dos instrumentos citados pelo decreto, apenas a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) foi indicada como presente no cotidiano das regiões de saúde.

Historicamente existiu uma fragilização do processo de institucionalização dos instrumentos de planejamento e gestão da regionalização[5], destaque para cada publicação de um novo diploma normativo nesse âmbito (Pacto pela Saúde/2006, Decreto n° 7.508/11). Apesar da passada experiência estadual com os instrumentos de gestão do processo de regionalização contribuindo para a conformação de outros instrumentos estaduais, como o Plano Estadual de Saúde utilizado no planejamento da saúde na Bahia[17], este estudo aponta que há indicativos da fragilização do uso dos instrumentos de planejamento e gestão definidos pelo decreto.

Menicucci e Marques[2] pontuam a Bahia com nota três ao processo de regionalização, em uma pontuação que poderia variar de zero a sete. O estudo avalia a partir de indicadores que contemplam os instrumentos de gestão da regionalização, o incentivo à regionalização, centrais de regulação e participação nos colegiados.

Superar o desafio dos processos e instrumentos de gestão requer inovação[18]. Nesse sentido, pode ser identificado como inovação desenvolvida pelo estado, a partir da perspectiva de um planejamento regional integral, um instrumento on-line que comporte as informações sobre o processo de regionalização. O espaço virtual, intitulado de Observatório Baiano de Regionalização, foi descrito como um importante instrumento de fortalecimento da capacidade institucional.

O observatório acomoda informações sobre os NRS, as CIR (atas e calendários de reuniões), os instrumentos de gestão, o mapa das 28 regiões de saúde do estado, com número de habitantes, municípios que compõe as regiões, municípios-sede, a rede de serviços de cada município e região, entre outras informações.

As experiências nas CIR sinalizam o espaço como importante estratégia de gestão, lugar para debates sobre as redes e levantamentos das necessidades para suas conformações, discussão de instrumentos de gestão, negociações e relações entre os atores municipais e estaduais, além de estratégias regionais para lidar com as dificuldades percebidas nos territórios.

Nas CIR do estado há alternância na coordenação, cada CIR possui um coordenador e um coordenador adjunto, escolhidos em comissão. O coordenador do ano de eleição estadual é o gestor municipal e o subcoordenador estadual, e em ano de eleição municipal, o coordenador é um gestor estadual e o subcoordenador municipal, assim, pretende-se garantir a continuidade nas pactuações definidas nos colegiados, atenuando as interferências vividas nos anos eleitorais.

Em alguns territórios, há disputas entre os municípios maiores e os menores nas discussões das redes nas CIR. As entrevistas apontam para uma concentração e manipulação das decisões para os municípios-sede da região, dificultando a articulação na região de saúde, aproximando-se assim das CIR como palcos para interesses político-partidários e interesses locais, como sinalizado por Almeida et al.[19].

Estudo realizado em uma CIR na Bahia[20] sinalizou fatores que convergem com os dados desse estudo, como: os atravessamentos político-partidários por apadrinhamento de gestores e municípios; a formação do gestor; o debate incipiente sobre os recursos e a alocação; e o tensionamento entre os interesses regionais e municipais.

Apesar dos conflitos nas regiões, os espaços foram lugares privilegiados para discussões acerca de acordos, como: acertos municipais para realização de concursos municipais, articulações entre estado e município na permuta de profissionais que faltavam no cenário regional e formulação de alternativas entre os municípios para lidar com dificuldades assistenciais e ofertas de serviços que não estavam contemplados nos instrumentos de gestão.

Louvison[21:1-2] aponta que as CIR "perdem potência e possibilidades ao não trazer o conjunto de atores políticos e suas intencionalidades para a roda de pactuações". As entrevistadas sinalizam que para a discussão dos interesses regionais, atores, que estão direta ou indiretamente participando do processo de regionalização e influenciam nas agendas sobre regionalização, precisam se aproximar dos espaços institucionalizados, são eles: municípios e estado com o controle social, os prestadores privados – representado na figura das Organizações Sociais, e o judiciário – representado na figura do Ministério Público. Talvez essa articulação possa se concretizar com as diretrizes instituídas pelo Ministério da Saúde na Resolução nº 23, de agosto de 2017, que aponta a criação dos Comitês Executivos de Governança das RAS e a articulação com CIR, Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Cabe ampliar a capacidade de governança, com clareza para os fluxos e relações entre os atores, levando em conta os espaços formais e informais de decisão e normatização, atentando-se, como sinalizam Viana e Iozzi[22], às fragilidades das relações intergovernamentais, às contratualizações, ao binômio público-privado e ao fortalecimento de instâncias regionais e governanças compartilhadas entres os entes federativos.

AVANÇOS E FRAGILIDADES NA ARTICULAÇÃO DOS RECURSOS

A necessidade de novas contratações para a assistência nas regiões, as equipes desfalcadas para o trabalho exigido nos NRS foram identificadas como componentes que interferem no avanço da regionalização no estado. Outro componente é a falta de recurso financeiro para o desenvolvimento das redes de atenção à saúde e, consequentemente, para o comprometimento dos entes federados no processo de regionalização. A queixa atravessa os espaços colegiados de gestores municipais e estaduais em relação às dificuldades das ações e serviços da AB, Atenção Especializada e Hospitalar. A ineficiência dos recursos é um impasse para a regionalização, sejam financeiros, humanos ou físicos[22].

A falta de recurso foi recorrente na realidade das regiões de saúde que detém os maiores número de municípios de pequeno porte e que não se mantêm com a própria arrecadação. Na Bahia, mais da metade dos municípios possui menos de vinte mil habitantes (IBGE), as entrevistas sinalizam que muitos são dependentes do repasse dos outros entes federados e o financiamento torna-se motivo para conflitos, principalmente, nas discussões de conformação de rede e implantação de serviços.

O conflito por financiamento pode ser uma característica herdada do processo de descentralização, pois o município operacionalizou suas ações a partir das induções financeiras federais, caracterizando a descentralização apenas enquanto um processo efetivo de alocação de recursos[23]. Nesse cenário, os municípios vivem o descompasso da autonomia constitucional e o custeio próprio para a saúde, visto que 73% dos municípios brasileiros possuem vinte mil habitantes e sofrem com a pouca arrecadação de encargos e recursos[14].

O modelo brasileiro de descentralização centralizador indica que, historicamente, as transferências financeiras não foram orientadas para a redução da desigualdade, uma vez que grande parte do financiamento ainda permaneceu concentrada na esfera federal, causando certa dependência dos governos locais para o desenvolvimento das políticas públicas[24,25]; desafio constatado em nosso estudo.

Para lidar com as iniquidades regionais, sabe-se que é exigida base financeira para a implantação das estratégias para o avanço da regionalização, no entanto, as experiências de alocações financeiras nas RAS, como indutoras para o processo de regionalização, apontam para as limitações da autonomia dos entes subnacionais[26].

A Lei Complementar 141/12, que regulamenta a EC/29, dispõe sobre os percentuais mínimos de investimento na saúde, 12% para os estados, 15% para os municípios e, nesse sentido, compreende-se que os espaços para as pactuações entre os entes, principalmente as relações entre os estados e municípios, concretizam-se como o

modo viável de oportunidade de avanço para o cenário das regiões, visto que a região não dispõe de recurso garantido em lei.

No entanto, de modo geral, há insuficiência dos recursos que estão sendo alocados na saúde, há preocupações geradas a partir dos impactos da Emenda Constitucional (EC) 29, da criação das emendas impositivas[27], da aprovação da EC 95/2016[28], das dificuldades e defasados recursos destinados ao financiamento da atenção secundária e terciária, que ganhou contornos críticos na Portaria 3.992 de 2017, extinguindo os blocos de financiamento e definindo em dois blocos – custeio e investimento – de repasse para os municípios e, por fim, da recente mudança do financiamento da AB[15].

Para lidar com os impasses como principais estratégias regionais de alocação de recursos, neste estudo, destacam-se: os recursos destinados aos NRS para manutenção (para as atividades administrativas e de educação permanente em saúde) e aos investimentos aos serviços especializados, hospitalares e de transportes sanitários. Foram sinalizados como investimentos regionais o PMM para fixação dos médicos na AB e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) como principal transporte sanitário regional.

Apesar de apontar a necessidade da expansão da cobertura do Samu, principalmente para os territórios distantes do município-sede, o serviço contribui nos lugares com intenso trânsito de ambulâncias vinculadas aos municípios e que saem em busca de assistência nos municípios vizinhos e/ou nos grandes centros, desarticuladas do complexo de regulação.

Atentar-se para o Samu significa tê-lo como um dispositivo de referência no processo de regionalização e como via de identificação dos obstáculos na atenção às urgências regionais, nos entraves vivenciados na regulação da assistência hospitalar e servir como parâmetro para os transportes sanitários municipais.

Almeida et al.[19], em estudo realizado em uma região de saúde da Bahia, destacam que a Rede de Atenção à Urgência e Emergência e a implantação do Samu e complexos de regulação tencionaram pactuações e estratégias de planejamento de modo regionalizado, configurando-se como "uma janela de oportunidade" para diagnóstico da realidade.

No cenário da atenção especializada e hospitalar, foram citadas a construção e a reforma dos hospitais regionais em algumas regiões de saúde do estado, descentralizando procedimentos de maior complexidade tecnológica para as cidades-polo das regiões; e os consórcios de saúde, o investimento do estado no contexto assistencial, com desdobramentos diretos na organização e na oferta de serviços nas redes de atenção à saúde nas regiões.

A proposta de consórcios, por regiões, entre municípios e o estado, esteve presente nas entrevistas e na Conferência de Saúde, principalmente pela possibilidade de gestão por Organizações Sociais da Saúde (OSS), alvo de críticas na conferência. O estado optou por consórcios para construção de policlínicas com serviços ambulatoriais médicos especializados e exames diagnósticos, alegando: a dificuldade e escassez dos procedimentos e profissionais especializados, a fragilidade do financiamento, a promoção do cooperativismo entre os entes e o avanço da regionalização aproximando os serviços das regiões de saúde.

Experiências de consórcios municipais, com a participação do estado como indutor e ator provedor, são encontradas modificando cenários regionais, configurando-se com estratégia de contratação profissional, em especial para média e alta complexidade, e na assistência com ampliação de ações e serviços, apesar do financiamento apresentar-se como obstáculo, assim como a possibilidade de reproduzir as desigualdades[29,30]. Destaca-se que o consórcio ainda é elemento de divergências no âmbito da governança regional[29,31].

Nesse âmbito regional, as policlínicas construídas nas 28 regiões de saúde, com o financiamento do estado (40%) e dos municípios que compõem a região (60%), segundo os dados da pesquisa, são destaques para que atenuem as dificuldades de financiamento, do fluxo do usuário no que consiste ao acesso ao serviço médico especializado, da fixação nas regiões de profissionais médicos especializados, principalmente as distantes dos grandes centros urbanos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa propôs analisar o processo de regionalização na Bahia e compreende que o estado avança no processo de regionalização na saúde, mas lentamente, fragmentado e com intensidades diferentes nas regiões. Avança, pois há um investimento da gestão estadual em estratégias de regionalização, o qual necessita superar o cenário conflituoso entre gestão e participação do controle social, potencializar a atuação dos NRS e reavaliar os aspectos indicados como limitadores para os avanços.

As considerações tecidas nas discussões e os aspectos sinalizados compõem o que se entende como importante no âmbito da regionalização e na garantia das ações e serviços sintonizados com os princípios do SUS, com o compromisso solidário e constitucional do direito à saúde. Destaca-se a importância da diretriz para o sistema de saúde e para a efetivação de um SUS que extrapole o setor da saúde.

Reafirma-se a importância da participação social para garantia de um sistema de gestão democrático, priorizando: espaços de construção e dispositivos coletivos e descentralizados; a garantia do uso dos instrumentos de gestão de modo significativo e transparente para os atores envolvidos; o cuidado e comprometimento da gestão municipal e estadual com a AB e as RAS, visto a sua importância fundamental para os sistemas universais e de qualidade; a atenção e ampliação dos recursos destinados ao processo de regionalização, posto que, principalmente, a limitação do recurso financeiro configura-se como uma fragilidade do sistema de saúde.

Aponta-se como limitação do estudo a centralidade na análise a partir da perspectiva da gestão estadual. O objeto de investigação envolve diversos atores e dimensões complexas e multifacetadas, desse modo, merece ser compreendido por outras abordagens metodológicas mistas, com diversas fontes de dados (triangulação de dados) para aprofundamento e ampliação da análise da regionalização.

Por fim, os limites e desafios encontrados na pesquisa parecem não se localizar apenas na Bahia, as experiências aqui sinalizadas demonstram a necessidade de pensar novos modelos de partilha e solidariedade entre os estados e municípios, retomando a responsabilidade de se construir um SUS único.

Cabe indicar que a experiência no cenário SUS-BA precisa ser debatida com aprofundamentos: na integração dos serviços especializados e hospitalares no planejamento dos planos das redes de atenção e na discussão sanitária das regiões; na relação entre Sesab (nível central e seus departamentos) e as regiões de saúde, considerando os NRS e a CIR; na participação do controle social e de organizações não governamentais na regionalização.

Destacamos aqui a necessidade de aprofundar a investigação nos processos de governança das regiões de saúde.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Vick Brito Oliveira, Adriana Falangola Benjamin Bezerra, Keila Silene de Brito e Silva e Islândia Maria Carvalho de Souza.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Vick Brito Oliveira, Adriana Falangola Benjamin Bezerra, Keila Silene de Brito e Silva e Islândia Maria Carvalho de Souza.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Vick Brito Oliveira, Adriana Falangola Benjamin Bezerra, Keila Silene de Brito e Silva e Islândia Maria Carvalho de Souza.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Vick Brito Oliveira, Adriana Falangola Benjamin Bezerra, Keila Silene de Brito e Silva e Islândia Maria Carvalho de Souza.

REFERÊNCIAS

1. Viana ALA, Bousquat A, Melo GA, Negri Filho A, Medina MG. Regionalização e redes de saúde. Ciênc Saúde Colet. 2018;23(6):1791-8.
2. Menicucci T, Marques AMF. Cooperação e coordenação na implementação de políticas públicas: o caso da saúde. Dados Rev Ciências Sociais. 2016;59(3):823-65.
3. Souza JCDS, Santos AO. Os desafios da regionalização do SUS no contexto federativo brasileiro. Rev Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2018;7(2):29-47.
4. Molesini J. A reforma sanitária na Bahia: um lugar na história (1987 – 1989) [Tese]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2011.
5. Albuquerque MV. O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros [Tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2013.
6. Oliveira VB. A regionalização na saúde no estado da Bahia: uma análise a partir da gestão estadual [Dissertação]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2016.
7. Reis YAC, Cesse EAP, Carvalho EF. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Rev Bras Saúde Mater Infant. 2010;10(Supl1);157-72.
8. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo (SP): Edições 70; 2011.
9. Minayo MCS. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. Rev Bras Educ Med. 2009;33(supl.1):83-91.
10. Mello GA, Demarzo M, Viana ALA. O conceito de regionalização do Sistema Único de Saúde e seu tempo histórico. Hist Ciênc Saúde Manguinhos. 2019;26(4):1139-50.
11. Ribeiro PT, Tanaka OY, Denis J-L. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. Ciênc Saúde Colet. 2017;22(4):1075-84.
12. Menicucci TMG. Regionalização no federalismo brasileiro. Cad Saúde Pública. 2019;35(Suppl2):1-3.

13. Morais IA, Vilaça DSS, Cruz MS, Shimizu HE. Processo de regionalização em saúde no Brasil: análise da perspectiva dos conselhos municipais de saúde. Atas – Investigação Qualitativa em Saúde. 2019;2:823-32.

14. Santos L. SUS-30 anos: um balanço incômodo? Ciênc Saúde Colet. 2018;23(6)2043-50.

15. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? Ciênc Saúde Colet. 2020;25(4):1181-88.

16. Ouverney AM, Ribeiro JM, Moreira MR. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. Ciênc Saúde Colet. 2017;22(4):1193-207.

17. Jesus WLA, Teixeira CF. Planejamento Estadual em Saúde: O caso da secretaria de saúde do estado da Bahia. In: Teixeira C. Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador (BA): EDUFBA; 2010.

18. Tamaki EM, Tanaka OY, Felisberto E, Alves CKA, Drumond M, Bezerra LCA. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. Ciênc Saúde Coletiva; 2012;17(4):839-49.

19. Almeida PF, Santos AM, Santos VP, Silveira, RM. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. Saúde Soc. 2016;25(2):320-35.

20. Santos AM, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. Rev Saúde Pública. 2014;48(4):622-31.

21. Louvison MCP. Regionalização dos sistemas de saúde como resposta às desigualdades territoriais: um debate necessário. Cad Saúde Pública. 2019;35(Suppl2):1-3.

22. Viana ALA, Iozzi FL. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. Cad Saúde Pública. 2019;35(Supl2):1-12.

23. Fleury S, Ouverney ASM, Kronemberger TS, Zani FB. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2010;28(6):446–55.

24. Arretche M, Marques E. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. In: Hochman G, Arretche M, Marques E. Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2007.

25. Viana ALD, Lima LD, Oliveira RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. Ciênc Saúde Colet. 2002;7(3):493-507.
26. Moreira LMC, Ferré F, Andrade ELG. Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil. Ciênc Saúde Colet. 2017;22(4):1245-56.
27. Viana LBF, Brito RL, Santos FP. Financiamento e governança em saúde: um ensaio a partir do cotidiano. *Saúde Debate*. 2014;(52):177-89.
28. Noronha JC, Noronha GS, Pereira TR, Costa AM. Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e descaminhos trilhados em um horizonte de incertezas e desalentos. Ciênc Saúde Colet. 2018;23(6):2051-59.
29. Neves LA, Ribeiro JM. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. Cad Saúde Pública. 2006;22(10):2207-17.
30. Julião KS, Olivieri C. Cooperação intergovernamental na política de saúde: a experiência dos consórcios públicos verticais no Ceará, Brasil. Cad Saúde Pública. 2020;36(3):1-12.
31. Lima LD, Viana ALD. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. In: Viana ALD, Lima LD. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Contracapa; 2011.

Recebido: 27.4.2021. Aprovado: 21.7.2022.