Parte II

Regionalização da saúde na Bahia: aspectos político-institucionais e modelagem dos territórios sanitários

Adriano Maia dos Santos

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SANTOS, A.M. Regionalização da saúde na Bahia: aspectos político-institucionais e modelagem dos territórios sanitários. In: *Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado* [online]. Salvador: EDUFBA, 2018, pp. 87-98. ISBN 978-85-232-2026-6. <https://doi.org/10.7476/9788523220266.0005>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

PARTE II

**REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NA BAHIA:
ASPECTOS POLÍTICO-INSTITUCIONAIS
E MODELAGEM DOS TERRITÓRIOS
SANITÁRIOS**

Capítulo II

POLÍTICAS DE SAÚDE NA BAHIA: DOS ANOS 1960 A 2006

Para análise do processo de regionalização na Bahia, é necessário retro-agir em busca de nuances históricas que se desdobram em estratégias e disputas no espaço-tempo das políticas de saúde, que modelam as singularidades dos sujeitos e dos territórios e que, por fim, imprimem certa lógica à gestão nas regiões de saúde.

Na Bahia, a descentralização e a regionalização das atividades da Secretaria de Saúde Pública ganharam impulso com a Lei nº 2.321, de 1966, e com a Reforma Administrativa do Estado da Bahia, que dividiu o território baiano em 21 macrorregiões administrativas – regiões geoeconômicas. No ano seguinte, o Decreto nº 20.356 regulamentou a instalação de Centros Executivos Regionais de Saúde (Cers) em cada uma das regiões – antes centrados em Salvador –, implantando-os em municípios com maior concentração populacional e de serviço de saúde. Nesse período, dificuldades políticas e técnicas atrapalharam a implantação de todos os Cers, sendo que o Decreto nº 21.589, de 1969, regulamentou o regimento dos Cers – oito, até então – e aprovou a implantação de mais cinco, ampliando, assim, a “regionalização” – desconcentração administrativa – da saúde no estado. (ARAÚJO; FERREIRA; NERY, 1973)

Nessa seara, Teixeira e colaboradores (1993) ressaltam que, até final dos anos 1980, não existia uma política de regionalização territorial-populacional na Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (Sesab), embora reconheçam alguns elementos normativos que apontavam para essa direção e que advinham da experiência dos anos 1960-1970 com a Reforma Administrativa do Estado e criação dos Cers. Esses autores destacam que a criação das Diretorias Regionais de Saúde (Dires) na década de 1980, no âmbito da Sesab, e o protagonismo da Bahia, ao ser o primeiro estado a assinar o convênio do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), foram medidas impulsionadas por questões nacionais – movimento pela municipalização, descentralização e democratização da saúde – e internas – governo estadual de perfil democrático, com eleição direta –. Nesse sentido, por circunstâncias específicas da situação baiana, o projeto de governo, “[...] além das propostas gerais relativas ao financiamento, gestão e desenvolvimento da [infraestrutura] da rede pública de serviços, incorporou como estratégia de reorganização dos serviços a criação dos Distritos Sanitários (DS)”. (TEIXEIRA et al., 1993, p. 79)

O desenho proposto englobava 104 distritos sanitários, com integração – centros de saúde e hospitais públicos ou contratados – de serviços em territórios específicos em toda Bahia, abarcando uma população de 50 a 200 mil habitantes – mesma cidade ou entre cidades –, compondo-se com uma Dires, na perspectiva de uma rede descentralizada administrativamente e integrada distritalmente para oferta de serviços. Teixeira e colaboradores (1993, p. 83) sintetizam que

[...] a experiência da Bahia com o processo de descentralização não esgota a compreensão do SUS como resultado de uma reforma administrativa, mas estende o seu alcance à realização de uma ‘reforma assistencial’. Esta implica a adoção de critérios [organizacionais] e operativos que supõem a racionalização do atendimento à demanda e busca a reorganização da oferta de serviços, de acordo com as necessidades e problemas das populações carentes que vivem, trabalham, adoecem e morrem no território dos Distritos Sanitários.

Nessa perspectiva, complementam os autores, os distritos sanitários constituíram espaços de experimentação metodológica na área de planejamento e programação local.

No final dos anos 1980, já no contexto do Suds, o governo da Bahia centrou esforços em três frentes: a) desenvolvimento da infraestrutura de recursos; b) desenvolvimento político-gerencial; e c) organização do modelo assistencial. Essas linhas básicas de ação buscavam recuperar a credibilidade dos serviços públicos de saúde perante a comunidade, adequar e expandir os serviços, abrir canais de participação da comunidade e dos profissionais da saúde na gestão do Suds, favorecer o processo de municipalização e distritalização – descentralização da gestão –, além de institucionalizar o planejamento no cotidiano da Sesab e da Dires. (PAIM, 1989) Todavia, Paim (1989) aponta que os enfrentamentos político-institucionais com certos dirigentes da Dires e setores tecnocráticos, bem como a dominância de problemas administrativos – infraestrutura e político-gerencial – e as resistências de agentes das práticas de saúde (particularmente médicos), dificultaram o avanço dessa dimensão da gestão.

O fortalecimento do convênio Suds na Bahia também avançou com a indução para que os municípios organizassem seus Conselhos Municipais de Saúde (CMS) – deliberativos e paritários – e construíssem planos municipais de saúde, para que também pudessem aderir ao Suds. Ou seja, tais medidas fomentadas pela Sesab, em 1988, estabeleceram as estratégias para a municipalização dos serviços de saúde e a descentralização da gestão. (PAIM, 1989) Um importante destaque ao protagonismo da Bahia, nesse momento histórico, é feito por Arouca (1991, p. 16 apud PAIM, 2007, p. 224), quando afirma que “o braço da democratização do sistema de saúde, de criação de conselhos estaduais de saúde paritários, deliberativos, aconteceu em muitos poucos lugares – e, sem sombra de dúvida, um lugar onde aconteceu foi na Bahia”.

Na Bahia, assim como em todo o Brasil, a implantação do SUS, nos anos 1990, aconteceu imersa numa conjuntura desfavorável, pois as forças hegemônicas apontavam para reforma restritiva do Estado

– redução de funções – e estreitamento das políticas sociais. (COELHO; PAIM, 2005; SOARES, 2002) Por sua vez, as diferentes normas operacionais foram estratégias de indução do Ministério da Saúde às formas de gestão, provisão e financiamento de estados e municípios, ainda que

[...] estes termos contrariassem aspectos das leis nacionais reguladoras do sistema e as normas editadas (por meio de portarias) inibissem fortemente a liberdade dos estados e municípios para dispor sobre seus planos de saúde, de acordo com sua realidade local e regional [...]. (SANTOS; ANDRADE, 2007, p. 27)

A NOB 93, por exemplo, é considerada uma vitória do movimento municipalista, pois criou fóruns interfederativos de negociação e pactuação e assegurou flexibilidade no processo de organização e formas diferenciadas de financiamento por condição técnica e operativa de gestão – parcial, semiplena e plena –, estabelecendo graus crescentes de descentralização do SUS. (SOLLA, 2006) Nesse momento, na Bahia, cria-se a CIB como fórum de articulação entre os gestores estadual e municipal, sendo composta de forma paritária e constituída por representação do estado – indicados pela Sesab – e do município – indicados pelo Cosems – e com decisões tomadas por consenso. A CIB é uma instância de caráter informativo, consultivo e deliberativo, sendo instituída na Bahia pela Portaria nº 2.094, de 1993. (BAHIA, 2007)

Em relação à CIB, na Bahia, ainda que se constitua um palco privilegiado de negociações entre gestores, as prioridades sanitárias eram capitaneadas por interesses políticos – muitas vezes, em detrimento das necessidades da população. O período de 1993 a 1998 foi analisado e, neste estudo, destacam-se os conflitos relacionados a boicotes e/ou favorecimentos ao processo de descentralização e habilitação, além da distribuição de recursos e bens do estado para os municípios, vinculados à bandeira partidária e/ou sem critérios técnicos. (GUIMARÃES, 2003)

Tais práticas comprometeram o processo de implantação da NOB 93 no estado, pois a Sesab, na época, não estimulou o processo

de descentralização, e nenhum município assumiu a gestão semi-plena, sendo que somente cerca da metade habilitou-se na gestão incipiente. Soma-se o fato de que, até 1998, não havia descentralização das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) para qualquer município. (SOLLA, 2010) Para esse autor, “a descentralização do SUS na Bahia foi marcada pela ausência de estímulo estadual ao processo e intensa partidarização na relação intergestores”. (SOLLA, 2010, p. 125)

Por outro lado, o acúmulo de experiências, em diferentes partes do Brasil, deflagrou a luta por plena responsabilidade do ente público municipal sobre a gestão do sistema de saúde, e não somente sobre a prestação de serviços. E, com a NOB 96, simplificaram-se as modalidades de gestão municipal em dois níveis – plena da Atenção Básica e plena do sistema municipal –, além de consolidar o processo de descentralização do SUS. Essa norma operacional engendrou dispositivos importantes que fortaleceram a gestão municipal: 1) transferência automática e direta de recursos financeiros – fundo nacional ao fundo municipal –; 2) Piso Assistencial Básico (PAB) com diferencial para incentivo à Saúde da Família e outros programas; 3) PPI, apontando para necessidade de integração de sistemas intermunicipais – regionalização. Porém, uma das críticas à NOB 96 é que

impediu a possibilidade de municípios de pequeno porte de assumirem a gestão plena de seu sistema municipal, pois essa condição só era admissível se o ente federativo tivesse todos os serviços necessários ao atendimento de sua população. (SANTOS; ANDRADE, 2007, p. 65)

Especificamente na Bahia, as novas regras de transferência de recursos financeiros favorecem a política de descentralização e habilitação como gestores da saúde, pois, para a maioria dos municípios, é uma forma de captação direta de recursos da União para o seu território. Em virtude disso,

o estado da Bahia, em particular, sai da situação do mais atrasado em termos do número de municípios habilitados para um dos mais avançados [...]. Até o ano de 1996 apenas 25 municípios dos 415 existentes no estado, no período, estavam habilitados a gestores do SUS. No período de 1997 e 1998 este número passou para 351 municípios. (GUIMARÃES, 2003, p. 122)

No Brasil, o grande número de municípios de pequeno porte, bem como as profundas assimetrias na capacidade de provisão de serviços de saúde nesses territórios, inviabilizava não somente a gestão plena, mas sinalizava, também, a necessidade de planejamento territorial e compatibilização de redes intermunicipais em espaços microrregionais. Além disso, “as diretrizes das normas editadas na década de 1990 continham poucos estímulos à integração horizontal dos entes [federados] [...]”. (FLEURY; OUVERNEY, 2007, p. 113) Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde edita as Noas 2001 e 2002, estabelecendo diretrizes para o processo de regionalização como estratégia para hierarquização dos serviços de saúde (interdependência municipal), fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e atualização dos critérios de habilitação de estados (gestão avançada do sistema estadual e gestão plena do sistema estadual) e municípios (gestão plena da Atenção Básica ampliada e gestão plena do sistema municipal). Além disso, é com a Noas que se estabelece a necessidade de elaboração de um PDR pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES), para um planejamento integrado em territórios micro e macrorregionais. Para atender a essa demanda, em 2001, a Sesab, por meio da Superintendência da Gestão Descentralizada de Saúde (Sudesc), assumiu a responsabilidade de coordenar, em consonância com a CIB, a elaboração do primeiro PDR da Bahia, tendo como divisão territorial 6 macrorregiões e 31 microrregiões (REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA, 2012), e, em 2003, o estado assumiu a gestão plena, que “[...] permitiu ao gestor estadual maior autonomia para a condução do sistema estadual de saúde e, além disso, de modo particular, alterou

a forma de participação do Ministério da Saúde no financiamento do SUS”. (REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA, 2012, p. 44)

Todavia, no início dos anos 2000, a condução da política de saúde pela Sesab restringia-se a uma participação acanhada do Conselho Estadual de Saúde (CES) e da CIB, porquanto, o clientelismo e o favorecimento político faziam parte da dinâmica de decisões do Estado, direcionando as indicações políticas nas instituições de saúde, nos níveis regional e local. Em razão disso,

[...] a formulação e implementação de políticas no âmbito estadual resultavam afinal de um processo decisório pressionado diretamente por instâncias que compõem o próprio aparelho de Estado nos níveis de ‘alto escalão’ ou do alto *staff* do Executivo. (COELHO; PAIM, 2005, p. 1380, grifo do autor)

REGIONALIZAÇÃO NA BAHIA NO CONTEXTO DO PACTO PELA SAÚDE: DA HABILITAÇÃO “CARTORIAL” À PACTUAÇÃO “VOLUNTÁRIA” (2007-2012)

A regionalização da rede assistencial de serviços de saúde no Brasil é um princípio estruturante do SUS; contudo, ganha maior destaque na agenda política no início dos anos 2000, com a Noas e, mais recentemente, com a publicação do Pacto pela Saúde, em 2006. Ressalta-se, ainda, que o processo de regionalização seguiu diferentes caminhos e distintos ritmos, conforme os contextos e seus condicionantes institucionais e políticos nas unidades federadas.

A regionalização, no Brasil, caracteriza-se pela integração de redes de atenção à saúde de âmbito municipal em redes de atenção à saúde de âmbito micro e macrorregional. Por conseguinte, tal modelagem aumenta a complexidade na gestão de redes integradas para produção do cuidado, porquanto deve conciliar interesses conflitantes de diferentes municípios, respeitando a sua autonomia política, financeira e administrativa. Ao mesmo tempo, deve buscar a construção de um modelo solidário

e cooperativo no financiamento e na prestação dos serviços de saúde. Além disso, “envolvem jogos de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre governos que possuem interesses e projetos frequentemente divergentes na disputa política”. (VIANA; LIMA, 2011, p. 13)

O Pacto pela Saúde definiu algumas mudanças no financiamento compartilhado no SUS, organizando os recursos destinados às ações e serviços de saúde na forma de blocos de financiamento, bem como a substituição do processo “cartorial” de habilitação – conforme NOB e Noas – por adesão “voluntária” para um modelo de contratualização – Termo de Compromisso de Gestão – entre os gestores das três esferas de governo. Nesse aspecto, o governo da Bahia firmou a adesão estadual ao Pacto de Gestão por meio da Portaria nº 2.581, de 2007. (REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA, 2012)

Em relação ao Pacto pela Saúde, houve, na Bahia, um hiato entre o movimento desencadeado pelo Ministério da Saúde e a sua implantação no estado. Um ponto a ser considerado é que, em 2006, aconteceram eleições para governadores e, no caso da Bahia, houve mudança de governo após 16 anos de gestão do chamado núcleo conservador. Nessa perspectiva, em 2006, a gestão estadual colocava-se contrária à assinatura do Pacto, numa perspectiva mais de oposição à União do que técnica – embora o município de Barra do Choça, na região de saúde de Vitória da Conquista, tenha sido o único do estado a fazer a adesão, mas sem grandes efeitos práticos. Na medida em que o novo governo assumia, em 2007, houve uma série de ações relacionadas à regionalização como a atualização do desenho do PDR, reconfiguração das regiões de saúde e movimentos para implantação dos Colegiados de Gestão Microrregional (CGMR).⁵

5 Estabelecidos pela Portaria/GM-MS 399, de 22 de fevereiro de 2006, que trata da regionalização e seus pressupostos. Elaboração do regimento interno da Bahia, em 2007, e instituídos por Resolução CIB 143, de 9 de outubro de 2007. Início do processo de implantação dos CGMR em maio 2008. (MAGALHÃES, 2010)

O Plano Estadual de Saúde (PES) 2008/2011 destaca as seis diretrizes que constituem a agenda de governo para consolidação do SUS na Bahia (REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA, 2009):

- a. regionalização solidária da atenção à saúde;
- b. gestão do trabalho e da educação permanente em saúde;
- c. intersetorialidade e transversalidade nas ações;
- d. valorização do trabalhador do SUS;
- e. comunicação e diálogo com os parceiros e a sociedade;
- f. resolubilidade e satisfação do usuário do SUS.

Por esse ângulo, as diretrizes precisam ser articuladas entre os 417 municípios que compõem o território baiano. Uma das estratégias tem sido a regionalização, que é explicitada no PDR. (BAHIA, 2008) Para tanto, o PDR de 2001 foi revisado em 2003 e alterado em 2004. Por último, foi revisto em 2007,⁶ quando o território sanitário da Bahia foi organizado em 9 macrorregiões de saúde e 28 microrregiões: Norte (27 municípios), Sul (67 municípios), Leste (48 municípios), Oeste (37 municípios), Sudoeste (73 municípios), Nordeste (33 municípios), Extremo Sul (21 municípios), Centro-Norte (38 municípios) e Centro-Leste (73 municípios).

A concentração de tecnologia de alta densidade no município de Salvador converge na atração de usuários de todas as regiões do estado em busca de procedimentos especializados, além de apoio diagnóstico e terapêutico, pois, nas demais regiões, há uma predominância de estabelecimentos de atenção primária e de unidades com internação hospitalar de pequeno porte – com capacidade restrita para resolver problemas que necessitam de procedimentos e terapias que envolvam tecnologias mais adensadas. Desde então, um grande desafio na gestão estadual é conformar uma rede de serviços de saúde que supere os

6 Em 2011, o PDR passou por uma atualização oficializada pela Resolução da CIB nº 181, de 24 de agosto de 2011. (REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA, 2012)

“[...] grandes vazios assistenciais, observando [a] economia de escala e de escopo, qualidade e integralidade da assistência”. (REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA, 2009, p. 22)

De acordo com o PES 2008-2011 (REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA, 2009), existia uma distribuição irregular de serviços nas macrorregiões: a macrorregião Leste é a que apresentava maior concentração de serviços em saúde. Por outro lado, observava-se que as macrorregiões Centro-Norte, Extremo Sul, Nordeste, Norte e Oeste eram as regiões de saúde que apresentavam menor concentração.

O desenho do PDR baseou-se nos conceitos de economia de escala e de escopo aplicados às microrregiões e aos respectivos municípios de referência, na capacidade de investimento do estado, na sustentabilidade econômica dos municípios de referência, nas distâncias e trajetos de deslocamentos dos usuários (acesso), na capacidade instalada pública – unidades assistenciais, leitos de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) e leitos totais. Entre os critérios utilizados para o desenho das regiões de saúde, ressaltam-se os populacionais e os de acesso viário, sendo adotados parâmetros para adequação às diversas realidades regionais do estado. (REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA, 2009)

Com a adesão ao Pacto pela Saúde, novas relações de cooperação foram se estabelecendo entre os entes federativos. Nessa perspectiva, dos 417 municípios baianos, 347 estavam sob gestão estadual do sistema de saúde, representando 83% do total, e 70 municípios, representando os 17% restantes, assumiram o comando único do sistema de saúde local – comprometeram-se com a gestão plena do sistema de saúde no seu território. Ressalta-se que, no estado da Bahia, 269 municípios assinaram o Pacto pela Saúde. (REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA, 2012)

Para o processo de “regionalização viva”, ou seja, processo permanente de negociação entre os municípios e o estado, existe uma série de instâncias de debate e pactuação. Entre as instâncias, tem-se a CIB – que tem caráter deliberativo e foi instituída na Bahia pela Portaria de

nº 2.094, de 21 de junho de 1993 (BAHIA, 2007) –, o Cosems, os CGMR⁷ e o Conselho Estadual de Representantes Regionais (Coner) – estrutura de representação regional do Cosems. Com a implantação dos CGMR, desde 2007, as CIB macrorregionais deixaram de funcionar, abrindo espaço para os CGMR. (VIANA; LIMA, 2010a)

O CGMR – atualmente, Comissão Intergestores Regional (CIR) – reúne os municípios de cada microrregião de saúde – atualmente, região de saúde –, num total de 28 CGMR/CIR distribuídos entre as 9 macrorregiões. Trata-se de instância colegiada, de natureza permanente e de caráter deliberativo sobre as competências definidas dentro do território regional, a partir de decisões tomadas por consenso no conjunto dos municípios correspondentes às microrregiões de saúde estabelecidas pelo PDR e de caráter consultivo para a CIB quando se referir às questões que envolvam outras microrregiões/macrorregiões do estado. (BAHIA, 2007b)

Acerca do funcionamento dos órgãos colegiados envolvidos com a regionalização no estado da Bahia, Viana e Lima (2010a) sintetizam que os CGMR/CIR passaram a ser responsáveis, entre outros, pela avaliação dos pleitos de adesão ao Pacto de Gestão encaminhados pelos municípios pertencentes à microrregião de referência após aprovação dos CMS, havendo, ainda, o esforço para adesão em “bloco de municípios”. Com efeito, a regionalização da atenção à saúde, na Bahia, aparece como uma das diretrizes estratégicas, como compromisso e objetivo específico na agenda de governo no PES 2008-2011 (REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA, 2009), sendo reafirmada no PES 2012-2015. (REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA, 2012)

Em dezembro de 2014, de maneira ambígua, foi publicada a Lei Estadual nº 13.204, que, dentre outras modificações na estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual, determina a extinção das Dires e a criação dos Núcleos Regionais de Saúde (NRS). Os NRS, em substituição às Dires, têm como finalidade acompanhar as atividades de regulação e de vigilância sanitária, bem como

7 Começaram a ser implantados no final de 2007, substituindo as antigas CIB macrorregionais (CIB Macro). (VIANA; LIMA, 2010a)

as ações relativas à Coordenação de Monitoramento de Prestação de Serviços de Saúde, à Central de Aquisições e Contratações da Saúde e à Corregedoria da Saúde, contribuindo para o fortalecimento da gestão junto aos municípios. (BAHIA, 2014)

A reforma administrativa em curso na Bahia tem sido encarada como um enxugamento da “máquina pública” para diminuição de gastos, em detrimento do processo de fortalecimento e aperfeiçoamento da regionalização. Entre outras coisas, as Dires desenvolviam ou poderiam desenvolver um vigoroso apoio institucional aos municípios nas regiões de saúde (ALMEIDA; SANTOS, 2015; PINHEIRO; JESUS, 2014; SANTOS; ASSIS, 2017), ou seja, os NRS precisarão responder a uma demanda de fortalecimento das redes regionais de saúde.

Ainda assim, houve movimentos na busca de modelagens sanitárias que respondessem a uma governança regional com vista à conformação de uma rede de atenção à saúde integrada e compartilhada entre os municípios em cada região de saúde. Nesse sentido, o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (Coap), proposto no Decreto nº 7.508, teve como objetivo a organização e a integração das ações e dos serviços em uma região de saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários. Para tanto, foram desenvolvidos seminários na CIB para operacionalização da implantação do Coap, oficinas de trabalho, rodas de conversa, além da implementação do Observatório Baiano de Regionalização – ferramenta de acompanhamento das 28 CIR –, realização de Encontros Estaduais de Regionalização da Saúde e de Mostras de Experiências dos CGMR/CIR, bem como apoio virtual e uso do GeoPortal de informação em saúde para dinamizar a troca de informação entre gestores e, também, como espaço educativo.