

Adriano Maia dos Santos^ILigia Giovanella^{II}

Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde

Regional governance: strategies and disputes in health region management

RESUMO

OBJETIVO: Analisar o sistema de governança regional em saúde quanto a estratégias e disputas de gestão.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: Pesquisa qualitativa com gestores de saúde de 19 municípios que integram a região de saúde no estado da Bahia. Foram realizadas 17 entrevistas semiestruturadas com gestores/gerentes (estadual, regional e municipal), grupo focal, observações na Comissão Intergestores Regional e documentos institucionais, em 2012. Foram analisados os componentes político-institucional e organizacional e interpretados pela hermenêutica-dialética.

RESULTADOS: A comissão intergestores regional foi a principal estratégia da governança regional, sendo ferramenta fundamental para fortalecimento da governança por reunir diferentes sujeitos responsáveis pela tomada de decisão nos territórios sanitários e pela negociação da alocação de recursos e distribuição dos estabelecimentos de uso comum na região. A rotatividade de secretários de saúde, baixa autonomia nas decisões executivas, a qualificação técnica insuficiente para exercício da função e o atravessamento das políticas partidárias na tomada de decisão são fatores que obstruem a comissão intergestores regional às demandas sociais. Recursos financeiros insuficientes não viabilizam o cumprimento da programação pactuada integrada nem o aumento da oferta pública na rede e impunham ao gestor a compra de serviços no mercado privado por valores acima da Tabela do Sistema Único de Saúde. Foram relatados atravessadores contratados para agilizar o acesso aos serviços especializados (diagnóstico, terapêutico e/ou cirúrgico) em outros municípios mediante pagamento direto a médicos por procedimentos já custeados pelo Sistema Único de Saúde.

CONCLUSÕES: A rede regionalizada de saúde apresenta padrão de governança conflitante e com institucionalidade intermediária. A comissão intergestores regional necessita incorporar, à rotina de gestão, dispositivos mais democráticos que logrem articulação com instituições de ensino, permeáveis às demandas sociais, para definição das políticas regionais.

DESCRITORES: Administração de Serviços de Saúde. Regionalização. Alocação de Recursos para a Atenção à Saúde. Cobertura de Serviços de Saúde. Participação Comunitária. Gestão em Saúde. Gestor de Saúde. Sistema Único de Saúde.

^I Instituto Multidisciplinar em Saúde. Campus Anísio Teixeira. Universidade Federal da Bahia. Vitória da Conquista, BA, Brasil

^{II} Departamento de Administração e Planejamento em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Adriano Maia dos Santos
Instituto Multidisciplinar em Saúde – UFB
Campus Anísio Teixeira
Rua Rio de Contas, 58 Quadra 17 Lote 58
Bairro Candeias
45029-094 Vitória da Conquista, BA, Brasil
E-mail: maiaufba@ufba.br

Recebido: 14/7/2013
Aprovado: 12/3/2014

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the regional governance of the health system in relation to management strategies and disputes.

METHODOLOGICAL PROCEDURES: A qualitative study with health managers from 19 municipalities in the health region of Bahia, Northeastern Brazil. Data were drawn from 17 semi-structured interviews of state, regional, and municipal health policymakers and managers; a focus group; observations of the regional interagency committee; and documents in 2012. The political-institutional and the organizational components were analyzed in the light of dialectical hermeneutics.

RESULTS: The regional interagency committee is the chief regional governance strategy/component and functions as a strategic tool for strengthening governance. It brings together a diversity of members responsible for decision making in the healthcare territories, who need to negotiate the allocation of funding and the distribution of facilities for common use in the region. The high turnover of health secretaries, their lack of autonomy from the local executive decisions, inadequate technical training to exercise their function, and the influence of party politics on decision making stand as obstacles to the regional interagency committee's permeability to social demands. Funding is insufficient to enable the fulfillment of the officially integrated agreed-upon program or to boost public supply by the system, requiring that public managers procure services from the private market at values higher than the national health service price schedule (Brazilian Unified Health System Table). The study determined that "facilitators" under contract to health departments accelerated access to specialized (diagnostic, therapeutic and/or surgical) services in other municipalities by direct payment to physicians for procedure costs already covered by the Brazilian Unified Health System.

CONCLUSIONS: The characteristics identified a regionalized system with a conflictive pattern of governance and intermediate institutionalism. The regional interagency committee's managerial routine needs to incorporate more democratic devices for connecting with educational institutions, devices that are more permeable to social demands relating to regional policy making.

DESCRIPTORS: Health Services Administration. Regional Health Planning. Health Care Rationing. Health Services Coverage. Consumer Participation. Health Management. Health Manager. Unified Health System.

INTRODUÇÃO

As disparidades entre os municípios brasileiros por condições geográficas, demográficas, políticas, técnico-administrativas, socioeconômicas e financeiras, além da complexidade de demandas e necessidades da população, apresentam problemas cujo enfrentamento transpõe o território municipal, posto que "o alcance da integralidade depende da articulação dos sistemas municipais de atenção em redes regionais"⁸ (p. 287). Com efeito, essas disparidades expõem a necessidade de articulações intermunicipais que abram espaço para "a profusão de novas formas de relação entre Estado e

sociedade, colocando no âmbito da discussão pública os alicerces da estrutura de poder, organização e gestão das instituições políticas vigentes"⁵ (p. 11), conferindo um novo modelo de governança que alie a descentralização com a necessidade de integração solidária.

No Brasil, o atraso da regionalização no Sistema Único de Saúde (SUS) arrefeceu a capacidade resolutiva dos sistemas locais de saúde, amplificando disputas entre os municípios por recursos, ao invés de conformar uma rede interdependente e cooperativa. Assim, a ausência

de planejamento regional para as estratégias de descentralização no SUS acirrou as desigualdades dos entes subnacionais, fragilizou e comprometeu o papel das esferas estaduais, resultando, desde 1990, em milhares de sistemas locais isolados sem capacidade de gestão para viabilizar a integralidade e sem mecanismos e *expertise* para conformação de redes intermunicipais.²⁴

A regionalização é um atributo dos sistemas nacionais de saúde que se organizam para ampliar o acesso e diminuir as desigualdades, fortalecendo os princípios de universalidade e equidade.¹³ Nesse sentido, a regionalização deve viabilizar a utilização da tecnologia mais adequada ao cuidado em tempo e local oportunos, em qualquer parte do território, guiado por racionalidade sistêmica, que contemple cooperativamente as disparidades na distribuição de diferentes serviços e recursos necessários à integralidade, além da articulação intersetorial.²⁰

Estudos têm apresentado as dificuldades na consolidação de um “governo regional” diante da insuficiência no financiamento, frágeis políticas de gestão do trabalho e constrangimentos na oferta de serviços e nos tempos de espera.⁴ A interferência do setor privado no SUS em todo o processo de regionalização^b e relações de conflito e disputa entre os municípios, à revelia da discussão regional,¹¹ enfatizam o papel estratégico do gestor estadual na indução da regionalização^c e a constituição de colegiados regionais.^a Portanto, em contraposição à imagem-objetivo que modela os ganhos com a regionalização, sua implementação tem sido complexa e incremental, alternando avanços e retrocessos.

O Decreto 7.508,^d de 28 de junho de 2011, orienta a constituição de redes regionalizadas e define as regiões de saúde como espaços privilegiados para integração dos serviços de saúde, tendo como ponto de partida o Plano Diretor Regional, mas fazendo as devidas composições que respondam adequadamente às dinâmicas dos territórios, favorecendo a ação cooperativa intergestora. Define, ainda, o papel das comissões intergestores regionais como instâncias de articulação dos gestores municipais, que devem propor, de maneira coordenada e solidária, a distribuição dos serviços e trabalhadores da saúde, visando garantir amplo acesso às ações de saúde em diferentes níveis de atenção, possibilitando a equidade e a integralidade por meio da gestão do cuidado. Nesse sentido, as comissões intergestores regionais são inovadoras, pois constituem instâncias de cogestão, no espaço regional, ao criarem um canal

permanente e contínuo de negociação e decisão entre os municípios e o estado, preenchendo um “vazio” na governança regional.²⁴

A governança regional é um dos componentes de uma rede regionalizada¹⁶ e é entendida como processo de participação e negociação entre uma ampla gama de sujeitos com diferentes graus de autonomia. Representa diversidades de interesses (público e privado) em um quadro institucional estável que favoreça relações de cooperação entre governos, agentes, organizações e cidadãos, de forma a estabelecer elos e redes entre sujeitos e instituições.²⁵

A importância da comissão intergestores regional e seu papel estratégico no processo de regionalização possibilitam identificar tipos específicos de governança.²⁵ A governança depende do desenho institucional e da interlocução com os grupos organizados da sociedade para definição, acompanhamento e implementação de políticas públicas.³

Assim, a governança deve envolver os modos de exercício da autoridade e os processos de inserção dos interesses sociais na agenda de governo,⁶ podendo ser usada como ferramenta analítica para investigação e transformação dos processos de formulação de políticas e gestão de sistemas de saúde. O uso analítico da governança permite “descrever e explicar as interações de atores, processos e regras do jogo e, assim, conseguir melhor compreensão das condutas e tomada de decisões na sociedade”¹⁰ (p. 36).

Na perspectiva de um sistema integrado, a gestão de uma rede regionalizada é vital no cerne de uma política social como o SUS. O conjunto de problemas de saúde cujo enfrentamento demanda um sistema articulado, interdependente e cooperativo tem “múltiplas dimensões de integração entre diferentes subsistemas relacionando a clínica e a governança às representações e valores coletivos”⁹ (p. 336).

O objetivo deste estudo foi analisar o sistema de governança regional de saúde quanto às estratégias e disputas de gestão.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de estudo de caso na região de saúde de Vitória da Conquista, BA, abrangendo 19 municípios que compõem a Comissão Intergestores Regional (CIR). O estudo

^a Lopes CMN. Regionalização em saúde: o caso de uma microrregião no Ceará (1998-2002 e 2007-2009) [tese de doutorado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da UFBA; 2010.

^b Coelho APS. O público e o privado na regionalização da saúde: processo decisório e condução da política no Estado do Espírito Santo [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2011.

^c Pereira AMM. Dilemas federativos e regionalização da saúde: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2009.

^d Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [citado 2014 jul 8]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm

de caso foi adotado a fim de explorar as dinâmicas das organizações, as inter-relações entre implementação e resultados de programas, o como e o porquê dos acontecimentos.²³ Os resultados emergiram das análises e cruzamentos de narrativas produzidas em 17 entrevistas semiestruturadas¹⁸ com gestores/gerentes dos planos estadual (três sujeitos), regional (três sujeitos) e municipal (11 sujeitos) e um grupo focal com apoiadores institucionais da Secretaria Estadual de Saúde. Foram incluídas análises dos registros de observação “não participante”²⁷ e de reuniões na CIR realizadas entre 2011 e 2012. Os entrevistados ocupavam posição estratégica nas secretarias de Saúde (municipais e estadual) ou na diretoria regional de saúde, sendo escolhidos mediante observação de atuação (ativa e frequente) nas reuniões da CIR e por indicação de informantes-chave que sinalizaram os gestores/gerentes que acumulavam experiência consolidada nos respectivos cargos e/ou com grande representação/influência entre os pares. Todas as entrevistas e observações foram realizadas por um dos autores deste estudo. Utilizou-se parte de uma “matriz de análise da gestão do cuidado em rede regionalizada de saúde”,^e nos níveis político-institucional e organizacional, partindo de suas subdimensões e respectivos indicadores para confecção dos roteiros de entrevista e observação (Tabela 1).

O nível político-institucional responde pelo arcabouço legal, pelas propostas/intencionalidades e ações dos sujeitos para implementação de redes regionalizadas. O nível organizacional abarca uma dimensão operativa, que se dá nas interfaces entre os diferentes estabelecimentos e organizações nas regiões de saúde, sofrendo intervenções e interações dos diferentes sujeitos que constituem e imprimem uma lógica para gestão e produção na rede.

Para análise dos resultados, realizou-se a ordenação dos dados,^{2,18} a partir da leitura geral do material transcrito e primeira organização dos diferentes dados contemplados nas entrevistas, grupo focal e observações. A seguir, o material foi classificado segundo Assis² e Minayo,¹⁸ etapa em que as transcrições foram lidas exaustivamente e os trechos com as estruturas relevantes e ideias centrais (núcleos de sentido) foram selecionados, agrupados e classificados a partir das subdimensões da “matriz de análise” que balizou a investigação. Foram confrontados os argumentos das entrevistas e do grupo focal e, em seguida, partiu-se para o cotejamento entre os diferentes discursos, no confronto dialético de ideias e posições dos sujeitos que estabelecem relações para gestão regional. Para análise final dos dados,^{2,18} fez-se o entrecruzamento entre as diferentes informações coletadas, complementado-as com as atas da CIR, identificando-se as convergências e divergências, articulando-se com o referencial teórico da hermenêutica-dialética^{17,18} para produção de análise compreensiva e crítica (Figura).

Do ponto de vista metodológico, a abordagem hermenêutica busca esclarecer o contexto dos diferentes sujeitos e das propostas que produzem, uma vez que afirma haver um teor de racionalidade e de responsabilidade nas diferentes linguagens que servem como veículo de comunicação. Por sua vez, o pensamento dialético cria instrumentos de crítica e de apreensão das contradições na linguagem e valoriza os processos dinâmicos das contradições no interior das quais a própria oposição entre avaliador e avaliado se colocam como alicerce das práticas sociais.¹⁹ Nessa perspectiva, a hermenêutica-dialética é bastante produtiva para fundamentar avaliações qualitativas de compreensão da comunicação, posto que, enquanto a hermenêutica enfatiza o significado do que é consensual da mediação, do acordo e da unidade de sentido, a dialética se orienta para a diferença, o contraste, o dissenso, a ruptura de sentido e, portanto, para a crítica.^{17,18}

Das análises emergiram quatro categorias empíricas que conformam os resultados e discussão: a) organização da CIR: dinâmica dos sujeitos na construção das políticas locais; b) implicações do financiamento do SUS e subordinação da região de saúde à lógica dos interesses privados; c) imediatismo nos debates e planejamento regional; d) micropoderes: paradoxo entre colegiado regional e interesses locais.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, em 4 de outubro de 2011, Parecer 207/11.

ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Organização da CIR: dinâmica dos sujeitos na construção das políticas locais

A composição da CIR não é paritária e se constituía por dois representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e por todos os 19 secretários de Saúde dos municípios da região de saúde. Tratava-se de um espaço institucional deliberativo, com *status* de governança localregional com potencialidade para interferir nas políticas regionais de saúde por meio de seus agentes. Todavia, não havia participação social. Na CIR, havia uma reprodução do poder local (de tradição clientelista), que se articulava, por indução financeira em detrimento de necessidades coletivas, a outros interesses locais de ordem político-partidária, sem redefinir novos cenários sanitários e forjando uma rede de atenção à saúde sem identidade solidária, ainda que os municípios sejam interdependentes. Algumas características políticas e organizativas dos municípios da região de saúde estão na Tabela 2.

A análise revelou que, apesar de a região de Vitória da Conquista apresentar reuniões regulares da CIR, a dinâmica dos sujeitos na formulação e condução das

^e Santos AM. Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2013.

Tabela 1. Matriz para análise da governança em rede regionalizada de saúde. Vitória da Conquista, BA, 2012.

Componentes da governança regional	Nível político-institucional	Nível organizacional
Subdimensões	Crítérios/Indicadores	Crítérios/Indicadores
Mecanismos de governança regional	Estratégias governamentais para fortalecer a governança regional e aperfeiçoar as redes de atenção à saúde na região de saúde Estratégias institucionais para fortalecer a governança regional na região de saúde Estratégia institucional para elaboração e aplicação de Plano de Ação Regional para a região de saúde	Funcionamento e regularidades das reuniões da Comissão Intergestores Regional Conteúdo do debate na Comissão Intergestores Regional para fortalecimento da rede regionalizada Mecanismo de assessoria da 20ª Diretoria Regional de Saúde para fortalecimento da rede regionalizada Municípios que assinaram o Termo de Compromisso de Gestão que assumiram o Comando Único Existência e funcionamento de Consórcio Intermunicipal de Saúde Existência de acordo entre entes federados por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde Existência, aplicação e monitoramento de Plano de Ação Regional para região de saúde Forma de aplicação da Programação Pactuada Integrada para oferta de vagas e existência/tipo de ações que contribuem para reduzir as lacunas assistenciais
Financiamento regional	Estratégias estaduais para financiamento e incentivo à regionalização	Existência e tipo de investimento regional (origem, tipos e finalidades) Existência e tipo de alocação solidária de recursos financeiros voltados à compensação de desigualdades na região
Relações público-privadas	Modalidade de participação de prestadores privados no processo de regionalização e nos planos regionais	Existência e uso de contratualização e acompanhamento de metas pactuadas com prestadores privados na região de saúde Influência do setor privado no processo de regionalização e nos planos regionais

pautas implicou em avanços tímidos em relação ao fortalecimento da rede regional de serviços de saúde, com subaproveitamento da comissão, por reduzir as reuniões a discussões pontuais. A CIR permaneceu como recinto burocrático, com pautas induzidas por política nacional/estadual, com insuficiência de espaço para diálogo sobre as causas dos problemas específicos da região; tais características são análogas às observadas na região de saúde da Baixada Santista.¹¹ As plenárias foram prejudicadas por atrasos e ausências dos membros efetivos, desatenção e, muitas vezes, desinteresse dos gestores em debater assuntos de cunho regional, restringindo sua participação e colaboração às pautas de interesse de seu município, posicionando a regionalização, contraditoriamente, em segundo plano.

A formação profissional dos secretários de Saúde interferiu na compreensão de temas relevantes debatidos em plenária, levando muitos gestores a omitir sua opinião, cedendo espaço aos secretários com alguma formação na área e/ou com longo tempo na função (mesmo sem formação específica) e que acumulavam o saber da experiência. Na CIR, de modo geral, os debates eram abreviados para caber no curto espaço de tempo (resultado dos atrasos) destinado às reuniões, bem como as pautas relacionadas à apresentação de novas políticas de saúde não contavam com a audiência dos gestores, que se dispersavam frequentemente, retornando à plenária para os momentos de

aprovação e homologação de projetos, centrados mais nos ritos administrativos que na perspectiva de planejamento ou avaliação regional. De modo semelhante, a formação insuficiente para gestão em saúde em uma macrorregião de saúde em Minas Gerais¹² implicou tanto na competência técnica para a função desempenhada como na capacidade de gestão dos dirigentes locais.

A baixa autonomia dos gestores da saúde em relação ao poder executivo municipal também representou uma barreira para fortalecimento das decisões colegiadas, que, somadas às assimetrias de poder técnico e político, atrelavam as deliberações ao critério político-partidário acima do técnico, como, por exemplo, na distribuição territorial de estabelecimentos de saúde e contratação de serviços/procedimentos em especialidades médicas. Sobre essa questão, Lotufo & Miranda,¹⁵ diante dos resultados de pesquisa com 36 gestores de 12 estados, argumentam que:

“as prerrogativas de poder e autonomia institucional desses gestores de saúde, e seu capital político, provêm de uma delegação indireta e de uma relação contratual (informal) de confiança com aqueles gestores públicos que detêm a autoridade política formal de um mandato eletivo. Portanto, o seu arbítrio é sancionado por quem lhes delega as prerrogativas de poder decisório e delimita as suas margens de autonomia política” (p. 1.146).

Em estudo com secretários de Saúde de 20 cidades paulistas⁴ constatou-se baixa capacidade para formular, implementar e avaliar políticas municipais de saúde, atrelada, igualmente, ao predomínio de gestores sem formação, sem experiência na gestão pública ou mesmo sem entendimento do que é o SUS. O jogo de poder na dinâmica da CIR é dúbio, pois se, por um lado, alimenta a noção de fortalecimento regional, por outro está capturado pelas forças hegemônicas locais para conservação do *status quo*.

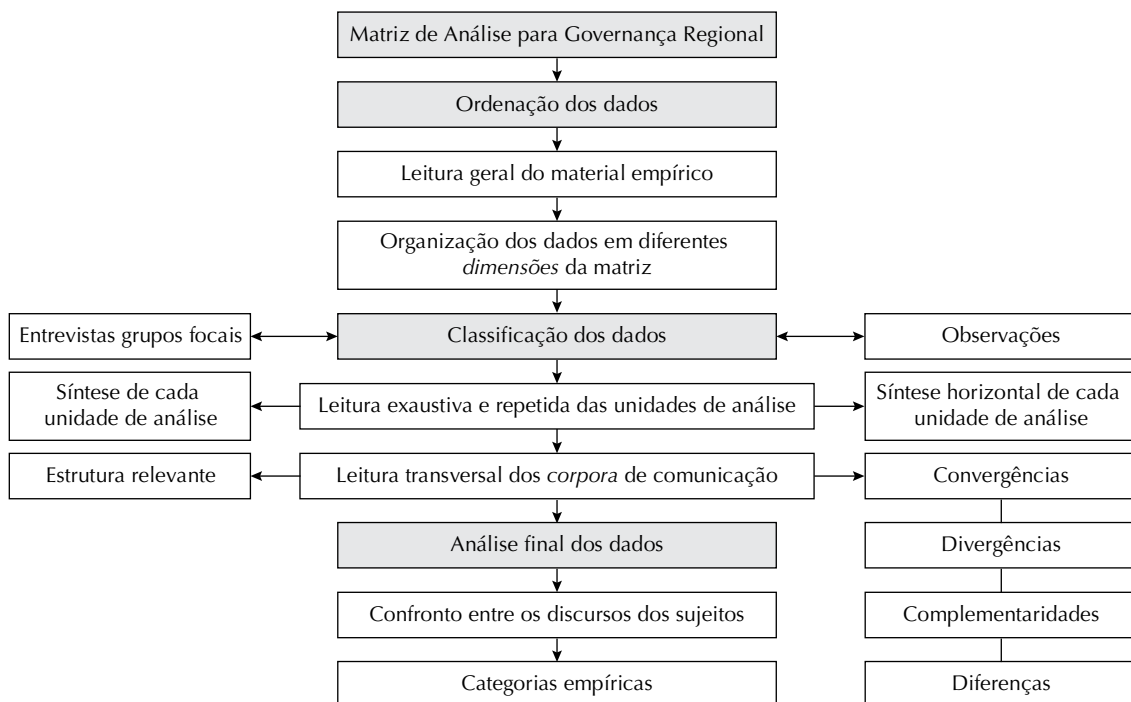
Implicações do financiamento do SUS e a subordinação da região de saúde à lógica dos interesses privados

Na região de saúde estudada a insuficiência na oferta pública de vagas e os longos tempos de espera para acesso aos serviços especializados no SUS pressionavam os usuários a buscar alternativas por meio do desembolso direto, seguro privado de saúde ou mediante privilégios de profissionais da rede e/ou apadrinhamento político, contornando a regulação formal do acesso. Tais questões, também observadas em outros estudos,^{4,22} foram atribuídas e justificadas pelos gestores participantes da pesquisa ao subfinanciamento do SUS. Os recursos financeiros insuficientes não conseguiam viabilizar o cumprimento da programação pactuada nem o aumento da oferta pública própria na rede e, paradoxalmente, impunham ao gestor público a compra de serviços no mercado da saúde por valores acima da Tabela Unificada do SUS, posto que

os preços cobrados por prestadores privados eram inflacionados livremente, também, pela demanda pública.

Ponto crítico na rede de serviços da região foi a ação de atravessadores contratados por secretarias de Saúde para agilizar o acesso aos serviços especializados, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e/ou cirúrgico em outros municípios mediante pagamento (taxas e bonificações) direto a médicos por procedimentos já custeados pelo SUS, sendo questões reiteradas em outra investigação.⁴ Na região, para agilizar o processo cirúrgico, médicos eram contatados pelas secretarias de Saúde ou usuários e acordavam critérios paralelos para realização do ato cirúrgico, na rede SUS, mediante “pagamento irregular”, contornando, assim, a regulação do acesso, nem sempre sustentado por critério clínico de prioridade, contribuindo para obstrução das vagas, gerando iniquidades assistenciais e favorecendo o apadrinhamento e uso privado do espaço público. Tal questão também apareceu como uma conduta comum de prefeitos e vereadores que coagiam os secretários de Saúde a estabelecer fluxos paralelos à regulação regional por meio de pagamentos a médicos para que adiantassem determinados procedimentos, buscando consolidar determinados privilégios a correligionários políticos, o que acabava por agravar as desigualdades de acesso e a utilização dos recursos públicos.

Essas circunstâncias resultam de assimetrias de poder (político, econômico e simbólico) entre governantes,



Fonte: Adaptada de Assis & Jorge² (2010), p. 155.

Figura. Desenvolvimento da análise hermenêutica-dialética.

Tabela 2. Características dos municípios e dos gestores da saúde. Vitória da Conquista, BA, 2012.

Município	População (hab.) ^a	Gestão da saúde	Formação secretário de Saúde	Ano que assumiu cargo ^d	Partido prefeito ^b (2009-2012)	Partido prefeito ^b (2013-2016)
Anagé	25.516	Estadual	Direito	2009	PTB	PT
Barra do Choça	34.788	Municipal	Administração	2009	PP	PP
Belo Campo	16.021	Municipal	Enfermagem	2010	DEM	PSD
Bom Jesus da Serra	10.113	Estadual	Pedagogia ^c	2008	PMDB	PSD
Caetanos	13.639	Estadual	Administração	2006	PSB	PSDB
Cândido Sales	27.918	Estadual	Administração ^c	2011	PMDB	PSB
Caraíbas	10.222	Estadual	Nível médio	2007	PTB	PDT
Condeúba	16.898	Estadual	Geografia	2008	PMDB	PT
Cordeiros	8.168	Estadual	Enfermagem	2009	PT	PSD
Encruzilhada	23.766	Estadual	Direito ^c	2010	PTB	PT
Maetinga	7.038	Municipal	Biologia	2007	DEM	PT
Mirante	10.507	Estadual	Administração	2009	PMDB	PMDB
Piripá	12.783	Estadual	Enfermagem	2005	PDT	PP
Planalto	24.481	Estadual	Enfermagem	2006	PP	PT
Poções	44.701	Estadual	Engenharia	2009	PTB	PC do B
Pres. Jânio Quadros	13.652	Municipal	Farmácia	2009	PMDB	PT
Ribeirão do Largo	8.602	Estadual	Nível médio	2011	PT	PMDB
Tremedal	17.029	Estadual	Administração ^c	2009	PSC	PT
Vitória da Conquista	306.866	Municipal	Enfermagem	2010	PT	PT

^a Fonte: IBGE – Censo 2010.

^b Fonte: Tribunal Superior Eleitoral, 2012.

^c Estavam cursando.

^d Estavam no cargo em dezembro de 2011.

gestores, profissionais da saúde e usuários, estando no cotidiano das relações sociais em territórios com populações em fragilidade socioeconômica e desprovidas de efetivas políticas sociais universais – ainda que formalmente definidas – numa explícita restrição da cidadania.²¹

Imediatismo nos debates e planejamento regional

As estratégias regionais para fortalecimento da rede própria eram geralmente tímidas, centradas na cobrança para ampliação da oferta especializada e hospitalar no município de referência regional, sem ações articuladas para o fortalecimento e maior resolubilidade da Atenção Primária à Saúde e/ou adequada utilização de instrumentos de gestão clínica em cada território municipal. Além disso, os gestores municipais não conseguiam regular adequadamente o setor privado contratado da saúde. Não foram constatados na CIR mecanismos para coibir as arbitrariedades dos prestadores privados, como a majoração dos valores cobrados ao SUS e cobranças diretas aos usuários. Outros estudos^{1,b,f} também revelam que os prestadores privados organizam-se e buscam preencher

as lacunas assistenciais do SUS, ocupando nichos mais lucrativos e estratégicos, exercendo grande atratividade para novas demandas e forte influência política, técnica e simbólica nos sistemas públicos.

Os gestores centravam o debate na CIR em torno da alocação de recursos, particularmente em relação à não prestação de parte dos serviços previamente pactuados pelos municípios que deveriam executá-los, dificuldade de contratação e fixação de médicos para diferentes serviços e indisponibilidade de leitos nos hospitais de referência. Ainda que reconhecessem a insuficiência da oferta, não se debruçavam sobre um planejamento regional que enfrentasse tais limitações. Além disso, não havia equipes técnicas permanentes (câmara técnica), internas à CIR, para analisar e propor estratégias para fortalecimento da rede regional, bem como a superação de problemas comuns e que tematizassem tais propostas nas plenárias.

Ainda assim, a CIR apresentou-se como espaço de interlocução entre gestores com distintas visões e projetos, sobretudo quando a norma legal nacional/estadual exigia

^f Lima LL. Gestão da política de saúde no município: a questão da autonomia [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UFRGS; 2005.

uma discussão regional. Os fluxos para aprovação de novos programas e políticas locorregionais determinavam que os gestores expusessem em plenária seus projetos para apreciação dos demais membros da CIR. Mesmo com a prerrogativa da autonomia municipal, a CIR passou a balizar as relações intermunicipais ao definir, via negociação e consenso, os sítios para expansão e adensamento da oferta na rede regionalizada, particularmente na definição das redes temáticas de urgência e emergência (SAMU regional) e rede materno-infantil (Rede Cegonha).

Nessa direção, os projetos de competência de cada município (Estratégia Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal, Academia da Saúde, Programa Saúde na Escola, entre outros) também eram apresentados nas reuniões, requerendo a aprovação na CIR como requisito para obter os recursos estaduais e federais. Em virtude disso, ainda que fosse um espaço burocrático e, em certa medida, ritualístico para lograr investimentos, a CIR funcionava como lócus de compartilhamento na formulação de projetos e, potencialmente, desempenhava papel pedagógico entre seus membros, coincidindo com achados de outras pesquisas.^{1,11}

As características positivas da CIR têm sido catalisadas pela SES mediante indicação de técnicos com boa experiência na organização de redes como membros efetivos, o que contribui na qualificação dos debates e na condução das plenárias. Ainda, a Diretoria Estadual de Atenção Básica, por meio dos apoiadores institucionais, e a Diretoria Regional de Saúde têm contribuído para dirimir questões polêmicas, como a definição técnica para alocação de recurso e/ou de estabelecimento de saúde na rede, e agregar os municípios em torno de projetos que requerem ampla adesão, como no caso do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Os próprios municípios encaminhavam profissionais para participar das reuniões, nas quais apoiam tecnicamente os secretários e qualificam o debate para tomada de decisão.

Micropoderes: paradoxo entre colegiado regional e interesses locais

As incongruências internas à CIR tensionam interesses particulares do poder político local no âmbito municipal e necessidades regionais de cunho mais solidário. Os achados de Ianni et al¹¹ sinalizam que um dos desafios aos gestores do SUS é “articular o processo de descentralização e regionalização em curso no SUS aos diferentes cenários políticos locorregionais na perspectiva do rompimento do patrimonialismo local e da atuação autarquizada entre os níveis de governo” (p. 927). Por esse prisma, a governança na região de Vitória da Conquista expressa essas ambiguidades, uma vez que interferências político-partidárias comprometem a construção de

uma rede de serviços integrada e os prestadores privados exercem forte pressão sobre a oferta e o adensamento dos serviços. Além disso, a participação social, seja institucional, por meio dos conselhos municipais de saúde, seja por militância, não vocaliza criticamente os problemas da regionalização. Essa correlação de forças atravessa o colegiado regional devido aos secretários de Saúde serem os interlocutores e representantes dessas forças e fraquezas locorregionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O debate regional é permeado por questões urgentes (oferta insuficiente de serviços; majoração dos salários e procedimentos, particularmente de médicos; superlotação em hospitais; Estratégia Saúde da Família pouco resolutive, entre outros) e, assim, os pontos centrais, como o planejamento da oferta regionalizada, a definição do modelo de atenção e a reorganização do processo de trabalho em saúde para produção do cuidado, não aparecem ou permanecem marginais.

A regionalização sob a égide do Pacto pela Saúde presume uma rede de serviços de saúde interdependente com responsabilidade recíproca entre os entes subnacionais, mas sem que isso implique subordinação entre eles.¹⁵ Essa perspectiva, que pressupõe autonomia municipal e coordenação regional em sincronia com a pluralidade de sujeitos envolvidos na gestão regional, deve assumir o desenho de governança pública na rede de serviços de saúde.

A região em estudo apresenta características, ainda, preliminares para uma governança regional. Do ponto de vista da institucionalidade, a existência da CIR com funcionamento regular e de fluxos obrigatórios para captação de recursos e investimentos na região, atrelados ao consenso do colegiado, é mecanismo potente para afirmar relações de corresponsabilidade. O aprendizado institucional fruto da dinâmica de participação na CIR fortalece a gestão intergestores e se apresenta como importante componente para construção da rede regionalizada. Em contraposição, o exercício da governança limita-se ao recinto da CIR que é instituída apenas por secretários de Saúde. Ainda, os demais sujeitos que conformam a rede regionalizada estabelecem interfaces hierárquicas e/ou informais no processo decisório, buscando defender seus interesses junto ao Estado ou influenciar suas decisões sobre políticas setoriais que os afetam em um cenário de recursos financeiros escassos.

Em síntese, as características apontadas na região modelam a rede regionalizada com padrão de governança conflitante e com institucionalidade intermediária. Na governança do tipo conflitante a relação entre os atores é conflituosa e o contexto técnico-político tem baixa coordenação, enquanto a institucionalidade intermediária

apresenta um processo no qual maturidade regional e integração entre os atores não se consolidaram ou são incipientes, mas há indicativos nessa direção.^{14,25} Na CIR isso fica explícito pela ausência de grupos técnicos de caráter permanente, carência de instrumento regional de planejamento e investimento, rotatividade dos secretários de Saúde, notadamente a cada pleito municipal,

comprometendo o acúmulo de conhecimento e o aprendizado institucional. Adicionalmente, secretários de Saúde possuem baixa autonomia perante o executivo municipal (poucos são gestores do Fundo Municipal de Saúde) e pautas são induzidas por demanda ministerial/estadual em detrimento do planejamento e debate das questões locais.

REFERÊNCIAS

1. Assis E, Cruz VS, Trentin EF, Lucio HM, Meira A, Monteiro JCK, et al. Regionalização e novos rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional. *Saude Soc.* 2009;18(Supl 1):17-21. DOI:10.1590/S0104-12902009000500003
2. Assis MMA, Jorge MSB. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: Santana JSSS, Nascimento MAA, organizadores. Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: UEFS Editora; 2010. p.139-59.
3. Azevedo S, Anastácia F. Governança, "accountability" e responsividade. *Rev Econ Polit.* 2002;22(1):79-97.
4. Cecílio LCO, Andrezza R, Souza ALM, Lima MR, Mercadante CEB, Pinto NRS, et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. *R Eletr Com Inf Inov Saude.* 2007;1(2):200-7. DOI:10.3395/reciis.v1i2.84en
5. Fleury S, Ouverney AM. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV; 2007.
6. Fleury S, Ouverney ALM, Kronemberger TS, Zani FB. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2010;28(6):446-55. DOI:10.1590/S1020-49892010001200006
7. Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.
8. Guimarães L, Giovanela L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2004;16(4):283-8. DOI:10.1590/S1020-49892004001000012
9. Hartz ZMA, Contandriopoulos A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad Saude Publica.* 2004;20(Supl 2):S331-6. DOI:10.1590/S0102-311X2004000800026
10. Hufty M, Báscolo E, Bazzani R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cad Saude Publica.* 2006;22(Supl):S35-45. DOI:10.1590/S0102-311X2006001300013
11. Ianni AMZ, Monteiro PHN, Alves OSF, Morais MLS, Barboza R. Metrôpole e região: dilemas da pactuação da saúde. O caso da região metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2012;28(5):925-34. DOI:10.1590/S0102-311X2012000500011
12. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM, et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad Saude Publica.* 2010;26(5):918-28. DOI:10.1590/S0102-311X2010000500014
13. Kushnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Cienc Saude Coletiva.* 2010;15(5):2307-16. DOI:10.1590/S1413-81232010000500006
14. Lima LD, Viana ALA, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Izzi FL, et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Cienc Saude Coletiva.* 2012;17(11):2881-92. DOI:10.1590/S1413-81232012001100005
15. Lotufo M, Miranda AS. Sistema de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de saúde. *Rev Adm Publica.* 2007;41(6):1143-63. DOI:10.1590/S0034-76122007000600007
16. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cienc Saude Coletiva.* 2010;15(5):2297-305. DOI:10.1590/S1413-81232010000500005
17. Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. Caminhos do pensamento: epistemologia e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p.83-108.
18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2004.
19. Minayo MCS, Souza ER, Constantino P, Santos NC. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p.71-103.
20. Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanela L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p.435-72.
21. Pase HL, Müller M, Morais JA. O clientelismo nos pequenos municípios brasileiros. *Pensamento Plural.* 2012;5(10):181-99.
22. Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade no SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis* 2010;20(3):953-72. DOI:10.1590/S0103-73312010000300014

23. Veney JE, Kaluzny AD. Evaluation and decision making for health services. Ann Arbor: Health Administration Press; 1991.
24. Viana ALA, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Cienc Saude Coletiva*. 2010;15(5):2317-26. DOI:10.1590/S1413-81232010000500007
25. Viana ALA, Lima LD, organizadoras. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011.

Artigo baseado em tese de doutorado de Santos AM, intitulada: "Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, em 2013.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.