



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA



Vick Brito Oliveira

A REGIONALIZAÇÃO NA SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA: UMA ANÁLISE A
PARTIR DA GESTÃO ESTADUAL

RECIFE-PE

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA

Vick Brito Oliveira

A REGIONALIZAÇÃO NA SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA: UMA ANÁLISE A
PARTIR DA GESTÃO ESTADUAL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva com vistas a obtenção do título de Mestre, sob a orientação da Prof^ª Dr^ª Adriana Falangola Benjamin Bezerra.

RECIFE-PE

2016

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

O48r Oliveira, Vick Brito.
A regionalização na saúde no estado da Bahia: uma análise a partir da gestão estadual / Vick Brito Oliveira. – 2016.
147 f.: il.; quad.; 30 cm.

Orientadora: Adriana Falangola Benjamin Bezerra.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva. Recife, 2016.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Gestão em saúde. 2. Planejamento em saúde. 3. Sistema de saúde. 4. Política de saúde. I. Bezerra, Adriana Falangola Benjamin (Orientadora). II. Título.

614 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2017-075)

VICK BRITO OLIVEIRA

**A REGIONALIZAÇÃO NA SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA: UMA ANÁLISE A
PARTIR DA GESTÃO ESTADUAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em : 15/03/2016

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. **Adriana Falangola Benjamin Bezerra** (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. **Ronice Maria Pereira Franco de Sá** (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. **Garibaldi Dantas Gurgel Júnior** (Examinador Externo)
CPqAM/FIOCRUZ

Aos meu amores: mainha e painho.

AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos estão direcionados para todas as pessoas que participaram deste momento. Um(a)s contribuíram com este produto final, outras contribuíram me fortalecendo, com muito afeto, durante a caminhada.

Agradeço à minha mãe (Edileuza) e ao meu pai (Ivan), a razão da minha fé e de cada passo meu. Agradeço às minhas irmãs (Vívian e Ive) e ao meu irmão (Victor), companheiras e companheiro de vida. Agradeço a torcida (a melhor torcida) e ao amor da minha família. A minha conquista também é de vocês. Vocês são os indícios da presença de Deus na minha vida.

À minha orientadora, que exerce a docência com gentileza, compromisso e respeito ao próximo, ao serviço público e ao SUS. Carrego com carinho e orgulho a oportunidade de ser sua orientanda.

Agradeço aos amigos e às amigas dos lugares pernambucanos e baianos que percorri e percorro. Vocês são indispensáveis na minha trajetória. Meu coração é a interseção desses estados.

Agradeço aos meus e minhas recifenses (Helena, Túlio, Michael, Júlia, Juliana, Elany, Rafa, Tito, Fernanda, André e Chico), vocês tornaram a minha vida recifense mais leve.

Aos colegas de turma, Coorte 2014, ao PPGISC e ao Grupo de Pesquisa Economia Política da Saúde, indispensáveis para o meu amadurecimento acadêmico. A minha dissertação tem muito de vocês! Muito obrigada!

Agradeço a Taci e Nath, companheiras nas aflições e alegrias de pesquisa. Gratidão!

Às interlocutoras e interlocutores da pesquisa, à Sesab, ao Conselho Estadual de Saúde da Bahia, ao Cosems-BA; agradeço a disponibilidade, a atenção e a confiança.

Aos que acreditam e fazem um SUS público e de qualidade! Sigamos!

À Bahia... Bahia que não me sai do pensamento.

OLIVEIRA, V.B. **A regionalização na saúde no estado da Bahia: uma análise a partir da gestão estadual**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletivo) – Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

RESUMO

A regionalização na saúde, principal estratégia para lidar com as desigualdades regionais dos sistemas de saúde no território brasileiro, destaca a região como espaço privilegiado para a organização das ações e serviços em saúde. O Decreto N° 7.508/11, diploma normativo vigente no âmbito da regionalização, atualmente norteia o planejamento para a conformação de um sistema de saúde organizado em redes regionalizadas de atenção à saúde, apresenta os instrumentos de gestão para o avanço do processo, e marca os espaços colegiados de pactuação e partilha de poder entre os entes federados. A diretriz da regionalização tornou-se protagonista no cenário da saúde nos anos 2000, após publicações normativas que destacaram a necessidade da sua institucionalização. A intensa ênfase nos municípios nos anos 90 fragilizou o papel dos estados na participação dos sistemas locais, desse modo, o resgate da diretriz recuperou, paralelamente, a figura do estado para a condução da regionalização. A Bahia, estado cenário da investigação, pioneira na descentralização administrativa estadual no âmbito da saúde, recentemente, modificou a organização administrativa nas regiões de saúde. Nesse sentido, o estudo objetiva analisar o processo de regionalização na saúde na Bahia, a partir da perspectiva da gestão estadual. Alicerçada na abordagem qualitativa, entrevistas foram realizadas com 10 gestoras estaduais, realizadas no ano de 2015, guiadas por um roteiro semiestruturado construído a partir da Matriz de Avaliação da Regionalização na Saúde, desenvolvida com base na Técnica de Conferência de Consenso. Os dados foram analisados de acordo a Análise de Conteúdo e os aspectos éticos foram respeitados no desenvolvimento da pesquisa. A partir da inferência na análise dos dados, quatro categorias temáticas foram construídas: 1- A ambiguidade da regionalização na saúde no estado da Bahia, 2- A indefinição dos Núcleos Regionais de Saúde no processo de regionalização, 3 - As principais estratégias estaduais para o processo de regionalização no estado, 4- Os avanços necessários para a regionalização na saúde na Bahia. A análise das categorias apontaram para a diversidade de fatores que atravessam a regionalização no estado, alguns contribuindo para o processo e outros obstaculizando. As contribuições podem ser reconhecidas nas estratégias de regionalização identificadas no cenário, na compreensão crítica das gestoras sobre o processo de regionalização no estado e na concepção de regionalização compartilhada entre elas. Os entraves sinalizados envolvem o modo como a gestão estadual propõe as estratégias da regionalização, a fragilidade na participação social na construção da política de saúde no estado, a debilidade na conformação da rede e no uso dos instrumentos de gestão, em cada região, com especificidades que repercutem na organização e assistência do SUS-BA. Assim, compreende-se que o estado da Bahia, a partir da perspectiva da gestão estadual, avança na regionalização na saúde, com peculiaridades, que tornam o processo lento e fragmentado.

Palavras-Chaves: Gestão em Saúde. Planejamento em Saúde. Sistema de Saúde. Política de Saúde.

OLIVEIRA, V.B. **Regionalization of health in the state of Bahia: an analysis on the current state administration.** 2016. Dissertation (Master's in Collective Health) - Integrated Program for Graduate Studies in Public Health, Federal University of Pernambuco, Recife, Brazil, 2012.

ABSTRACT

The regionalization of health, which is the main strategy to deal with regional inequalities of health systems on Brazilian territory, points to the region of Bahia as a privileged space for organizing actions and services in health care. The 7.508/11 decree – the current legal regulation for regionalization – presently guides the planning of the conformation of a health system which is organized through regionalized networks of health, offers the tools for the advancing of the process. Moreover, it highlights the collegiate spaces for pact-making and power sharing between the federate entities. Regionalization has become a protagonist on the landscape of Brazilian health in the 00's, after normative publications that highlighted the necessity of its institutionalization. The emphasis on the municipalities in the 90's weakened the role of the states on local systems. Thus, the recovering of the directive brought back, in parallel, the figure of the state in the execution of the regionalization. The state of Bahia, which is the focus of this study, is a pioneer in the decentralization of state administration regarding health issues, and it has recently modified the administrative organization of the health regions. That being said, this study aims to analyze the process of regionalization of health in Bahia, from a perspective of the current state administration. Founded on a qualitative approach, in order to examine the interviews that were made with 10 state administrators. The interviews were conducted in 2015, guided by a semi-structured set of guidelines built upon the Matrix for the Evaluation of Health Care Regionalization, developed according to the Consensus Conference technique. The data was analyzed according to Content Analysis and the ethical aspects were respected throughout the research. When analyzing the data, four thematic categories were built: 1) The ambiguity of regionalization of health in the state of Bahia; 2) The indetermination of the Regional Health Centers regarding the process of regionalization; 3) The main strategies of the state for the process of regionalization; 4) The necessary advancements for the regionalization of health in Bahia. The analysis of the categories has pointed to the diversity of factors that interfere with the regionalization in Bahia, some of which contribute with the process and others which present obstacles for it to occur. The contributions can be seen in the strategies of regionalization that were identified in the scenario, in the critical comprehension of the administrators regarding the process of regionalization in the state and in the concept of regionalization that they have. The constraints cited above involve the way through which the state administration proposes the strategies for regionalization, the weakness of the social participation in the making of state health politics, and the frailty in the conformation of the network and in the use of administration tools, in each region, with specificities that reflect on the organization and assistance of the System of the Unified National Health System in Bahia, which is the public health system of the state. Thus, it is understood that the state of Bahia, from the perspective of the state administration, is advancing in the process of regionalization of health, in a slow and fragmented manner.

Key Words: Health Management. Health Planning. Health Systems. Health Policy

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Ilustração didática da sistematização das três seções da revisão da literatura	22
Figura 2 - Distribuição espacial segundo as Regiões de Saúde na Bahia, 2014.....	42
Figura 3 - Distribuição espacial segundo os municípios sedes dos Núcleos Regionais de Saúde, 2015.	43
Figura 4 - Representação da organização da Matriz de Reis.....	46
Figura 5 - Representação da análise do consenso a partir da média e desvio padrão. ..	49
Figura 6 - Ilustração do processo da elaboração do instrumento metodológico.	53
Figura 7 - Figura ilustrativa das categorias temáticas e a relação coma regionalização na saúde na Bahia.	60
Figura 8- Ilustração dos três momentos para elaboração da MARS	98
Figura 9 - Níveis de análise (Nível, Dimensão e Sudimensão) da Matriz de Reis que embasam a MARS.....	99
Figura 10 - Representação da organização da Matriz de Reis.....	100

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1 - Quadro síntese com as temáticas abordadas na revisão de literatura por seção.....	21
Quadro 2 - Quadro resumo das categorias temáticas do processo de regionalização na saúde na Bahia, 2015.....	57
Quadro 3 - Categorias Temáticas extraídas da análise das entrevistas com as gestoras estaduais envolvidos no processo de regionalização no estado da Bahia.....	61
Quadro 4 - Atual conformação e abrangência dos Núcleos Regionais de Saúde no estado da Bahia, 2015.....	62
Quadro 5 - Representação da análise do consenso a partir da média e desvio padrão.....	102
Quadro 6 - Número de critérios antes e após a 1ª etapa da Técnica de Conferência de Consenso.....	103
Quadro 7 - Número de critérios antes e após a 2ª etapa da Técnica de Conferência de Consenso.....	106
Quadro 8 - Número de critérios antes e após a 3ª etapa da Técnica de Conferência de Consenso.....	108

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

AIS – Ações Integradas em Saúde

BOS – Base Operacional de Saúde

CES-BA – Conselho Estadual de Saúde da Bahia

CIB – Comissão Intergestora Bipartite

CIR – Comissão Intergestor Regional

CIT – Comissão Intergestora Tripartite

CF - Constituição Federal

Coap - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

Conass - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

COSEMS – Conselho dos Secretarios Municipais de Saúde

CRG - Colegiados de Gestão Regional

Dires – Diretoria Regional de Saúde

EC/29 – Emenda Constitucional 29

EPS – Educação Permanente em Saúde

FHC – Fernando Henrique Cardoso

GPEPS – Grupo de Pesquisa Economia Política da Saúde

IS - Interacionismo Simbólico

MARE - Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado

MARS – Matriz de Avaliação da Regionalização em Saúde

MR – Matriz de Reis

MS - Ministério da Saúde

Noas – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

NRS – Núcleo Regional de Saúde

PDI - Plano Diretor de Investimentos

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PIB – Produto Interno Bruto

PMM – Programa Mais Médicos

PNAFE - Programa Nacional de Apoio a Administração Fiscal

PPI- Programação Pactuada Integrada

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos

RENASES - Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

Sesab – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SUS- BA – Sistema Único de Saúde da Bahia

TCC – Técnica de Conferência de Consenso

TFD – Teoria Fundamentada nos Dados

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	13
2 INTRODUÇÃO.....	15
3 OBJETIVOS:.....	19
3.1 OBJETIVO GERAL	19
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
4 REVISÃO DE LITERATURA	20
4.1 O CAMINHO DA DESCENTRALIZAÇÃO.....	23
4.2 A LARGADA PARA A REGIONALIZAÇÃO	30
4.3 O ATUAL PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO	35
5 ASPECTOS METODOLÓGICO	40
5.1 SOBRE O CENÁRIO DA PESQUISA	41
5.2 AS ENTREVISTADAS.....	44
5.3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	44
5.4.1 O instrumento.....	45
5.4.2 A Técnica de Conferência de Consenso.....	46
5.4.3 Etapas para a elaboração da Matriz de Avaliação da Regionalização na Saúde.....	48
5.4.4 O roteiro para entrevista.....	52
5.4.5 A entrevista e os espaços de interlocução	53
5.5 A ANÁLISE DOS ACHADOS	54
5.6 ASPECTOS ÉTICOS	55
6 OS ACHADOS DO CENÁRIO DE PESQUISA.....	56
6.1 Os Núcleos Regionais de Saúde e a Reforma Administrativa na Saúde: a ênfase na regionalização na saúde no SUS-BA	61
6.2 As estratégias estaduais para a operacionalização da regionalização na saúde na Bahia	74
6.3 A regionalização na saúde: avanços necessários na perspectiva de gestores estaduais	85
6.4 Técnica de Conferência de Consenso e Regionalização na Saúde: Uma perspectiva metodológica para a pesquisa.....	96
7 AS CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
REFERÊNCIAS	114
APÊNDICES	125
ANEXO	144

1 APRESENTAÇÃO

A proposta para o estudo surgiu no contexto do grupo de pesquisa Economia Política da Saúde - Universidade Federal de Pernambuco – GPEPS/UFPE, coordenado pela professora Dr^a Adriana Falangola. O grupo desenvolve pesquisas no campo da Saúde Coletiva e, atualmente, entre outros trabalhos, desenvolve ações ancoradas no projeto intitulado “Iniciativas inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta no SUS: um estudo avaliativo”, aprovado 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 N ° 41/2013.

O projeto visa avaliar as iniciativas inovadoras de organização regional e da rede de atenção à saúde sob as três perspectivas a seguir: 1- No cuidado: com a identificação das redes assistenciais e seu potencial em efetivar a integralidade na perspectiva de linhas de cuidado; 2 - Na força de trabalho: avaliando o processo de implantação do Programa Mais Médicos, a partir da eficiência e efetividade do Programa na organização das redes assistenciais e estruturação da oferta no Nordeste; 3 - Na gestão: objetivando analisar o processo de regionalização da saúde em estados do Nordeste, na perspectiva da gestão estadual, das representações regionais, municipais, e do controle social e usuários. É no terceiro aspecto que o presente trabalho está situado nas ações desenvolvidas pelo GPEPS/UFPE.

O estudo está vinculado as atividades do mestrado em Saúde Coletiva, assim, esta produção é a concretização de um trabalho de conclusão de curso. A temática da regionalização surgiu atrelado a necessidade da escolha de um recorte para nortear a pesquisa, e de um cenário, tomando como referência os estados da região nordeste. As minhas experiências no sistema de saúde baiano, a minha naturalidade e o conhecimento sobre a organização do sistema estadual influenciaram na decisão: o estado da Bahia.

A recente mudança na conjuntura estadual fortaleceu a escolha e a impulsionou para tornar a proposta da investigação oportuna para o cenário escolhido e para a temática estudada. O final do ano de 2014 foi marcado pela ação do estado de reorganizar a distribuição das unidades de descentralização administrativas estaduais no contexto das

regiões de saúde, o marco permaneceu no incício do ano seguinte, caracterizando o estado como um cenário interessante para o estudo.

Além da mudança, outras investigações, encontradas na revisão da literatura, sinalizaram o percurso baiano no processo de descentralização e regionalização na saúde, elencando elementos instigadores. Nesse sentido, o exercício de pesquisar esteve alimentado por um interesse em contribuir para a produção do conhecimento na Saúde Coletiva, vista a importância da temática, contribuir para o estado diante de uma mudança, justificado, por aspectos identificados na literatura e por uma afetividade envolvida.

Escolhido o cenário, os objetivos e a construção metodológica envolveram uma maturação importante junto ao grupo de pesquisa, que resultou na contribuição do presente trabalho, que aborda a trajetória da investigação, os resultados, as discussões e as considerações acerca de pesquisar o processo de regionalização na saúde no estado da Bahia.

Os resultados e discussões produzidos pela pesquisa estão apresentados em quatro artigos, que serão publicados em periódicos do campo de conhecimento da Saúde Coletiva. O artigo 1, intitulado Os Núcleos Regionais de Saúde e a Mudança Administrativa na Saúde: a ênfase na regionalização na saúde no SUS-BA, será submetido ao periódico Ciência e Saúde Coletiva; o artigo 2, As estratégias estaduais para a operacionalização da regionalização na saúde, será submetido ao periódico Saúde e Sociedade; o artigo 3, Regionalização na Saúde: avanços necessários na perspectiva de gestores estaduais, será submetido ao periódico Interfaces; e o 4 artigo, Técnica de Conferência de Consenso e Regionalização na Saúde: Uma perspectiva metodológica para a pesquisa, será submetido ao periódico Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde.

Ressalto que não pretende-se esgotar a discussão da temática, tão pouco limitar o processo de regionalização no estado, dado a dimensão e a importância, a diversidade de atores envolvidos na regionalização, a singularidade de cada lugar e personagem baiano nesse contexto. Reafirmo o compromisso ético da pesquisa, o comprometimento com as discussões de valorização do SUS e com a contribuição para o cenário pesquisado.

Assim, a (o) convidado para ler sobre uma análise (entre outras existentes) da regionalização na saúde no estado da Bahia, a partir da perspectiva da gestão estadual. E a (o) convidado para conhecer e construir compreensões a partir do que eu escrevo.

2 INTRODUÇÃO

As discussões sobre a regionalização na saúde no Brasil destacam-se, ao passo que novos arranjos são instituídos para lidar com as iniquidades vivenciadas nos cenários regionais (LEITE et al, 2012). No contexto atual, o Decreto nº 7.508/11, de Junho de 2011, é o principal instrumento normativo de fortalecimento do planejamento, da organização da assistência e da articulação interfederativa no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

Viana e Lima (2011, p. 12) definem a regionalização enquanto processo político que abarca a partilha do poder, “o estabelecimento de um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais (governo, organizações públicas e privadas, cidadãos) no espaço geográfico”, as autoras incluem na definição a formulação de ferramentas e instrumentos para mediar e implementar o processo, referindo-se ao planejamento, gestão, integração, regulação e financiamento, adotando como referência o território, suas peculiaridades e a rede de ações e serviços.

A regionalização esteve no centro das discussões da Saúde Coletiva, em meio ao movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) nas décadas de 70 e 80, que debateu o projeto para um sistema nacional de saúde pública e social, de gestão democrática, abrangendo questões referentes ao financiamento, a universalidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a regionalização, introduzidos a organização e ao planejamento das ações e serviços em saúde (FLEURY, 1988).

A Constituição Federal (CF) de 1988, principal produto da luta pela redemocratização do país, legitimou a saúde como dever do Estado e direito de todos, mediante a políticas públicas, garantindo ações e serviços públicos de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada, destacando a descentralização e a regionalização entre suas diretrizes (BRASIL, 1988). Nesse mesmo cenário, garantiu-se a organização política-administrativa do país em termos constitucionais, da autonomia dos entes federativos - União, estados e municípios.

A regulamentação da Lei 8.080/90 reafirmou o direito conquistado pela CF, instituiu o SUS atribuindo responsabilidade aos entes federativos, induzindo assim, o arcabouço institucional denominado federalismo sanitário brasileiro (DOURADO; ELIAS, 2012). Segundo D’Ávila e Machado (2009, p. 88), com a participação da União, estados e

municípios na incumbência da operacionalização da política de saúde, consequências, como “o movimento da descentralização político-administrativa, fortalecendo outras autoridades sanitárias – os gestores estaduais e municipais da saúde” foram desencadeados.

A ênfase na descentralização político – administrativa no cenário da política de saúde, na década de 90, ficou denominada de municipalização. A publicação das Normas Operacionais Básicas de 1991, 1993 e 1996 (NOB/91, NOB/93 e NOB/96) marcou o período (CARNEIRO et al, 2014). O investimento na municipalização fortaleceu a relação município e União, priorizou a esfera municipal em detrimento dos planejamentos regionais e das realidades que se apresentavam em cada território (VIANA; LIMA, 2011).

Concomitante com o cenário da política de saúde, a Reforma do Estado, embasada por um ideário da agenda neoliberal, enfatizou o capital e confluuiu suas ações para uma política econômica de estabilização da moeda (VIANA; 2011). A efetivação dessa mudança estimulou a competição e permitiu ao setor privado, ao setor público não estatal o desenvolvimento das atividades não específicas do estado (ABRUCIO, 2007).

No âmbito do setor saúde, a reforma do Estado, para Cherchiglia e Dallari (1999) favoreceu a uma descaracterização da política pública de saúde, acentuou as desigualdades, não considerou as relações complexas estabelecidas entre os entes federativos com a legitimação do SUS e, principalmente, não se alinhou com os critérios de eficiência coletiva e social, mas sim com os econômicos.

Nesse período evidenciaram-se: as desigualdades entre os municípios, as quais não tinham como garantir a integralidade da assistência à população devido a ênfase nos sistemas municipais; as disputas por financiamento, desconsiderando um planejamento regional e cooperativo; uma certa resistências dos gestores municipais quanto a participação do ente estadual no binômio município-União, alimentado, principalmente, por termos financeiros; a fragilização do ente estadual no tocante ao planejamento e articulação da regionalização das ações e serviços em saúde (DOURADO; ELIAS, 2012; ALBUQUERQUE, 2013).

Monteiro Neto (2014, p. 14), refere que em meados da década de 90, a indução dos recursos vinculado, majoritariamente a União, possibilitou que os estados fossem “reprimidos em suas capacidades de desenvolver e implementar estratégias de políticas públicas em seus territórios, ao logo das últimas duas décadas”.

No início dos anos 2000, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas 01/02) trouxe ao centro das discussões a necessidade da diminuição das desigualdades regionais, vinculado ao resgate da construção das estratégias para a regionalização. Em 2006, o Pacto pela Saúde retomou a regionalização como eixo estruturante da política de saúde (LIMA; VIANA, 2011).

O documento reafirmou o acordo interfederativo, destacando com maior robustez o papel dos entes federados, a inovação e a autonomia destes, além de instituir os Colegiados de Gestão Regional, valorizar os instrumentos de gestão, organizar o financiamento em blocos, ampliar os critérios de regionalização, revalorizar o papel do ente estadual, assim, dando um caráter político ao processo de regionalização (LIMA et al, 2012).

Diante da experiência de regionalização referente ao Pacto, em 2011, o Ministério da Saúde (MS) publicou e afirmou que o Decreto n° 7.508/11 surgiu em um momento, onde os atores envolvidos detinham uma maior compreensão da regionalização na saúde (BRASIL, 2011).

O Decreto n° 7.508/11 dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, colocando em cena: as Regiões de Saúde, o Mapa de Saúde, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), Portas de Entrada, Comissões Intergestores, Redes de Atenção à Saúde, Serviços Especiais Abertos, Protocolo Clínico e Diretrizes e o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap), atribuindo um caráter jurídico ao processo da regionalização (BRASIL, 2011a).

No entanto, desde a publicação do Decreto n° 7.508/11 e da legitimação do Coap como estratégia de efetivação da regionalização na saúde, impasses foram identificados, como exemplo, a assinatura do contrato pelos estados brasileiros. Atualmente, dos 27 estados brasileiros, os seguintes assinaram o Coap: Ceará e Mato Grosso do Sul; os demais estados, representados pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (2014, p.14), afirmaram que “sem dinheiro novo não há como assumir compromissos de maneira tão formalizada”. Em entrevista a revista do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (2015), o Ministro da Saúde sinalizou que o país possui um total de 438 regiões de saúde, dessas, apenas 24 firmaram o Coap.

A região nordeste aparece em cena na assinatura do contrato. Historicamente a região sofre com as desigualdades oriundas do processo de desenvolvimento histórico – estrutural e político- institucional, conseqüentemente, com as iniquidades geradas pelo processo da descentralização caracterizado pela “concentração da capacidade instalada e do investimento públicos em saúde nas capitais e em alguns polos regionais no interior dos estados, resultando em vazios assistenciais” (ALBUQUERQUE; MELLO; IOZZI, 2011, p. 143) .

No cenário nordestino e nacional, a Bahia figura como um estado pioneiro em desempenhar a descentralização da gestão da saúde, com a institucionalização do ente estadual nesse processo (MOLESINI, 2011). Molesini (2011) destaca a existência, na década de 70, das Diretorias Regionais de Saúde (Dires) nas regiões do estado, com o intuito de regionalizar administrativamente as ações em saúde, porém distantes de uma descentralização do poder. A autora sinaliza que apesar do estado ser pioneiro na descentralização administrativa regionalizada da saúde, este foi retardatário em articular esse processo à municipalização vivenciada na década de 90.

A Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (Sesab) iniciou as discussões da coordenação do processo regionalização em 2002, com publicação do PDR em 2004. Albuquerque (2013), em estudo recente nos estados brasileiros, apontou aspectos relevantes para o cenário da regionalização na Bahia, como a presença da regionalização na agenda estadual, a figura da secretaria estadual protagonista no planejamento de redes e fluxos assistências e a diversidade dos atores no processo.

A partir das considerações tecidas e da relevância do papel do estado para a regionalização na saúde, a presente pesquisa tem como cenário o estado da Bahia e norteia-se pela seguinte questão “Como está o processo de regionalização da saúde na Bahia, a partir da perspectiva da gestão estadual?”.

3 OBJETIVOS:

3.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Analisar o processo da regionalização na saúde na Bahia, a partir da perspectiva da gestão estadual.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Compreender o discurso dos gestores estaduais sobre a condução da regionalização na saúde na Bahia;
- ✓ Identificar as atuais estratégias estaduais de operacionalização da regionalização na saúde no estado da Bahia;
- ✓ Discutir o atual cenário da regionalização na Bahia, a partir dos discursos dos gestores estaduais, do arcabouço legal e normativo e as estratégias de operacionalização utilizadas no processo da regionalização na saúde no estado.

4 REVISÃO DE LITERATURA

O processo de regionalização na saúde no cenário brasileiro foi marcado com a experiência da descentralização vivida no país na década de 90. Denominada de municipalização, envolveu todo o contexto histórico e seus desdobramentos na efervescência da luta pela redemocratização do país, da promulgação da CF e a legitimidade do SUS, com a publicação da lei 8.080, os seus princípios doutrinários e organizativos.

A complexidade da operacionalização dos princípios organizativos do sistema público de saúde, em especial, a descentralização e a regionalização, está/esteve diretamente entrelaçada aos contextos políticos e econômicos. Nesse sentido, considera-se pertinente circunscrever e organizar a discussão da temática a partir da elaboração de um quadro (Quadro 1) com definições estabelecidas por referências utilizadas, percebidas como didáticas, para versar sobre o tema estudado.

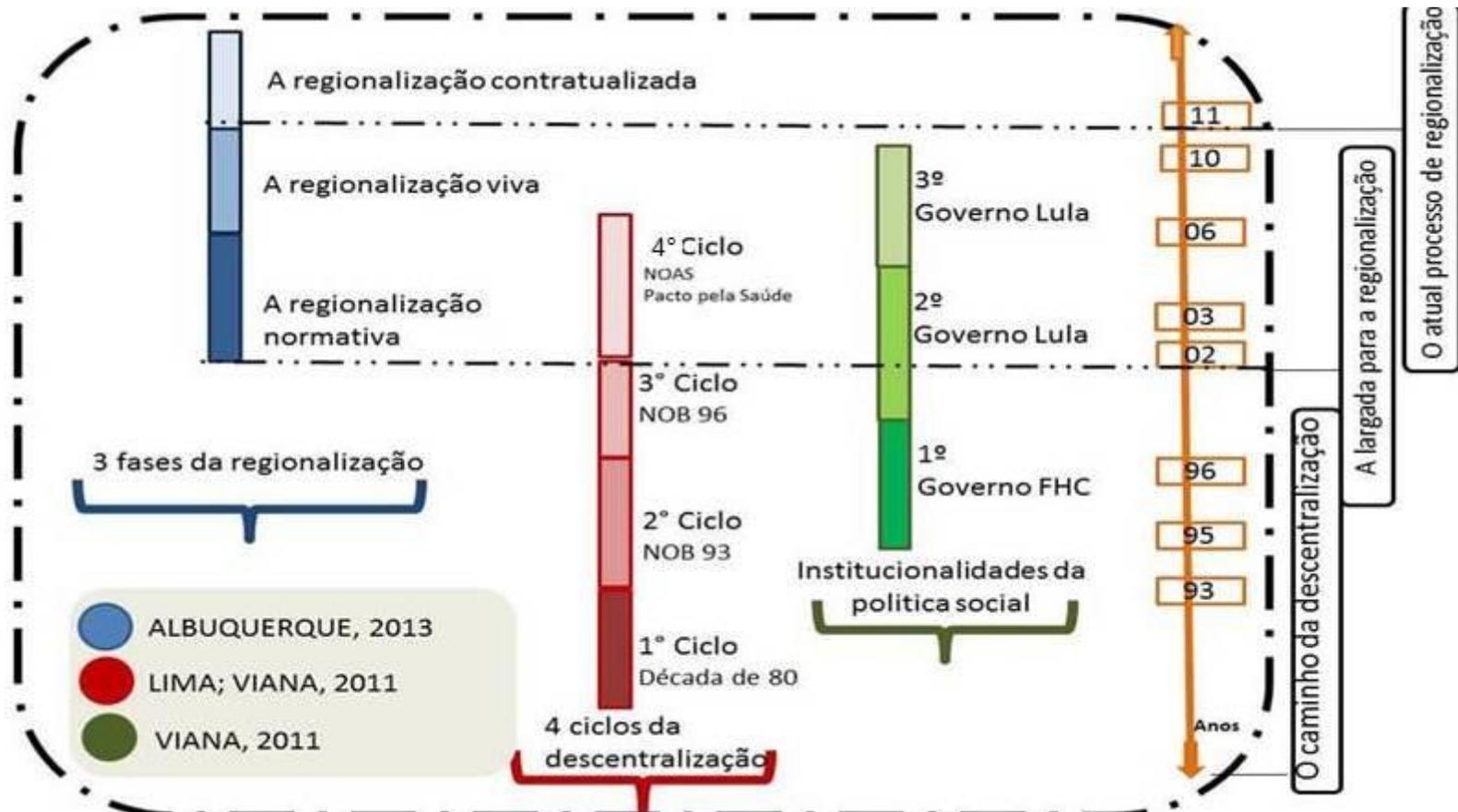
Elegeram-se os quatro ciclos da descentralização, apontados por Lima e Viana (2011), os três períodos de institucionalidade da política social no Brasil, apresentados por Viana (2011) e as três fases da regionalização, sinalizadas por Albuquerque (2013). Essa eleição foi definida, considerando o material estudado, e com o intuito de tornar didática a apresentação da revisão, organizado em três seções: O caminho da descentralização; A largada para regionalização; O atual processo da regionalização. A seguir a figura ilustrativa (Figura 1) demonstrando o enlace entre os marcos eleitos.

Quadro 01: Quadro síntese com as temáticas abordadas na revisão de literatura por seção.

O caminho da descentralização	A largada para a regionalização
<p style="text-align: center;">Anterior a 1988</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Ditadura Militar: Centralização do poder na União;</i> - <i>Crise econômica e social;</i> - <i>Crise no setor saúde;</i> - <i>Luta pela redemocratização do país;</i> - <i>RSB;</i> - <i>Discussões de descentralização do poder;</i> - <i>AIS e SUDS.</i> <p style="text-align: center;">1988 e pós 1988</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Constituição Federal: saúde como direito de todos e dever do estado;</i> - <i>Federalismo brasileiro;</i> - <i>SUS: Lei 8.080/1990;</i> - <i>Federalismo sanitário brasileiro;</i> - <i>Municipalização: a descentralização na saúde;</i> - <i>NOBs 91, 93 e 96;</i> - <i>Abertura nacional para agenda neoliberal;</i> - <i>Reforma do Estado;</i> - <i>Fragilidade do ente estadual;</i> - <i>Crise e desigualdade econômica, fiscal, social e regional.</i> - <i>Presidentes: Fernando Collor (1990-1992), Itamar Franco (1992-1995) e Fernando Henrique Cardoso (1995 – 2003).</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Final do governo FHC;</i> - <i>Desigualdades regionais no contexto da política de saúde;</i> - <i>Descentralização na saúde desarticulada da regionalização na saúde;</i> - <i>NOAS (2002): O protagonismo da regionalização;</i> - <i>Fortalecimento do ente estadual na saúde;</i> - <i>Governo Lula (2004 –2010);</i> - <i>Política neodesenvolvimentista: o crescimento econômico e a expansão das políticas sociais;</i> - <i>NOAS: os avanços e retrocessos;</i> - <i>Pacto pela Saúde (2006): os avanços e retrocessos.</i>
	<p style="text-align: center;">O atual processo de regionalização</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Decreto nº 7.508/11;</i> - <i>Regionalização, regiões e redes;</i> - <i>Redes de Atenção à Saúde;</i> - <i>Integralidade.</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 1 - Ilustração didática da sistematização das três seções da revisão da literatura



Fonte: Elaborado pela autora

4.1 O CAMINHO DA DESCENTRALIZAÇÃO

No Brasil, no contexto da organização política e administrativa, a Constituição Federal de 1988 instituiu a autonomia dos entes federados, sem vínculo hierárquico. A Constituição legitimou o protagonismo da União, estados e municípios no planejamento, organização e operacionalização das políticas públicas, a partir das suas especificidades locais.

Machado et al (2007) apresentam quatro elementos básicos que envolvem o federalismo brasileiro: a ideia de igualdade, de integridade, autonomia entre as esferas municipais, estaduais e união, e a cooperação entre os entes federados. A cooperação e a solidariedade marcam a relação entre as esferas, na perspectiva do compartilhamento e descentralização do poder. No setor saúde, o federalismo sanitário reproduz a autonomia e a cooperação intergovernamental no âmbito do SUS (DOURADO; ELIAS, 2012).

Antecedendo a CF/88, o período da Ditadura Militar (1964-1985) caracterizou-se com o papel centralizador da União no desenvolvimento e financiamento das políticas públicas, com a fragmentação, setorialização e redução dos recursos – políticos, financeiros, materiais, e com as ações públicas com um foco local, favorecendo as desigualdades regionais (BRANDÃO, 2014).

Após esse período, o cenário político da redemocratização do país apontou para mudanças pautadas em uma configuração de competências e compartilhamento de funções e poderes entre os entes, com foco na descentralização do poder (ABRUCIO, 2007).

Historicamente, o país aproximou-se do movimento pendular, oscilando entre a descentralização e a centralização política, administrativa e fiscal nas políticas públicas (D'ÁVILA; MACHADO, 2009; BRANDÃO, 2014). O fortalecimento do federalismo, acompanhou os processos de democratização e autonomia, como visto no cenário brasileiro, a partir dos anos 80 (KUGELMAS, 2011; VERGOLINO, 2014).

No setor saúde, a principal marca foi a ênfase dada ao processo da descentralização das ações e serviços. O conceito de descentralização vem sendo pautado desde as discussões da organização sanitária na década de 20, com o objetivo de aproximar serviço de saúde e população, através da descentralização administrativa (MELLO; D'ÁVILA, 2012).

A descentralização tem o rastro da democratização e promoção da justiça social, pois coloca novos sujeitos sociais no poder e possibilita uma maior aproximação do cidadão na responsabilidade e desenvolvimento da política pública (SILVA, 2001).

A adoção da descentralização, como norte no contexto sanitário brasileiro, sobressaiu-se em meio a uma crise econômica - financeira e de organização e estruturação de serviços do setor saúde, nas décadas de 70 e 80.

Destacaram-se nesse período: o crescimento desordenado do complexo privado médico industrial nos grandes centros urbanos, o superfaturamento dos serviços de saúde conveniados a Previdência Social e a intensa expansão da demanda por ações e serviços de saúde (BRAGA; PAULA, 1981).

A década de 80 foi um período importante para o rumo democrático do país, assim como nos avanços da situação sanitária, no tangente ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. As experiências das Ações Integradas de Saúde (AIS-1983), posteriormente, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS-1987), foram importantes dispositivos, frutos do movimento da RSB, no processo de descentralização no âmbito da política, principalmente, no rol das ações dos estados, a partir dos incentivos financeiros do âmbito federal (FRANZESE, 2011).

Tais experiências intensificaram o movimento em direção aos estados e municípios, e produziram em alguns contextos as gerencias territoriais de serviços de saúde; a administração dos recursos humanos, a transferência ou cessão progressiva dos patrimônios e equipamentos da saúde, antes vinculados a esfera federal; como consequência, a insuficiência dos recursos financeiros, que não puderam acompanhar o processo de deslocamento em direção aos entes subnacionais (LAVRAS, 2011).

Lima e Viana (2011) reafirmam nesse **Primeiro Ciclo da Descentralização**, um movimento dos governos estaduais e municipais na busca de uma maior autonomia, diante da centralização da condução das políticas pela União. O período, que compreende os anos 80, foi atravessado pelas articulações entre gestores estaduais e municipais nas suas comissões e conselhos, por estratégias de descentralização (AIS e SUDS) e a difusão das organizações territoriais em distritos sanitários.

A partir de 88, a definição da descentralização como diretriz e vertente política de democratização do Estado e deslocamento do eixo do poder. Posteriormente, destacou-se a promulgação da Lei Orgânica 8.080 no ano de 1990, garantindo o direito à saúde, pautado na

CF, a qual inaugurou o conceito de Seguridade Social¹ no cenário brasileiro (FLEURY; OUVENEY, 2008).

O sistema de saúde nacional foi legitimado, com seus princípios doutrinários e organizativos², na contramão da abertura do país para a agenda neoliberal (FLEURY et al, 2010). No setor saúde, a ênfase na descentralização das ações e serviços de saúde sujeitou-se e sofreu consequências devido aos rumos da opção econômica do país, que viveu uma conjuntura de uma crise econômica, fiscal e social, diante de um Estado burocrático e ineficaz na operacionalização de políticas públicas (CHERCHIGLIA; DALLARI, 1999).

A economia estagnada, o alto índice da inflação e do desemprego, o alargamento da desigualdade social, a sonegação de impostos, destacaram-se no cenário nacional (ALCOFORADO, 1998).

4.1.1 Considerações acerca do cenário econômico

A descentralização do poder para as esferas subnacionais, em especial os municípios, foi simultânea a abertura do país para a agenda neoliberal, a implantação do Plano Real (1994) e a Reforma do Estado, proposta em 1995 pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), são aspectos que marcam o **Primeiro Período das Institucionalidades** da política social no Brasil, uma Institucionalidade Liberal, vivida no governo Fernando Henrique Cardoso - FHC (1995- 2002) (VIANNA, 2011).

A reforma objetivou transformar a administração pública brasileira em uma administração com princípios gerenciais (BRESSER-PEREIRA, 2006), estabelecendo como componentes básicos da reforma a delimitação das funções e a redução do aparelho estatal, na defesa do aumento da governança e governabilidade do Estado (BRESSER-PEREIRA, 1997).

Para Bresser- Pereira (2006) o modelo burocrático, até então vivido na administração pública brasileira, obstaculizava o desenvolvimento econômico brasileiro frente à economia mundial.

¹ A Constituição Federal define a Seguridade Social como conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 1988).

² Universalidade, Igualdade e Integralidade são os princípios doutrinários do SUS. Descentralização, Regionalização e Hierarquização, Participação Popular são princípios organizativos do SUS (BRASIL, 1980).

A globalização impôs uma dupla pressão sobre o Estado: de um lado representou um desafio novo do papel do Estado, *que* é proteger seus cidadãos, e essa proteção estava agora em cheque; de outro lado exigiu que o Estado, que agora precisava ser mais forte para enfrentar o desafio de tornar-se também mais eficiente na realização de suas tarefas para aliviar seus custos sobre as empresas nacionais que *concorriam* internacionalmente (BRESSER-PEREIRA, 1997, p. 15)

A reforma, operacionalizada pelo MARE, previu a diminuição do Estado via privatização, terceirização e publicização dos serviços e ações, medidas de redução do aparelho estatal foram tomadas, como o fim dos monopólios estatais e a abertura para o capital estrangeiro e iniciativa privada para o investimento nos sistemas estatais (SALLUM, 1999).

Para o Estado moderno pautado em um modelo gerencial, defendia-se: 1- um núcleo estratégico, o qual define leis, políticas, programas; 2- atividades exclusivas, representado pelo poder do Estado na garantia da operacionalização de leis, projetos, políticas e programas; 3- serviços não exclusivos do Estado, que pode ser ofertado pelo Estado, pelo setor privado ou organização não estatal; 4- e a produção de bens e serviços para o mercado, aberta ao setor privado (BRESSER-PEREIRA, 1997).

Destaca-se no período o Programa Nacional de Apoio a Administração Fiscal para os estados brasileiros (PNAFE), a venda dos bancos estaduais, com o intuito de modernizar e fortalecer as finanças dos estados, para liquidação da dívida, mas que não foi eficiente para a máquina pública, desde da estabilização monetária (Plano Real) teve a dívida acentuada, mas que não cessou os novos endividamentos (FRAZESSE, 2011), fragilizando assim a figura do ente estadual.

Em suma, nesse período, a estabilização monetária, o ajuste fiscal, as privatizações, o estímulo a participação privada, os modelos de gestão por organizações não estatais atingiram o cenário das políticas sociais, o Estado assumiu e se deteve a unção de regulação e controle, passando a ter um caráter subsidiário no cenário.

3.1.2 Considerações sobre a municipalização

Concomitante ao compromisso do Estado brasileiro com a agenda neoliberal, o Ministério da Saúde legitimou o processo de descentralização por meio das Normas Operacionais Básicas (NOB/91, NOB/93 e NOB/96) que protagonizaram a década de 90, regulamentando e conduzindo o processo de descentralização.

Com a publicação das NOB delegou-se poderes políticos e administrativos entre os entes e entrou em cena o intenso processo de municipalização da saúde, com destaque para o marco da IX Conferência Nacional de Saúde “Saúde: Municipalização é o Caminho” (1992) (SILVA, 2001).

Destaque para a NOB/93 que reafirmou o compromisso da descentralização político administrativa, com a transferência das responsabilidades na direção dos entes subnacionais, consolidou a transferência Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, institucionalizou espaços de pactuação e comunicação entre os entes, Colegiado Intergestor Bipartite e Colegiado Intergestor Tripartite (CIT), incentivou as três modalidades de gestão para os municípios e estados, sendo: 1- gestão incipiente; 2- gestão parcial; e 3- gestão simplena, que correspondiam ao grau de autonomia na gestão dos serviços e ações de saúde no seu território (D’ÁVILA; LIMA; OLIVEIRA, 2002; ANDRADE; BARRETO et al; 2007).

O **Segundo Ciclo da Descentralização**, corresponde a publicação da NOB 93 com o fortalecimento da gestão municipal - o incentivo à montagem de sistemas municipais conduzidos pela legislação vigente - e a fragilidade do ente estadual nesse processo de descentralização, em um cenário de intensas desigualdades agravadas pela abertura neoliberal.

No **Terceiro Ciclo da Descentralização** protagoniza a NOB 96 com a ênfase na cobertura da Atenção Básica (AB), a aposta do Programa Saúde da Família e a definição do Piso Fixo da Atenção Básica, no âmbito do financiamento.

A NOB/96 consolidou a figura do gestor municipal na condução e garantia da AB, destacou duas modalidades de gestão municipal e estadual, a gestão plena da AB e gestão plena do Sistema de Saúde, estabeleceu prerrogativas para obter transferências de recursos federais no âmbito das ações ambulatoriais especializadas e hospitalares, públicas e privadas contratadas pelo SUS, instrumentalizou a descentralização (reorganização do modelo de atenção e gestão do SUS, alocação de recursos e o pacto estabelecido entre os entes) por meio da Programação Pactuada Integrada (PPI), com as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças (BRASIL, 2006; D’ÁVILA; LIMA; OLIVEIRA, 2002; ANDRADE; BARRETO et al, 2007).

O processo de municipalização, a partir das publicações das NOBs, foi indispensável para o amadurecimento do SUS, mas que se deu sem uma articulação de caráter regional, com

foco restrito ao sistema de saúde local, com desdobramentos difíceis para a consolidação do sistema equânime, integral e universal.

Os sistemas municipais se solidificaram independentes de cooperações regionais, a oferta e o nível de organização e desenvolvimento da saúde e seus serviços acompanharam o desenvolvimento social, econômico e demográfico do país, privilegiando, principalmente, pela via da concentração de recursos, as localidades com um maior acúmulo de recursos econômicos, políticos e demográficos (LAVRAS, 2011).

No tocante ao financiamento, por exemplo, Fleury et al (2010) sinalizam uma ampliação da base de financiamento entre os três entes e apontam a dualidade das induções do MS que levou a fragmentação do planejamento municipal, assim como, reduziu a autonomia municipal, pois o município operacionalizou suas ações a partir das induções financeiras federais, caracterizando assim, a descentralização apenas enquanto um processo efetivo de alocação de recursos.

Constata-se que com “forte concentração na concessão de subsídios da União para os estados, gerou-se iniquidade, visto que a União não tratou os desiguais de maneira desigual, na medida em que se diferenciam socioeconomicamente” (SILVA; NETO; GERARDO, 2014, p. 120).

Diante do cenário, o sistema público de saúde esteve marcado pelos “desvios no uso de recursos da Seguridade Social³, oscilações de fontes e instabilidade no aporte de receitas do MS, que marcaram o financiamento do SUS e limitaram os investimentos e transferências correntes federais realizados para os estados e municípios” (LIMA, 2008, p. 592).

A descentralização fiscal, entrelaçada a complexidade do cenário brasileiro, atravessou a política de saúde na década de 90, a diversidade e a desigualdade social e econômica das regiões brasileira, a enorme quantidade de municípios de pequeno e médio porte, a restrição econômica e a fragilidade do ente estadual, devido as contenções fiscais – destaque para Lei

³ Viana (2009) aponta como problema o uso de parte do recurso do Orçamento da Seguridade Social para cobrir despesas correntes da União e para formar fundos de estabilização fiscal, distanciando da proposta assegurada pela CF.

Kandir⁴, a atuação política sob a égide da estabilização econômica e da contenção de gastos à saúde, foram características marcantes na década (LIMA, 2008).

Vieira (2014) ainda destaca a eclosão de uma guerra fiscal entre os estados, com o intuito de atrair investimentos e capital, mediante as restrições de arrecadação, pautado no discurso dos incentivos fiscais aos grandes investidores; o movimento configurou uma distância do cooperativismo instituído em sistemas federativos, como o brasileiro, e acentuou as desigualdades regionais e locais, pois os planejamentos compartilhados e solidários foram abandonados ou afastados de cena.

A Ementa Constitucional 29 (EC/29), do ano 2000, foi destaque no cenário das disputas de financiamento do SUS, garantido um percentual mínimo⁵ destinado ao sistema público de saúde por municípios, estados e União, no período o processo de descentralização ainda sob a normatização da NOB 96.

Arretche e Marques (2007) chamam a atenção para um modelo brasileiro de descentralização centralizador, pois as transferências financeiras não foram orientadas para a redução da desigualdade, grande parte do financiamento permaneceu concentrado na esfera federal, causando certa dependência dos governos locais para o desenvolvimento das políticas públicas; assim como, a defasagem na partilha fiscal entre os entes federados (LIMA, 2008).

A estratégia da descentralização serviu como via para a redução da responsabilidade do poder central, afastando-se de uma ênfase na garantia de direitos, apesar de pouco influenciada por mecanismos de cooperação intergovernamental, avançou nas vertentes políticas e administrativas, mas caminhou a passos mais lentos no fator financiamento (D'ÁVILA; LIMA; OLIVEIRA, 2002).

Cabe considerar que, apesar do progresso em direção à municipalização, a inserção do estado no processo da descentralização foi lenta e irregular. O período teve a marca da burocratização, muitas vezes não acompanhado pela capacidade de ação das secretarias estaduais de saúde (SOUZA, 2002), assim como a marca a fragilidade fiscal dos estados brasileiros (DAIN, 2009).

⁴ Lei Complementar nº 87 de 13 de setembro de 1996 que dispõe sobre o imposto dos Estados e do Distrito Federal sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação, e dá outras providências.

⁵ A temática recentemente tornou-se destaque, via aprovação da Lei Complementar 141/12 e da EC 86/15 - os percentuais mínimos de investimento na saúde, a partir da arrecadação de impostos para os estados, os municípios e para União (BRASIL, 2012; BRASIL, 2015).

A alocação de recursos, relacionada à oferta e a capacidade de serviços, de certo modo, permaneceu vinculada aos grandes centros, desconsiderando a necessidade de saúde da população; a distribuição dos recursos entre os municípios dificultou a instalação do estado na coordenação de planejamento e organização de redes regionais de saúde (SOUZA, 2002).

A década de 90 finalizou, mesmo após a reforma do Estado, com um cenário de extensas demandas sociais e dificuldades, da verticalização nas relações entre os entes federativos e desarticulou políticas públicas de cunho universal, como a política pública de saúde brasileira (FLEURY et al, 2010).

Viana (2011) refere as características dessa fase e realça a marca da política liberal, que privilegiou a relação Estado-Mercado, a ênfase nas políticas econômicas e estabilização monetária em detrimento das políticas de caráter social, que nesse contexto, foram definidas como uma espécie de pacotes de ações para os pobres.

Para Paim (2008), os avanços e desafios vividos pelo movimento de reforma do Estado e da descentralização na década de 90 foram alanceados por projetos dos governos federais de Fernando Collor (1990-1992), Itamar Franco (1992-1995), Fernando Henrique Cardoso (1995 – 2003), que boicotaram o ideário da RSB no desenvolvimento do SUS, obstaculizando a operacionalização de uma política universal, igualitária, integral e descentralizada, distante da compreensão da saúde como direito.

4.2 A LARGADA PARA A REGIONALIZAÇÃO

A regionalização protagoniza o cenário da política de saúde enquanto uma nova lógica de governança, com avanços e retrocessos; é potente para a universalidade e igualdade do sistema e caracteriza-se pela articulação solidária, priorizando ações para lidar com as desigualdades políticas, territoriais, geográficas, sociais e econômicas no âmbito da política de saúde (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

A estratégia surgiu meio à lógica administrativa, para racionalizar a estrutura de serviços e ações, impactando na equidade e superando a fragmentação do sistema de saúde, por meio da garantia do direito à saúde pela instauração de uma rede regional de ações e serviços, articulada, resolutiva e cooperativa, com menor custo social, econômico e sanitário (SILVA; GOMES, 2013). A proposta de regionalização, segundo Ianni et al (2012), rompe a lógica do patrimonialismo dos sistemas locais, e de uma atuação autarquizada.

No âmbito do SUS, a competitividade municipal vivida, principalmente na década de 90, dificultou o desenvolvimento de projetos regionais (SILVA; GOMES, 2013), a equidade na distribuição dos recursos foi pouco valorizada (UGÁ et al, 2003), o que, possivelmente, contribuiu para as desigualdades e a concentração de recursos em determinadas regiões e escassez em outras.

O desenvolvimento das políticas públicas, em menor ou maior grau, estabeleceu diferentes momentos de descentralização no cenário da saúde, no entanto, a regionalização, como estratégia de superação das dificuldades no contexto da política de saúde ganhou destaque a partir dos anos 2000, com a publicação da Noas 01/02 (LIMA et al, 2012).

O Segundo Período de Institucionalidades da Política Social, denominado de época de transição (2000-2007), compreendeu o período de implementação da Noas, atravessou os últimos anos do governo FHC e o primeiro mandato do presidente Luís Inácio Lula da Silva. O período manteve as características do primeiro momento de institucionalidade, voltada para a abertura neoliberal⁶, com uma conjuntura favorável para o crescimento do país, em termos econômicos e sociais, possibilitando um alargamento das políticas e avanços de caráter social, principalmente no governo Lula.

Para Lima e Viana (2011): o cenário internacional permitiu que o país avançasse positivamente acerca no cenário comercial; as políticas sociais, como o Programa Bolsa Família, expandiu de modo considerável a influenciar na queda do índice de Gini⁷; na saúde, a política apresentou esgotamento das estratégias de descentralização, e a regionalização assumiu o protagonismo, enquanto diretriz organizativa do sistema; continuou-se o investimento na AB e a avaliação dessa expansão; no tangente ao financiamento, os municípios alcançaram gastos superiores ao previsto e a organização dos sistemas municipais não deram conta do fluxo dos usuários, tão pouco da atenção integral, devido a ausência de serviços de saúde, a precarização e a dificuldade dos arranjos que extrapolassem o engessamento municipal.

No setor saúde, destaca-se ainda a dificuldade de articulação entre a regionalização, um processo político de caráter complementar, que lida com a diversidade e as diferenças territoriais; e a descentralização que se “constitui de maneira finalística, não complementar,

⁶ Segundo Moraes e Saad-Filho (2011), nos primeiros anos de mandato, as políticas macroeconômicas do governo Lula mantiveram inalteradas aquelas introduzidas pelo governo FHC pautadas no paradigma neoliberal, inspiradas pela abordagem dos mercados eficientes.

⁷ Cálculo usado para medir a desigualdade social, desenvolvido pelo estatístico italiano Corrado Gini.

pela redistribuição de responsabilidades e recursos para as unidades politico-territoriais específicas” (LIMA; VIANA, 2011. p. 40).

A experiência brasileira não articulou o processo de descentralização com a regionalização, ocorreu um distanciamento no início dos anos 90, e a proposta de organizar as ações e serviços de modo regional foi tardia. O **Quarto Ciclo da Descentralização** esteve marcado pela publicação da Noas e do Pacto pela Saúde, que são referências de normatização para o processo.

A definição do quarto ciclo correspondeu as duas primeiras fases de regionalização sinalizadas por Albuquerque (2013). A autora define **três fases de regionalização**, a partir das diretrizes nacionais que regulamentam o processo da regionalização: 1- a **Regionalização Normativa**, pautada pela Noas, com certa rigidez normativa nas regras e regulamentações; 2- a **Regionalização Viva**, representada pelo Pacto pela Saúde (2006), o qual evidenciou a necessidade da regionalização respeitar a dinamicidade da vida nos territórios; e a **Regionalização Contratualizada**, referente ao Decreto 7.508/11, que possibilitou um caráter jurídico para os acordos estabelecidos entre as esferas de governo, acerca de um plano regional de universalização da saúde.

A Noas legitimou e resgatou a regionalização no âmbito do SUS, enfatizando o estado na coordenação dessa estratégia e no processo de descentralização (CARNEIRO et al, 2014). Pontos importantes foram levantados, como o diagnóstico dos problemas de saúde de uma dada população, a operacionalização de módulos assistenciais na perspectiva da garantia do atendimento de AB, média e alta complexidade, a organização de fluxos de referências e redes de assistência, visando suprir vazios identificados pelo processo de descentralização (SOUZA, 2002).

Constam na Noas as definições: região de saúde - base territorial para o planejamento das ações em saúde, respeitando a divisão do estado; municípios sedes – municípios com capacidade para resolver demandas em saúde até a média complexidade; e municípios polo – municípios referência para qualquer município, de uma dada região, em qualquer nível de atenção (BRASIL, 2012).

Nesse mesmo momento destacaram-se: a rigidez e normatividade dos critérios de planejamento do processo (VIANNA et al, 2008), a utilização dos instrumentos PPI e PDR

(como instrumento de ordenamento da regionalização da assistência em cada estado) no sentido de fortalecer o processo de regionalização (BRASIL, 2002).

A Noas possibilitou a construção de uma organização regional do SUS, porém não provocou mudanças nas disparidades regionais, não aumentou os investimentos em saúde, com destaque para os recursos federais para a média e alta complexidade, não trouxe avanços significativos para o cenário (VIANNA et al, 2008).

No período, chamam a atenção a “concentração e especialização da oferta assistencial, na economia de escala e os graus de descentralização política” (ALBUQUERQUE, 2013, p. 94) e estudos demonstram dificuldades relacionadas aos instrumentos de planejamento e gestão que não se efetivaram enquanto dispositivos de regulação de investimento de qualidade, meta e acesso nesse processo (IANNI et al, 2012).

As discussões acerca da regionalização, proporcionadas pela Noas, fundamentaram, em 2006, a publicação do Pacto pela Saúde (2006), que estabeleceu diretrizes e exigiu dos gestores uma maior compreensão do planejamento e articulação cooperativa regional, possibilitando circunscrever, de modo mais concreto, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, os acordos interfederativos: a regionalização foi instituída enquanto eixo norteador para o desenvolvimento do SUS.

O Pacto foi publicado reforçando a necessidade da regionalização, obedecendo três dimensões (BRASIL, 2006):

- 1- O Pacto da Gestão especifica como diretrizes a Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada – PPI; Regulação; Participação Social e Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;
- 2- O Pacto pela Vida, abordando o compromisso dos entes com preferência a ações que impactam na situação de saúde dos brasileiros, como: saúde do idoso; controle do câncer de colo uterino e mama; redução da mortalidade materna e infantil; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; fortalecimento da atenção básica e promoção da saúde;
- 3- O Pacto em Defesa do SUS reafirmou o compromisso dos entes com o ideário da RSB, a repolitização da saúde, a garantia de recursos financeiros para o SUS de

acordo com suas necessidades, a promoção da cidadania e o fortalecimento do controle social.

Lima et al (2012) destacam na publicação do Pacto, a repartição mais justa entre as unidades federadas, as novas estratégias para a organização das redes de saúde de modo regional, com a AB como ordenadora, e o estabelecimento de metas e objetivos sanitários para a regulação e avaliação das ações de saúde.

Os blocos de financiamento foram destaques no documento, a divisão dos blocos de financiamento para custeio: bloco da atenção básica, atenção de média e alta complexidade, bloco da assistência farmacêutica, vigilância em saúde e gestão do SUS, com o repasse financeiro ocorrendo mediante a certificação da implementação das ações e programas (BRASIL, 2006).

O Pacto recuperou uma vertente política no processo de regionalização e na definição de região de saúde, atentando-se para a diversidade do país, para a dinamicidade da vida, considerando os aspectos culturais, demográficos, econômicos, sociais, além, da organização da rede de saúde; retificou a importância do ente estadual na coordenação e condução do processo de regionalização, e instituiu a implementação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), instância para o planejamento, gestão e pactuação regional.

Albuquerque, Melo e Iozzi (2011) apontaram, em pesquisa nacional, diferentes aspectos acerca da regionalização, durante a vigência do Pacto, considerando relevante: a natureza histórica – estrutural, remetendo a história de conformação dos estados; a característica do sistema de saúde no território estadual; a dinâmica sócio econômica, aspectos políticos e institucionais, como as políticas anteriores de descentralização e regionalização operacionalizadas pelo estado, assim como, os espaços de negociação instituídos no cenário do ente estadual; compreendendo assim, que o país abarca diversos modos de regionalização.

O Pacto evidenciou alguns desafios, como: a pactuação intergovernamental, representado pela assinatura dos Termos dos Compromissos de Gestão, em alguns casos, ocorrendo sem que o projeto de regionalização fosse revisitado; a incipiente valorização dos instrumentos de regionalização, como os planos PDR, PPI e PDI, mantidos pelo Pacto; e o impasse da União em elaborar estratégias e financiamento com caráter regional, capaz de lidar com as desigualdades (ALBURQUEQUE, 2013).

A experiência do Pacto, evidenciou a necessidade de avanços no financiamento, regulação e planejamento da regionalização (LIMA et al, 2006). Em relação ao CGR, autores apontam, em alguns cenários, uma lógica antissolidária, remetendo a necessidade dos gestores se apropriarem do processo de regionalização, dos municípios extrapolarem para a noção de que esse espaço é solidário e cooperativo (CARNEIRO et al, 2014).

A implementação do Pacto atravessou o **Terceiro Período de Institucionalidade**, a institucionalidade neodesenvolvimentista, referente ao segundo mandato do Governo Lula. Para Moraes e Saad-Filho (2011), no governo Lula, “a política econômica brasileira sofreu uma inflexão, e os resultados macroeconômicos foram positivos em termos do crescimento do PIB, fortalecimento de grandes empresas nacionais (estatais e privadas), distribuição de renda e redução da pobreza” (p. 516).

Segundo Viana (2011), as políticas sociais e econômica apresentaram-se de um modo mais interligado; na saúde, os recortes territoriais apresentam-se no cerne das discussões, houve um aumento nos investimentos em políticas sociais e o estímulo a parceria público-privada, nesse contexto, apontou-se o forte investimento em unidades ambulatoriais e hospitalares e o incentivo ao complexo médico industrial, no tocante ao científico-tecnológico, viabilizado por meio do Programa de Aceleração do Crescimento⁸.

A autora completa que, nesse período, o setor vivenciou a fragmentação e a ambiguidade, pois “o contexto nacional foi favorável e induziu à estratégia de regionalização, porém o protagonismo do processo ficou a cargo das Unidades da Federação [...] sem atentar para os aspectos territoriais e assistenciais, sobretudo, para a sua importância numa agenda de desenvolvimento que tem, como um de seus eixos, a saúde” (p. 38).

4.3 O ATUAL PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO

Na perspectiva de avançar diante das dificuldades vividas pela implementação do Pacto, surge em 2011 o Decreto 7.508, que atualmente protagoniza o cenário da política de saúde, no tocante a regionalização. O documento dispõe acerca das “condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, 2011a, p. 1206) e coloca novos elementos em cena.

⁸ O Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) foi criado em 2007, no segundo mandato do governo Lula (2007-2010) objetivou promover a retomada do planejamento e execução de grandes obras de infraestrutura social, urbana, logística e energética do país.

As regiões de saúde são reafirmadas, para serem instituídas devem contar com ações e serviços de: atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. A atenção primária, a atenção de urgência e emergência, a atenção psicossocial e especiais de acesso aberto são as portas de entrada às ações e serviços das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Outro destaque do Decreto 7.508/11 são os espaços coletivos de pactuação entre os entes federativos, o Mapa de Saúde, a Renasse, lista que compreende as ações e serviços ofertados pelo SUS, a disposição dos usuários e revisada a cada dois anos, com o intuito de promover uma assistência integral à saúde; e a Rename, que dispõe sobre os medicamentos padronizados à atenção básica em saúde e programas estratégicos.

O Coap protagoniza o Decreto 7.508/11, pois objetiva tornar mais claro o processo de gestão do SUS, definir as responsabilidades entre os entes federados, facilitar o acesso e o controle diante do que se passa no contexto da gestão do SUS, contribuindo para o controle social.

O Decreto 7.508/11 inaugura um momento do processo de regionalização no Estado, caracterizado pela contratualização das Redes de Atenção à Saúde nas regiões. As redes e regiões são as estratégias instituídas para entender-se o processo de regionalização, induzir modificações no planejamento e gestão do SUS e lidar com a universalização do sistema e a dimensão territorial (as redes de caráter gerencial e logístico; a região na dimensão do planejamento, coordenação, negociação, espaço, regulação técnica e política) (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Segundo Santos (2012), “não se fala em rede sem se falar em região” (p. 94) e as redes de atenção não ganham vida desarticuladas da regionalização. A conformação de redes de atenção regionalizadas, com regiões adscritas, configura-se como arranjo potente para lidar com os modos de adoecimento que se desenham no território nacional (MENDES, 2011).

As experiências britânica e norteamericana foram referências para o cenário brasileiro acerca do processo de regionalização, regiões e redes. Características como: a rede organizada por territórios, serviços hierarquizados, o conceito de porta de entrada, acompanhamento longitudinal, a definição de macrorregião, os colegiados com decisões em consenso, a rede de transportes e o sistema de informação, a organização do processo por gestão pública, destaque

para uma autoridade sanitária regional; foram herdadas do sistema britânico, com exceção da autoridade regional (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

A experiência da rede norteamericana, construída sob a lógica dos sistemas integrados, hegemonicamente privados, atenta-se aos arranjos de acompanhamento e mecanismo de controle e acesso aos recursos, com programas de gerenciamento e controle de desenvolvimento das doenças, com destaque para os protocolos clínicos (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

As RAS como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”, e destaca-se “como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência” (BRASIL, 2010. p.1).

As redes regionalizadas e integradas ofertam condições para a integralidade, apresentam vantagens de melhor intervenção, possibilidades de atuação intersetorial, integração de ações e serviços, a partir de “pontos de rede” que mantem uma relação horizontal e interdependência, são usuário-centradas, atuam de modo a reduzir custos e racionalizar recursos, são planejadas e organizadas com base nas necessidades da população de um dado território, valorizam espaços de governança, orientam a assistência por linhas de cuidado e pela longitudinalidade da assistência (SILVA, 2011).

Segundo Santos (2012), não se pode discutir regionalização desarticulado da integração de serviços, regiões de saúde, rede, descentralização e integralidade. A autora destaca que a integralidade da assistência, que garante o formato organizativo do SUS, exige a interação das ações e serviços em redes, que atravessam desde a atenção primária aos serviços de maior complexidade tecnológica.

Dentre as definições da integralidade, destaca-se a articulação entre os diversos níveis de atenção para efetivação do direito à saúde (BRITO-SILVA et al, 2012), a compreensão da mesma como princípio norteador de práticas, da organização do trabalho e de políticas públicas, que extrapola a ótica reducionista (MATTOS, 2001) e a fragmentação da atenção à saúde.

Santos e Campos (2015) apontam que a discussão das regiões de saúde, com o propósito de qualificar a descentralização regional, proporciona uma integralidade nas ações e serviços, organizados de acordo com seu território, assim, a região de saúde é o principal centro integrador das referências entre os serviços dos mais diversos entes federados.

A integralidade é o eixo da conformação do sistema de saúde, a partir da rede de serviços e da exigência da gestão compartilhada entre os entes federativos em uma rede interfederativa. Para compreensão da rede torna-se necessário que os envolvidos se reconheçam, estabeleçam relações cooperativas, organicidade e compartilhamento (SANTOS; ANDRADE, 2011).

Santos e Andrade (2011) discutem e diferenciam o conceito de rede de serviços, atrelado a organização assistencial dos serviços e ações e saúde, e destacam o conceito de rede interfederativa e o uso de dispositivos como os colegiados intergestores e os contratos de organização pública, com o intuito de viabilizar a gestão intergovernamental e a garantia da integralidade na assistência.

Nesse sentido, o Decreto 7.508/11 representa possibilidades de avanços no âmbito da região de saúde, na interação interfederativa, na conformação das redes, conseqüentemente, no processo de regionalização. Apesar das possibilidades de avanço, a literatura atenta para a necessidade de evidenciar, com maior clareza, os novos arranjos instituídos pelo Decreto, (ALBUQUERQUE, 2013), sinaliza a imaturidade regional (SANTOS; GIOVANELLA, 2014) vivenciada na gestão do SUS, e aponta que

no Brasil, embora novas estratégias e instrumentos estejam sendo implantados (observando-se ganhos de institucionalidade), ainda há um longo caminho para a articulação de políticas sociais e econômicas para a consolidação das regiões de saúde de forma sustentável, de modo que produzam alterações nas determinantes de desigualdade. (GADELHA et al, 2011, p. 3006).

Cabe circunscrever que o Decreto foi legitimado durante o mandato da presidenta Dilma Rousseff (2011 - atual chefe de Estado), mandato alinhado a política econômica adotada pelo antecessor, caracterizado pela contenção de gastos públicos, desaceleração do crescimento econômico, com destaque para a diminuição do PIB (CAGNIN et al, 2013).

Neste cenário, vale ressaltar aspectos importantes das políticas sociais e econômica: a ambígua relação do governo Dilma, com a política pública de saúde e a expansão do setor privado diante de um sistema público subfinanciado (COSTA, et al, 2013; PAIM, 2013),

alteração da Lei 8.080, no sentido da aprovação da participação do capital estrangeiro nas ações e cuidados em saúde; e a fragilização e inviabilização do movimento popular Saúde +10 (SCHEFFER, 2015).

Destacam-se, neste período, a publicação da Lei Complementar nº 141 de 2012, e da Emenda Constitucional 86/15, que entre outros aspectos, regulamentam os valores mínimos para a Saúde em municípios, estados e União; e no cenário da AB, o Programa Mais Médicos, Lei nº 12.871/2013⁹, este último estratégia característica do governo Dilma, motivo de intensas discussões no cenário nacional sobre provimento de profissionais médicos.

⁹ O Programa Mais Médico tem como objetivo formar e prover recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013).

5 ASPECTOS METODOLÓGICO

A palavra analisar origina-se do grego *análysis*, análise, e sua definição remete a ação de examinar, ponderar ou estudar vários aspectos, fatores ou elementos a fim de chegar a uma conclusão (MICHAELIS, 2009). Nesse sentido, o estudo propôs estudar o atual processo da regionalização no estado da Bahia, com o intuito de produzir conhecimento, a partir de um traçado metodológico alicerçado na perspectiva qualitativa.

Assumindo uma postura de circularidade, da valorização e atenção ao processo da pesquisa e da compreensão de que não há verdade única ou essencialista (MINAYO, 2012), a escolha por uma abordagem qualitativa, justificou-se por lançar um olhar teórico, reflexivo sobre a pesquisa e a sua análise, bem como a possibilidade de fundamentar-se na realidade e aproximar-se das experiências dos atores envolvidos na regionalização na saúde do estado, no ano de 2015.

Posto essa concepção, a pesquisa foi desenhada para analisar o processo de regionalização na saúde na Bahia, a partir da interação com os atores que viveram esse universo, adotando como referência a perspectiva desses atores envolvidos com a gestão estadual.

Pretendeu-se construir um trabalho significativo e relevante, no qual, os atores envolvidos se reconhecessem, para assim, tornar possível a contribuição da pesquisa para o cenário estudado. Assim, entendeu-se que a construção foi coletiva, compreendendo a construção do instrumento de coleta, bem como, a interação da pesquisadora com os atores no “universo” estudado.

A opção metodológica aspirou viabilizar e romper com a reprodução do ponto de vista técnico e operacional de prescrições de comportamentos e ações adequadas para o desenvolvimento de políticas públicas (GOMES; MARTIN; SILVEIRA, 2014) e buscou aproximar a produção da regionalização vivenciada na Bahia.

No percurso metodológico, optou-se em utilizar as contribuições da Técnica de Conferência de Consenso (SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005) na Matriz de Avaliação da Regionalização, para fundamentar o roteiro de entrevista semiestruturada. A análise do material colhido nas entrevistas respeitou os passos analíticos definidos pela Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011).

5.1 SOBRE O CENÁRIO DA PESQUISA

O estado da Bahia localiza-se na região Nordeste, é o quinto estado em extensão territorial, o quarto mais populoso e o 15º mais povoado, com uma população, em 2010, de 14. 016. 906 habitantes distribuídos em 564 733,1 km², nos seus 417 municípios; estima-se que em 2014 o estado passou a ter 15.126.371 habitantes (IBGE, 2014). A Bahia faz fronteira com nove estados: Pernambuco, Sergipe, Alagoas e Piauí (Região Nordeste); Minas Gerais e Espírito Santo (Região Sudeste), Tocantins (Região Norte) e Goiás (Região Centro-Oeste) (IBGE, 2014).

O estado foi pioneiro no país em descentralizar, de modo administrativo, as ações em saúde no território com a criação das Diretorias Regionais de Saúde (Dires) nos anos 70; no ano de 1989, 29 Dires estavam distribuídas em 29 regiões do estado (MOLESINI, 2011).

Segundo Molesini (2011), em seu estudo sobre a Reforma Sanitária no estado, o sistema de saúde baiano, historicamente esteve marcado pelo clientelismo e corporativismo, e nesse sentido torna-se válido ressaltar o longo período do carlismo¹⁰ na esfera estadual e influência na saúde pública do estado.

As Dires foram até dezembro de 2014 as principais representações na extensão territorial da Sesab como suporte para o processo da descentralização, e desde o início dos anos 2000, no processo de regionalização. Trinta e uma Dires estiveram distribuídas no estado em 28 regiões de saúde.

A pesquisa foi realizada junto a secretaria estadual, sede em Salvador –BA, a instituição que representa o ente estadual no cenário das questões sanitárias. A escolha do cenário baiano foi fortalecida pelo contexto político-institucional e histórico-estrutural (ALBUQUERQUE et al, 2011), por o estado possuir um Observatório Baiano de Regionalização, que atua desde 2011 como projeto para desenvolver e implantar uma nova tecnologia da gestão regionalizada (BAHIA, 2014), e fortalecida pela proposta de mudança administrativa na saúde.

Atualmente, o estado da Bahia está organizado, considerando a publicação do Decreto nº 7.508/11 nº 7.508, em 9 macrorregionais (Norte, Centro-Norte, Nordeste, Centro-Leste,

¹⁰ Referência feita ao político baiano Antônio Carlos Magalhães (ACM), ao período e as ações do seu grupo político no estado da Bahia.

Leste, Sul, Extremo Sul, Sudoeste e Oeste), subdivididas em 28 regiões de saúde, sendo uma interestadual (Bahia/Pernambuco) (Figura 2).

Figura 2 - Distribuição espacial segundo as Regiões de Saúde na Bahia, 2014.



Fonte: Bahia, Secretaria do Estado da Bahia (2014)

Recentemente, a Lei Estadual de Nº 13.204 de 11 de dezembro de 2014 alterou o cenário da organização administrativa das Dires. As 31 Dires, distribuídas em 31 cidades do estado, nas 28 regiões de saúde, foram extintas e substituídas por nove Núcleos Regionais de Saúde (NRS), organizados em nove cidades polos do estado. Segundo o secretário de saúde do estado, as mudanças foram justificadas baseadas na melhoria da gestão pública (VILAS-BOAS, 2015).

De acordo com o diploma normativo, os NRS são responsáveis por ações para: acompanhar as atividades de regulação e de vigilância sanitária, assim como, a coordenação de monitoramento de prestação de serviços de saúde e a central de aquisições contratações e corregedoria da saúde, contribuindo para o fortalecimento da gestão junto aos municípios.

Os NRS estão localizados nas seguintes cidades: Salvador (Leste), Feira de Santana (Centro – Leste), Alagoinhas (Nordeste), Ilhéus (Sul), Teixeira de Freitas (Extremo Sul),

Juazeiro (Norte), Jacobina (Centro – Norte), Vitória da Conquista (Sudoeste) e Barreiras (Oeste) (Figura 3).

Além dos NRS, as cidades, antes sedes de Dires que não possuem NRS, permaneceram com Bases Operacionais de Saúde (BOS) para auxiliar na condução das ações dos NRS nas regiões de saúde, visto que alguns núcleos estão distantes dos territórios de cobertura.

Nessa atual conjuntura, o NRS Leste abrange 48 municípios, um total de 4.763.189 habitantes; o NRS Centro-Leste, com 72 municípios, 2.263.626 habitantes; o NRS Centro-Norte com 38 municípios, 826.099 habitantes; NRS Extremo- Sul, com 21 municípios, 833.307 habitantes; NRS Nordeste, 33 municípios com total de 876.085 habitantes; NRS Norte, 28 municípios, com 1.099.545 habitantes; NRS Oeste, 37 municípios, 959.610 habitantes; NRS Sudoeste, 73 municípios com total de 1.812.416 habitantes; e NRS Sul, 67 municípios, total de 1.692.494 habitantes (BAHIA, 2015).

Figura 3 - Distribuição espacial segundo os municípios sedes dos Núcleos Regionais de Saúde, 2015.



Fonte: Bahia, Secretaria do Estado da Bahia (2015)

5.2 AS ENTREVISTADAS

A pesquisa dispôs da colaboração de 10 gestoras/interlocutoras que vivenciaram o processo da gestão estadual da regionalização na saúde. A definição das gestoras para a entrevista correspondeu a inserção de cada uma na discussão e operacionalização da regionalização no cenário pesquisado, a variedade dos espaços ocupados por elas dentro desse processo e a disponibilidade de cada para com o estudo.

Destaca-se que o período da coleta dos dados foi no ano de 2015, marcado pela mudança na equipe de governo estadual. Diante do cenário, acordou-se com a Sesab a indicação das colaboradoras de acordo a reconfiguração da equipe da secretaria e a organização do quadro dos profissionais.

As entrevistas foram realizadas nas dependências da secretaria, dos NRS e na Conferência Estadual de Saúde, nos meses de junho e outubro, e foram gravadas com o consentimento das entrevistadas. Cabe destacar que o projeto da pesquisa foi enviado por e-mail com antecedência para a Sesab, para apreciação e anuência da instituição, posteriormente, as entrevistas foram agendadas previamente diretamente com as entrevistadas, por e-mail e telefone.

Sintonizada com a perspectiva qualitativa, o estudo considerou o aprofundamento a respeito do tema e a diversificação da participação dos interlocutores no cenário de pesquisa, assim como define Minayo (2007). Desse modo, não ocorreu uma definição de amostragem estatística, pois a escolha das interlocutoras foi definida pela vivência de cada uma no seu contexto de ação e obedeceu as especificidades do cenário estudado e da pesquisa. As entrevistas foram realizadas com interlocutoras que trabalham NRS do estado e na equipe da Sesab – Nível Central.

5.3 PERCURSO METODOLÓGICO

A seguir serão apresentados os aspectos referentes a construção do instrumento utilizado para a coleta dos dados em campo.

5.4.1 O instrumento

Os dados foram coletados no ano de 2015, por entrevistas individuais com as interlocutoras da pesquisa. O momento foi conduzido por um roteiro semiestruturado, baseado na Matriz de Avaliação da Regionalização da Saúde (MARS).

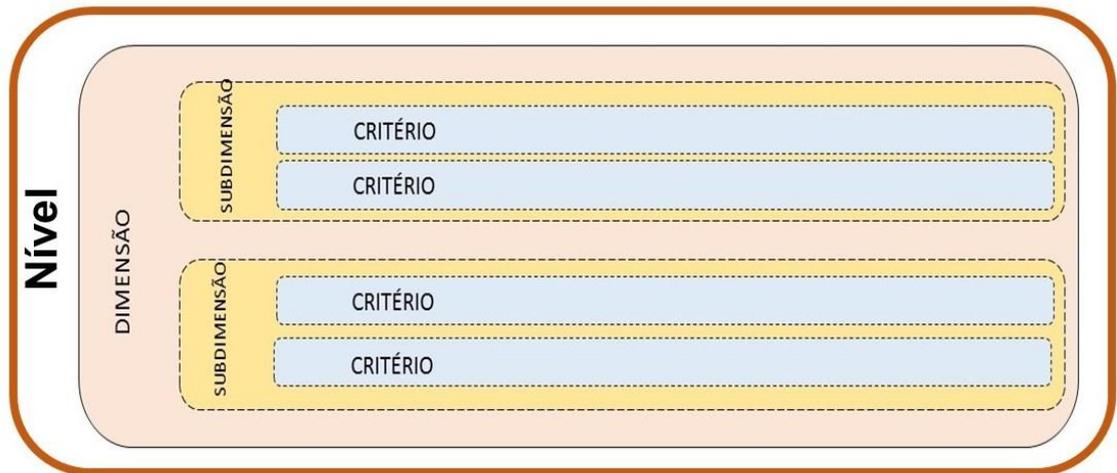
5.4.1.1 A Matriz de Avaliação da Regionalização da Saúde

A MARS foi elaborada a partir da Matriz de Reis (2010), que corresponde a sistematização do modelo teórico-lógico da regionalização da assistência à saúde, desenvolvido a partir dos documentos normativos do SUS e da literatura especializada da área (REIS, 2010). A Matriz de Reis (MR) foi produzida com o intuito de identificar os consensos acerca do papel do gestor estadual na condução da política de regionalização e referenciar pesquisas sobre a temática no âmbito do SUS (REIS; CESSE; CARVALHO, 2010).

O modelo teórico-lógico elaborado foi construído em duas etapas: a primeira vinculada à elaboração do modelo e da matriz, e a segunda etapa correspondente ao consenso entre especialistas das áreas da gestão e planejamento, da regulação da assistência, da descentralização e da regionalização em saúde. A metodologia, baseada na análise de consenso, compreendeu submeter a matriz ao seguinte processo: a definição de uma imagem-objetivo da regionalização da saúde; a elaboração de dimensões, critérios e indicadores para a avaliação da regionalização; e a avaliação dos especialistas (SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005).

O modelo-lógico da regionalização da assistência à saúde foi organizado a partir de três níveis de análise, sendo: o nível governo, com aspectos de caráter mais político; o nível gestão, abrangendo funções gerenciais relativa a organização do acesso e continuidade da assistência; e o nível assistência, com aspectos técnicos e estruturais da rede de atenção à saúde vinculada à qualidade da assistência (REIS, 2010). Tais níveis se desdobram em 6 dimensões, 14 subdimensões e 83 critérios de análise. Abaixo uma figura que representa a organização da Matriz e Reis.

Figura 4 - Representação da organização da Matriz de Reis.



Fonte: Elaborada pela autora

A MR foi produzida em 2010, anterior a publicação do Decreto nº 7.508/11, atual diploma normativo utilizado no processo da regionalização. Nesse sentido, para fins do projeto, a matriz passou por alterações para atualizar o instrumento ao contextualizar ao cenário atual.

Assim, após discussões e reuniões entre os pesquisadores do grupo de pesquisa Economia Política da Saúde, a respeito da literatura e do atual diploma normativo no âmbito da regionalização, foram acrescentadas as contribuições do Decreto nº 7.508/11 à Matriz de Reis. O resultado do referido ajuste gerou uma nova matriz, referenciada nesse estudo como: Matriz de Avaliação da Regionalização na Saúde (APÊNDICE A). Para validação da MARS optou-se pela Técnica de Conferência de Consenso (TCC).

5.4.2 A Técnica de Conferência de Consenso

A Técnica de Conferência de Consenso (TCC) caracteriza-se como um método misto, que relaciona a técnica Delphi e a técnica Comitê Tradicional, ambas técnicas que trabalham com a premissa de um conhecimento construído a partir de um consenso entre experts/comitê de especialistas para julgamento (SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005).

A técnica Delphi, criada na década de 50, no contexto militar nos Estados Unidos da América, viabiliza a construção de um instrumento, com característica grupal, para contextos com temas/problemas complexos e foi utilizada, inicialmente, como ferramenta para previsão tecnológica baseada na discussão de uma dada temática com especialistas da área (LISTONE et al, 2002).

Para Listone et al (2002a), a técnica organiza pontos e esclarece dúvidas, caracterizando-se como importante método para a comunicação em pesquisas de diversos campos, com destaque para gestores e formuladores de políticas. Neste sentido, Taroffe (2002) destaca a Policy Delphi, uma variação da técnica que permite ao grupo de especialistas analisar questões políticas extrapolando a ênfase no consenso. A abordagem possibilita correlacionar as informações, explorar as divergências e avaliar diversas concepções, distanciando das críticas vinculadas a técnica Delphi¹¹ com ênfase apenas no consenso.

A elaboração de um instrumento via consenso, de acordo a técnica Delphi, exige que o pesquisador ou grupo de pesquisa envie, por escrito (on-line ou não,) o material para ser avaliado individualmente por especialistas na temática (PEREZ ANDRES, 2000), em diversas rodadas (máximo 5 rounds), permitindo assim a exploração da temática, a partir da colaboração dos especialistas.

Assim, o roteiro para a técnica segue alguns passos importantes após a elaboração do instrumento: o comitê de especialistas avalia o material enviado, cuidadosamente construído acerca de um objeto de estudo, atribue notas e observações, e retorna o material para o pesquisador ou grupo de pesquisa, que trata os dados, utilizando os marcadores para a definição do que é consenso ou não (recursos estatísticos como média e/ou desvio padrão); em seguida, o pesquisador considera as contribuições para o material, reformula e o envia novamente o questionário para o mesmo grupo, respeitando o mesmo processo, até que se alcance o consenso, obedecendo as características da técnica, que são o anonimato em cada avaliação, a avaliação estatística em cada rodada e o feedback das etapas (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000; ONOCKO CAMPOS, et al, 2010).

O Comitê Tradicional consiste no debate entre especialista sobre determinado tema, possibilitando um espaço de discussão, sugestões, julgamentos, trocas de ideias e confronto de opiniões, contribuindo assim, na construção e definição de critérios e indicadores para um instrumento de análise ou avaliação (SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005). A Técnica de Conferência de Consenso, adotada neste estudo para a elaboração de uma matriz, pautou-se na combinação das duas técnicas apresentadas acima, acrescentado ao Comitê Tradicional a atribuição de notas por cada especialista, que será descrito a seguir.

¹¹ Para Taroffi (2002) , fatores podem constar como criticas a técnica Delphi, principalmente em relação a escolha do comitê de julgamento, que pode apresentar vieses, como a motivação para a tomada de decisão baseada apenas no consenso. Neste estudo, foram consideradas tais contribuições, no sentido de possibilitar a introdução das colaborações dos especialistas no decorrer do consenso.

A opção pela combinação está referenciada pelo estudo de Boulkedid (2011), que destaca a alternativa de encontros face a face, no sentido de potencializar o desenvolvimento da técnica Delphi; por Souza, Silva e Hartz (2005), que utilizaram a combinação no contexto de uma pesquisa sobre o processo de descentralização da atenção à saúde no estado da Bahia; e estreitamente sintoniza com o estudo de Reis (2010) sobre gestores e regionalização, realizado no estado de Pernambuco.

No presente estudo, na 1ª e 3ª etapas do consenso podem ser identificadas as referências a técnica Delphi e na 2ª etapa do processo referência ao Comitê Tradicional, nomeado na pesquisa de Oficina de Consenso. Para a análise das três etapas e definição de consenso foram utilizados cálculos da estatística básica, a atribuição de média e desvio padrão em cada critério avaliado pelos especialistas.

5.4.3 Etapas para a elaboração da Matriz de Avaliação da Regionalização na Saúde

Para elaboração da MARS ocorreu, em um primeiro momento, uma oficina com o grupo de pesquisa, composto por pesquisadores, professores, alunos de pós-graduação e graduação. Na situação, apresentou-se a Matriz de Reis ao grupo e destacou-se a sua importância no contexto da pesquisa. Nesse mesmo encontro foram disponibilizados materiais referentes ao processo de regionalização na saúde, com destaque para o Decreto nº 7.508/11, assim como, a bibliografia referente à Matriz de Reis.

Após a apropriação do grupo em relação ao tema, foi realizada uma segunda oficina com o intuito de discutir a Matriz de Reis e as possíveis modificações baseadas no Decreto nº 7.508/11. Nesse encontro, foram formados três grupos de participantes, obedecendo a divisão da MR pelos níveis: Governo, Gestão e Assistência.

Cada grupo discutiu as possíveis mudanças, acrescentou as sugestões, posteriormente, tais modificações foram estudadas e acatadas, ou não, pelo grande grupo de pesquisa. As mudanças corresponderam aos critérios para a avaliação das subdimensões; o grupo manteve as subdimensões, dimensões e níveis, de acordo a Matriz de Reis.

Posteriormente a pactuação do grande grupo, a matriz, já modificada, foi nomeada de Matriz de Avaliação da Regionalização em Saúde e reenviada para o grupo de pesquisa, para assim, ser direcionada para a próxima etapa. Foram mantidos os 3 níveis estabelecidos pela Matriz de Reis, as 6 dimensões, 14 subdimensões e pactuados 102 critérios de análise de acordo com o Decreto nº 7.508/11.

O próximo passo referiu-se ao envio da MARS para 06 avaliadores especialistas, juntamente com uma carta convite explicando o processo de avaliação, para assim, validar por meio da Técnica de Conferência de Consenso a pertinência dos critérios. Os avaliadores especialistas foram indicados pelo grupo de pesquisa, obedecendo aos seguintes critérios: 2 avaliadores com experiência como secretário de saúde (1 Pós doutor em Avaliação e 1 Doutor em Saúde Pública); 1 avaliador com experiência como gestor da atenção básica (Doutor em Saúde Pública) ; 1 avaliador com experiência no cargo de gerência regional em saúde (Mestre em Saúde Pública, Doutorando em Neurociência); 1 avaliador com experiência no cargo de coordenador na área de economia da saúde (Mestre em Economia da Saúde); 1 avaliador com experiência em assessoria parlamentar em saúde (Mestre em Saúde Pública, Doutorando em Saúde Pública). Do total de avaliadores, 05 são docentes em Universidades Públicas, com inserção na graduação e pós-graduação em Saúde Coletiva.

O processo de avaliação de consenso da MARS organizou-se em três etapas: a 1ª etapa - envio da MARS para os avaliadores, via correio eletrônico. Cada avaliador analisou e atribuiu uma pontuação de 0 a 10 para cada critério de análise. Após atribuída a nota, os avaliadores retornaram as matrizes para o grupo de pesquisa. Considerando a escala de 0 a 10, para cada critério, foi estabelecido o valor 7 como ponto de corte para a média, e o valor 3 para o desvio padrão.

Figura 5 - Representação da análise do consenso a partir da média e desvio padrão.

Média \geq 7	Desvio $<$ 3	CONSENSO
Média \geq 7	Desvio \geq 3	DISSENSO
Média $<$ 7	Desvio $<$ 3	DISSENSO
Média $<$ 7	Desvio \geq 3	DISSENSO

Fonte: Elaborada pela própria autora.

Na 2ª etapa, realizou-se uma oficina com todos os avaliadores para a discussão em grupo, com o intuito de acordar as modificações, trocar opiniões e contribuições para o consenso da MARS e atribuir notas, para assim, realizar o cálculo da média e desvio padrão, respeitando os critérios da avaliação de consenso (Figura 5). Para a 3ª etapa foi reenviado a MARS para os avaliadores, já com todas as modificações acordadas, para avaliação final com a atribuição de notas, para um novo cálculo de médias e desvio padrão. Cabe destacar que na

1ª e 3ª foi permitido que os especialistas, além das notas, atribuíssem considerações, dúvidas e questões em cada critério analisado caso avaliassem necessário, aproximando-se assim da concepção da “Delphi Policy”.

Para a 1ª etapa, cada avaliador dispôs de 15 dias para retornar ao grupo de pesquisa o arquivo com a pontuação atribuída e com possíveis contribuições e questões. Em relação a oficina, 2ª etapa, priorizou-se a participação de todos os avaliadores e a colaboração dos pesquisadores do grupo de Economia Política da Saúde. Nesse segundo momento, oito pesquisadores atribuíram notas, dentre os oito, 5 pesquisadores avaliadores da primeira etapa e três pesquisadores da área (2 doutores e 1 mestre). A terceira etapa consistiu na adequação da matriz a partir das considerações das etapas anteriores e envio para uma nova rodada de notas aos 6 avaliadores da primeira etapa.

5.4.3.1 As três etapas do consenso e os seus desdobramentos

Na primeira rodada de notas, um critério no nível Governo apresentou a média abaixo do valor 7, as demais ficaram acima da média 7 e abaixo do valor 3 para o desvio padrão. Três critérios do nível Gestão e um critério do nível Assistência não foram avaliados pelos pesquisadores, assim tais critérios foram invalidados na primeira etapa, discutidos, analisados e pontuados na segunda etapa.

A segunda etapa caracterizou-se pela realização da oficina de consenso, onde foi possível discutir-se, individualmente, todos os critérios de análise. O momento aconteceu em um turno, nas dependências da UFPE, e contou com a participação de integrantes do grupo de pesquisa Economia Política da Saúde.

Participaram da discussão 5 dos avaliadores da primeira etapa e colaboradores e pesquisadores vinculados ao grupo. A oficina foi iniciada pela coordenadora do grupo, relatando o objetivo do momento e da pesquisa, lembrou as etapas necessárias para a finalização da MARS, além de contextualizar o processo de construção da matriz.

Cópias da matriz foram distribuídas para os presentes, foi explicado a organização da MARS e a presença das médias em todos os critérios referentes a primeira rodada de notas. Iniciou-se a leitura dos critérios, por subdimensão, e os presentes discutiram cada critério, abordando a relevância, a escrita, a objetividade, a abrangência de cada um para o contexto da pesquisa e o objetivo da MARS.

A segunda etapa da avaliação de consenso foi um espaço importante no processo de construção da MARS, desse modo, para abarcar com as sugestões geradas pela primeira fase, optou-se pelas características do comitê tradicional. Foi possível, nesse momento, a discussão entre os pesquisadores sobre a finalidade do instrumento e a objetividade do mesmo para a finalidade do estudo: o processo de regionalização da saúde com base no atual diploma normativo.

Ao final de cada discussão os 5 avaliadores e os 3 pesquisadores colaboradores atribuíram notas, individualmente, para cada critério. O processo repetiu-se com todos os 101 critérios da matriz. Durante a oficina discutiu-se entre os presentes a necessidade de objetivar a matriz e torná-la mais diretiva, sem redundâncias e repetições; segundo os avaliadores, os critérios estavam amplos e em muitos havia certa dualidade para a compreensão do critério. Assim, considerando as colocações dos pesquisadores presentes, a discussão de cada nível contribuiu para uma redução dos números de critérios para a MARS.

Após a finalização da oficina, as matrizes dos 8 pesquisadores já pontuados, foram recolhidas para a tabulação das notas e cálculo da média e desvio padrão de cada critério de análise. Nessa etapa, dos 31 critérios de análise do nível Governo, apenas 8 permaneceram acima da média 7 e abaixo dos desvio padrão 3; no nível Gestão, dos 52 critérios de análise, 32 foram validados para a matriz; e no nível Assistência, dos 18 critérios, 9 continuaram na matriz.

A MARS foi reeditada com os critérios de análise que permaneceram e reenviada para os 6 pesquisadores avaliadores da primeira rodada. Os avaliadores atribuíram uma nota para cada critério e a partir dessa pontuação foram calculadas novas médias e valores do desvio padrão, para cada critério. Nessa terceira etapa, alguns critérios não alcançaram as notas estipuladas para a avaliação do consenso, assim, 6 critérios do nível Gestão não obtiveram a pontuação necessária.

Ao final de todas as etapas, a matriz foi finalizada com os 3 níveis, 6 dimensões, 14 subdimensões e 43 critérios de análise (APÊNDICE A). Os critérios mantidos abrangem as características compreendidas como principais no atual contexto da regionalização da atenção à saúde, segundo o comitê de avaliadores eleito para a pesquisa.

A MARS faz referência aos principais instrumentos de planejamento e gestão no cenário da temática, aos principais atores para a efetivação desse processo e a diversidade de

aspectos que influenciam diretamente, como as definições de regiões e redes de saúde, o financiamento voltado para as necessidades regionais e a regulação em saúde. Nesse sentido, ressalta-se que essa matriz se afina com o conceito de regionalização adotado por esse estudo e definido por Viana e Lima (2011).

A regionalização compreende um processo político que envolve mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais. Inclui ainda, a formulação, implantação de estratégias e instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços no território. (p 12)

Os momentos construídos a partir da escolha metodológica para a concretização da MARS, fomentaram a discussão técnica sobre o tema, assim como, a troca de experiência entre os envolvidos e a possibilidade de construção de uma matriz próxima à realidade vivida no cotidiano da gestão estadual do sistema de saúde.

5.4.4 O roteiro para entrevista

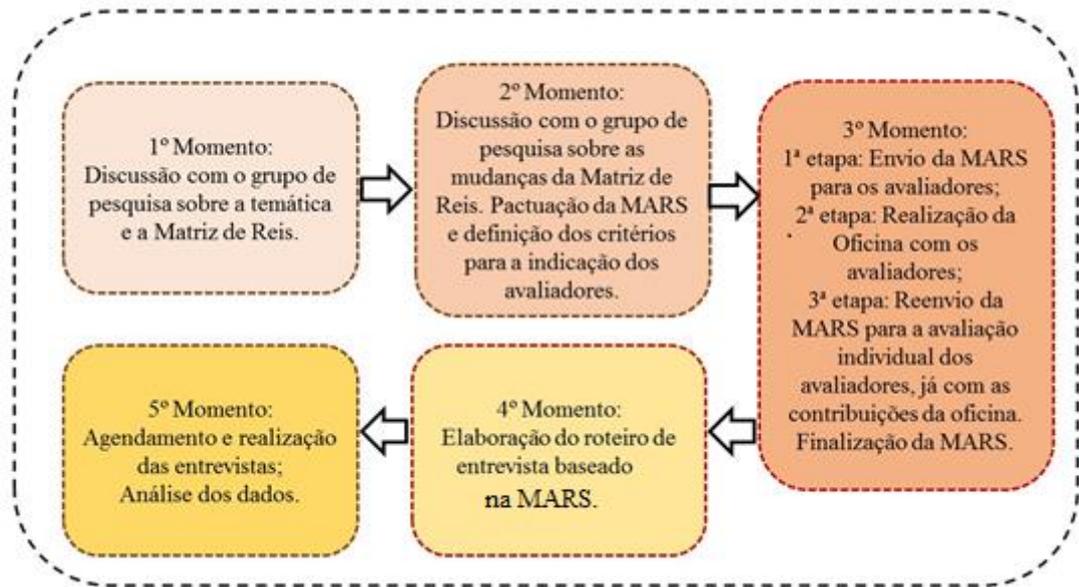
Para a pesquisa, a entrevista foi eleita como principal instrumento de coleta de dados. Um roteiro de entrevista foi produzido a partir da finalização da MARS. O instrumento considerou os critérios de análise da matriz e as discussões durante todas as etapas de validação.

Dois roteiros de entrevistas foram criados na tentativa de abarcar os critérios de análise e possibilitar a flexibilidade para as interlocutoras tecer sobre as experiências no processo de regionalização da saúde. O desafio da elaboração dos roteiros consistiu na produção de um roteiro flexível e consistente, diretivo em relação ao tema, mas que possibilitasse um espaço aberto para a construção. Os roteiros foram desenvolvidos considerando a inserção/cargo ocupado na Sesab.

O primeiro roteiro (APÊNDICE B) refere-se as interlocutoras que são coordenadoras dos Núcleos Regionais e lidam diretamente com o cotidiano das regiões de saúde; o segundo roteiro elaborado (APÊNDICE C) foi utilizado com a gestora que está vinculado diretamente a gestão do processo de regionalização para o estado, ou seja, que está no Núcleo Central da Sesab.

A seguir uma ilustração que exemplifica o processo de formulação da MARS e instrumento da pesquisa (Figura 6).

Figura 6 - Ilustração do processo da elaboração do instrumento metodológico.



Fonte: Elaborado pela autora

5.4.5 A entrevista e os espaços de interlocução

Para a realização das entrevistas adotou-se a compreensão da entrevista como espaço de reflexão do método, da fundamentação na realidade e nas experiências das personagens da pesquisa. Ressalta-se que a pesquisadora assumiu a condução de todas as entrevistas realizadas, respeitando a proposta metodológica adotada.

No cenário, a entrevista possibilitou a interação entre as envolvidas, o detalhamento da experiência, a intervenção da pesquisadora para estimular a discussão e a reflexão sobre as questões propostas pelo roteiro (CHARMAZ, 2009). A entrevista partiu da negociação e relação entre a pesquisadora e as interlocutoras, assim, questões surgiram no processo de coleta e no contato com o contexto, e foram introduzidas no momento da entrevista.

No estudo, adotou-se o termo “espaço de interlocução” para compreender a vivência no momento da entrevista, onde a relação entrevistadora e interlocutora se estabeleceu como um encontro intersubjetivo. O termo espaço de interlocução abrange também a ida ao campo, que permitiu produzir conhecimento acerca do atual processo de regionalização no estado, contribuindo para a contextualização do cenário estudado.

Tais aspectos fundamentaram a produção de memorando durante a pesquisa. Os memorandos, são anotações analíticas preliminares, abordando as escolhas metodológicas,

descrevendo os passos da pesquisa, da coleta de dados, as escolhas no percurso analítico, assim como, “as ideias, intuições e as conjecturas que interessaram durante a coleta e análise” (TAROZZI, 2011, p. 157).

Optou-se pela escrita dos memorandos, pois foram entendidos como instrumentos importantes para trajetória analítica, no sentido de contribuir com a construção da trajetória do estudo, aprimorando e possibilitando a contextualização dos achados e suas análises.

Os memorandos foram construídos ao passo que as entrevistas foram realizadas e nos espaços de circulação da pesquisadora, como: uma reunião de NRS com 2 Regiões de Saúde sobre Atenção Básica, uma conversa sobre a temática com um representante do Conselho Estadual de Saúde, uma conversa com a representação do Conselho dos Secretários Municipais do Estado, além da presença na Conferência Estadual de Saúde.

Das entrevistas, seis foram realizadas nos locais de trabalho dos interlocutores e quatro entrevistas no período da Conferência Estadual, na cidade de Salvador. O agendamento foi feito com antecedência, via telefone e endereço eletrônico disponibilizados no site da secretaria estadual e/ou com o contato das pessoas que trabalhavam na Sesab.

5.5 A ANÁLISE DOS ACHADOS

As entrevistas foram analisadas sob a ótica das diretrizes sistemáticas, porém flexíveis no campo da Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011). A Análise de Conteúdo compreende um conjunto de ferramentas, ou um único instrumento, adaptáveis em um campo de significados, que “absolve e cauciona o investigador por esta atração ao escondido, o latente, o não aparente, o potencial de inédito, retido por qualquer mensagem” (BARDIN, 2011, p 15).

A inferência protagoniza a análise dos dados para a perspectiva, segundo Bardin (2011), o pesquisador trabalha com os vestígios manifestados no material produzido na coleta, o manipula, traçando relações entre a descrição e a interpretação dos discursos produzidos e/ou sobre o seu contexto. Desse modo, a trajetória analítica atendeu as premissas estabelecidas, baseadas em três polos de análises: 1- a pré-análise, 2- a exploração do material e 3 - o tratamento dos resultados.

A pré-análise consistiu em organizar, operacionalizar e sistematizar o material de coleta, por meio da transcrição das entrevistas gravadas, da leitura flutuante dos discursos coletados e nos memorandos para contextualização dos achados. A partir do primeiro contato,

as leituras possibilitaram marcar os aspectos pertinentes ao objeto de estudo e impressões foram formuladas, obedecendo a circularidade da pesquisa; questões foram evidenciadas, exploradas, mantidas e descartadas durante o processo analítico.

Após o primeiro polo, iniciou-se a exploração do material, a partir da identificação e classificação das unidades de análise durante o material transcrito. Para esta análise, ocorreu a codificação, que corresponde a escolha das unidades de análise de sentido e o reagrupamento das unidades por categorização temática dos achados (BARDIN, 2011).

A categorização temática obedeceu os critérios de exclusão múltipla das unidades de sentido para compor cada categoria temática, a homogeneidade das categorias, a objetividade e fidelidade ao que foi coletado. Em seguida, os resultados foram tratados e as categorias temáticas foram apresentadas, discutidas e articuladas ao objeto do estudo e as produções relacionadas a temática em questão.

Em síntese, o processo analítico compreendeu as leituras, a representatividade das indagações levantadas pelo roteiro de entrevista, a homogeneidade dos destaques encontrados nos achados, a definição das unidades de registro encontradas, o contexto circunscrito dessas unidades, os recortes do material produzido, o modo de categorização e codificação e os conceitos teóricos que atravessam os achados.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para o estudo, foi considerada a resolução n 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas realizadas com seres humanos. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde - UFPE, sob o número de CAAE: 30694814.1.0000.5208 (ANEXO A).

Utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE D), onde constam todas as informações sobre a pesquisa. Os colaboradores participaram voluntariamente do estudo, sem receber nenhum valor ou gratificação. O termo foi lido e assinado antes da coleta, disponibilizado em duas vias, uma para a colaboradora e outra para a entrevistadora, comprovando assim, que os mesmos estavam cientes da participação na pesquisa e do fornecimento do material coletado, assim como, do anonimato durante o processo e possíveis publicações. Considerando os aspectos éticos, foi elaborada uma Carta de Anuência (APÊNDICE E) destinada ao representante do cenário pesquisado.

6 OS ACHADOS DO CENÁRIO DE PESQUISA

As análises dos dados foram discutidas em formato de artigos para a publicação em periódicos. Três artigos foram construídos abarcando as quatro categorias temáticas formuladas a partir do processo de análise proposto pela Análise de Conteúdo. As categorias temáticas identificadas foram:

- **1 – A ambiguidade da regionalização na saúde no estado da Bahia;**
- **2- A indefinição dos Núcleos Regionais de Saúde no processo de regionalização;**
- **3- As principais estratégias estaduais para o processo de regionalização no estado;**
- **4- Os avanços necessários para a regionalização na saúde na Bahia**

As categorias foram construídas com base nas entrevistas realizadas e contextualizadas a partir do memorando sobre o trânsito da pesquisadora nos espaços onde a regionalização foi tema. As categorias temáticas foram definidas considerando os objetivos do estudo e, nesse sentido, foram discutidas nos artigos com o intuito de analisar a regionalização na saúde no estado da Bahia

Cabe destacar que as categorias contemplam subtemáticas e as unidades identificadas na análise do material. As categorias estão ilustradas, na medida do possível, com as falas das interlocutoras entrevistadas. Sinaliza-se que, com o intuito de preservar o anonimato das entrevistadas, os trechos das entrevistas foram identificados com nomes de mulheres baianas (APÊNDICE F). A escolha faz referência a majoritária presença das figuras femininas presentes no desenvolvimento da pesquisa. Os trechos das falas foram mantidos, literalmente, de acordo a transcrição.

A seguir, o quadro ilustrativo das categorias temáticas, as subtemáticas e as unidades identificadas nas falas.

Quadro 2: Quadro resumo das categorias temáticas do processo de regionalização na saúde na Bahia/2015

	Categorias Temáticas	Subtemáticas	Pontos de discussão
Regionalização na saúde no estado da Bahia	Categoria 01: A ambiguidade da regionalização na saúde no estado da Bahia;	O conflituoso cenário de regionalização na saúde na Bahia	A reforma administrativa do estado na saúde; A descentralização centralizada das unidades administrativas para avançar na regionalização;
		A compreensão das gestoras sobre o processo de regionalização	A compreensão da regionalização vivida no estado; A concepção do que significa regionalização;
	Categoria 02: A indefinição dos Núcleos Regionais de Saúde no processo de regionalização;	Informações sobre os Núcleos Regionais de Saúde	As características e ações desenvolvidas pelos núcleos
		A questionada função dos Núcleos Regionais de Saúde no cenário da regionalização	A relação dos núcleos com a atenção básica, especializada e hospitalar nas regiões de saúde.
	Categoria 03: As principais estratégias estaduais para o processo de regionalização no estado;	Estratégias instituídas nacionalmente e que são potentes para o processo de regionalização na saúde	SAMU
			Promograma Mais Médicos
			Os espaços das Comissões Intergestores Regionais, com destaque para os planos das redes de atenção a saúde
	Estratégias características	A mudanças no	

		da regionalização no SUS-BA	contexto da CIR
			O observatório baiano de regionalização
			As estratégias de educação permanente em saúde: Grupos de trabalho e Apoio Institucional
			As revisão do PDR atrelado ao território identidade
			A implementação de dispositivos no campo da atenção especializada e hospitalar.
Categoria 04: Os avanços necessários para a regionalização na saúde na Bahia	Fortalecer a participação social na regionalização		Iterferência político-partidário
			Participação dos conselhos municipais e estadual. .
			Formação e qualificação política dos conselheiros
	Fortalecer a região de saúde qualificando a Atenção Básica		Qualificação do vinculo profissional
			Qualificação tecnica dos profissionais e gestores
			Gestão municipal e o fortalecimento da Atenção Básica
	Tornar cotidiano os instrumentos de gestão estabelecidos pelo Decreto n° 7.508/11		A institucionalização dos instrumentos de gestão
	Angariar recursos para a		Recursos humanos

		regionalização na saúde	estaduais
			Recursos financeiros

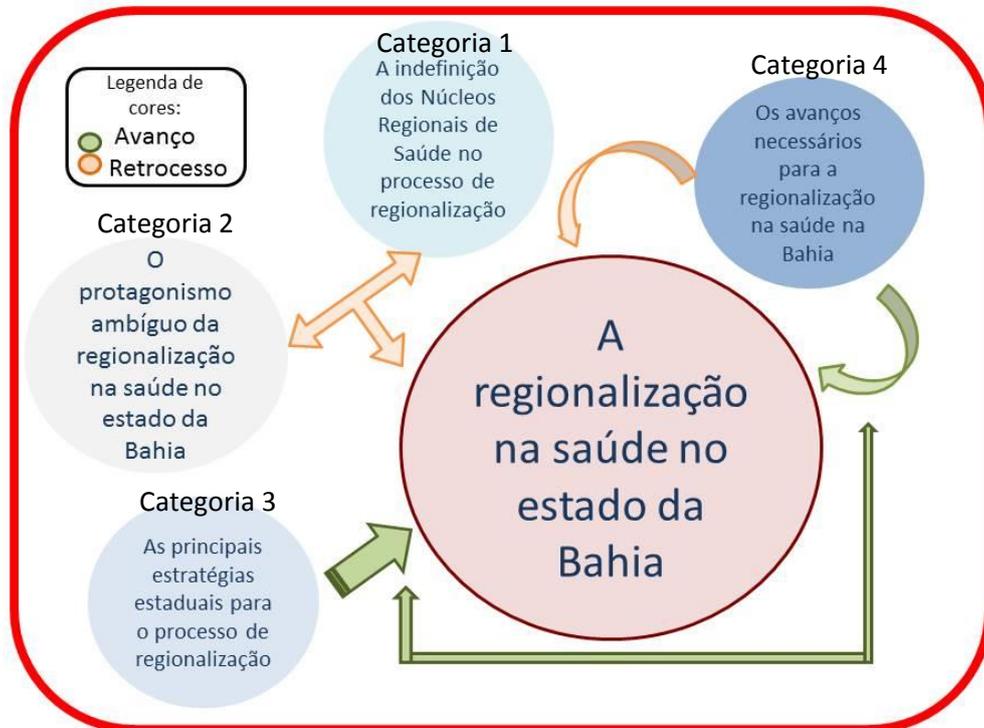
Fonte: Elaborado pela autora

As análises das categorias apontaram para a diversidade de fatores que atravessam a regionalização no estado, alguns contribuindo para o processo e outros obstaculizando o avanço. As contribuições podem ser notadas nas estratégias de regionalização identificadas no cenário, na compreensão crítica das gestoras sobre o processo de regionalização no estado e na concepção de regionalização compartilhada entre elas.

Os entraves sinalizados envolvem o modo como a gestão estadual propõe as estratégias de regionalização, a fragilidade na participação social na construção da política, no tocante a regionalização no estado, a debilidade na conformação da rede, cada região com especificidades que repercutem, negativamente, na organização e assistência do SUS-BA.

As categorias estão estreitamente relacionadas a realidade baiana e quando articuladas potencializam ou retrocedem a regionalização no estado (Figura 7). Na análise sugere-se que a categoria 01 e 02 representam retrocessos para o processo, a categoria 03 possibilidades de avanço, principalmente se articuladas aos avanços necessários indicados na categoria 04. As categorias 03 e 04 quando articuladas são potentes para a realidade, mas podem retroceder o processo caso não respeitem os características de integração e integralidade, que envolvem a diretriz da regionalização.

Figura 7 - Figura ilustrativa das categorias temáticas e a relação com a regionalização na saúde na Bahia.



Fonte: Elaborada pela autora

Destaca-se que as entrevistas foram realizadas a partir do roteiro de entrevista, embasado na MARS, desse modo, um quarto artigo foi produzido acerca da experiência com a Técnica de Conferência de Consenso para a elaboração da MARS, para compor os resultados e discussões do presente trabalho

6.1 Os Núcleos Regionais de Saúde e a Reforma Administrativa na Saúde: a ênfase na regionalização na saúde no SUS-BA

A partir da análise do material colhido, as seguintes categorias temáticas foram construídas (Quadro 3): *A ambiguidade da regionalização na saúde no estado da Bahia* e *A pouca definição dos Núcleos Regionais de Saúde no processo de regionalização*.

Quadro 3 - Categorias Temáticas extraídas da análise das entrevistas com as gestoras estaduais envolvidos no processo de regionalização do estado da Bahia.

Categoria Temática: A ambiguidade da regionalização na saúde no estado da Bahia
Subtemáticas: <ul style="list-style-type: none"> • O conflituoso cenário de regionalização na saúde na Bahia • A compreensão das gestoras sobre o processo de regionalização
Categoria Temática: A pouca definição dos Núcleos Regionais de Saúde no processo de regionalização
Subtemáticas: <ul style="list-style-type: none"> • Informações sobre os Núcleos Regionais de Saúde • A questionada função dos Núcleos Regionais de Saúde no cenário da regionalização

Fonte: Elaborado pela autora

A ambiguidade da regionalização na saúde no estado da Bahia

A regionalização na saúde ganhou destaque na saúde pública baiana em 2015, com a proposta da reforma administrativa do estado, *Lei Estadual Nº 13.204, 11 de dezembro de 2014*. No estado, as antigas Dires foram extintas e Núcleos Regionais de Saúde foram criados para a substituição das unidades de descentralização administrativa estadual nas regiões de saúde, configurando-se como instrumento para a regionalização.

As 31 Dires distribuídas nas 28 regiões de saúde foram substituídas por NRS, cada núcleo em uma cidade sede de macrorregional (Quadro 4). Respeitando o diploma normativo vigente, as regiões continuaram com as Comissões Intergestores Regionais, espaço privilegiado de gestão e pactuação entre os atores municipais e estaduais envolvidos no processo, e com unidades de Bases Operacionais em Saúde (BOS), um novo dispositivo

estadual. As BOS auxiliam os NRS nas regiões onde não possuem a unidade do núcleo, com um contingente menor de servidores estaduais e dependentes do NRS, no âmbito das decisões regionais.

E nós temos a organização do estado, que seriam as organizações das diretorias regionais, só que nunca conseguiu com que os territórios fossem iguais as diretorias, sempre tem uma distorção desse desenho, e agora o estado busca, com essa nova reforma administrativa, melhorar essa questão dos gastos públicos. Ela vem restringindo o número de 31 Dires para 9 NRS, houve uma nova portaria, extinguindo as 31 Dires, e agora estamos em um processo de discussão. (Maria Luiza).

Quadro 4- Atual conformação e abrangência dos Núcleos Regionais de Saúde no estado da Bahia, 2015.

NRS	Região de Saúde	Cidade Sede	Municípios por região	Habitantes por região
Norte	Região de Juazeiro, Região de Senhor do Bonfim, Região de Paulo Afonso	Juazeiro	28	1.099.545
Centro-Norte	Região de Jacobina, Região de Irecê	Jacobina	38	826.099
Nordeste	Região de Alagoinhas, Região de Ribeira do Pombal	Alagoinhas	33	876.085
Centro-Leste	Região de Feira de Santana, Região de Itaberaba, Região de Serrinha, Região de Seabra	Feira de Santana	72	2.263.626
Leste	Região de Salvador, Região de Cruz das Almas, Região de Camaçari, Região de Santo Antônio de Jesus	Salvador	48	4.763.189
Sul	Região de Ilhéus, Região de Itabuna, Região de Jequié,	Ilhéus	67	1.692.494

	Região de Valença			
Extremo Sul	Região de Teixeira de Freitas, Região de Porto Seguro	Teixeira de Freitas	21	833.307
Sudoeste	Região de Vitória da Conquista, Região de Itapetinga, Região de Brumado, Região de Guanambi	Vitória da Conquista	73	1.812.416
Oeste	Região de Barreiras, Região de Santa Maria da Vitória, Região de Ibotirama	Barreiras	37	959.610

Fonte: Observatório Baiano de Regionalização, 2015.

O processo de extinção das Dires, formulação e efetivação da proposta dos NRS e BOS configurou-se como estratégia para a regionalização na saúde no estado. A discussão ultrapassou o tecnicismo vinculados ao nível central da Sesab e destacou-se, principalmente, no âmbito dos servidores estaduais, como os sindicatos, e do Conselho Estadual de Saúde (CES).

Sob a reivindicação, acusando uma atitude impositiva da gestão estadual, os servidores estaduais, trabalhadores das antigas diretorias, e o Conselho Estadual de Saúde questionaram a atitude da gestão e a não garantia dos direitos trabalhistas, visto que alguns servidores foram realocados para outras unidades da gestão estadual, alegando a não existência de negociações prévias.

Muito conflituosa, não foi pouco não! O novo ele causa estranheza para maioria das pessoas, e isso no primeiro momento que foi imposta, através da lei, para muitas pessoas foi visto como a não existência da representação do estado (...) Então assim, a gente teve muito conflito com os trabalhadores das extintas Dires, que fizeram movimentos, para garantir os seus direitos, mas também muito com a perspectiva da necessidade da região (Mãe Stella).

Acompanhando o cenário conflituoso, nota-se, no discurso da gestora, a preocupação com a presença de uma unidade representativa do estado nos territórios das regiões de saúde e dos municípios que as compõe. Alegando manter a aproximação aos territórios, a gestão estadual manteve as bases operacionais como representação estadual nos territórios das antigas diretorias, vinculando as ações aos NRS em cada macrorregião.

No entanto, em 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”, um grupo composto por técnicos da Secretaria Estadual, embasados na discussão dos trabalhadores estaduais, do Sindicato dos Trabalhadores da Saúde e nos relatórios do Conselho Estadual de Saúde, apresentado a 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.

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

De acordo o Decreto nº 7.508/11, a região de saúde afirma-se como referência para as ações no âmbito da regionalização. Descentralizar de modo regionalizado implica assumir um processo articulado de transferência de poder e responsabilidade, no âmbito político e administrativo (ALBUQUERQUE; VIANA 2015), reconhecendo a região de saúde como o principal centro integrador das referências entre os serviços dos mais diversos entes federados (SANTOS 2014).

No entanto, o cenário baiano aponta para uma centralização, mesmo que administrativa nos NRS, por macrorregião, indicando que há uma compreensão distinta do espaço da região de saúde e da atuação do núcleo.

Os núcleos regionais eles são muito recentes. É uma lei que é de 01 de janeiro, inclusive com bastante conflito, porque eram 31 regiões e se transformou em 9 núcleos. Então assim, foi uma centralização administrativa, embora tem que se separar: os núcleos são a desconcentração administrativa do estado; e as regiões de saúde é um espaço programático assistencial que segue o PDR. As 28 regiões estão mantidas, então no PDR as 28 regiões continuam, agora os 9 NRS passaram, muito recente, a ser gestor [...] São duas coisas diferentes, uma coisa é a desconcentração administrativa do estado, que eram as 31 Dires que passaram a 9 NRS, as regiões de saúde são 28. O que coincide agora, que antes não coincidia, era que cada núcleo está numa macrorregião, anteriormente nós tínhamos 31 Dires e 28 regiões, agora nós temos 9 núcleos com um conjunto de regiões que era o antigo macrorregião de saúde. Então agora tem mais coincidência, embora houve uma concentração grande, está havendo, que isso não é um processo de uma hora pra outra. (Edileuza).

A narrativa possibilita compreender a contradição no discurso, no sentido de descrever o modo como a gestão estadual embasa a decisão da concentração e corrobora com a percepção da existência de uma cisão entre a atuação da unidade representativa do estado na região de saúde, definida como centralizadora, e a concepção do processo de regionalização, que tem como principal referência à região de saúde e a descentralização para as regiões.

A região de saúde é a referência para o planejamento capaz de resolver demandas e necessidades da população regional; é o espaço privilegiado para garantir a integralidade, para lidar com a fragmentação das ações e serviços de saúde; integra as ações e serviços em um dado território; nesse sentido há necessidade de regionalizar a descentralização, qualificando-a (SANTOS, 2015).

No Brasil, a discussão de regionalização está vinculada à compreensão inglesa da organização das redes regionais, a partir de níveis de atenção, com ações e serviços hierarquizados e o trabalho em saúde dividido a partir da lógica técnica, territorial e gerencial, diferente da experiência inglesa, a experiência brasileira não se constituiu sob gestão de uma autoridade regional, mas sob um histórico de descentralização para os sistemas municipais, aspecto limitador para o processo de regionalização no território nacional (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Diante do cenário baiano, percebe-se que as decisões na reformulação administrativa no âmbito da regionalização, continuam acompanhando a restrição da opção da inexistência de autoridades por regiões de saúde, com o mínimo de aproximação para lidar com as realidades locais, visto que um núcleo tem uma abrangência por macrorregional. O relato abaixo ilustra a dificuldade de acompanhamento das atividades do NRS diante a expansão do território de referência para cada núcleo.

Não está acontecendo com tanta efetividade, porque nós esse ano, nós estamos passando por um processo de transição muito vasto, é um processo muito brusco, é um processo que você sai de um tamanho e ganha um tamanho 5 vezes mais o tamanho que tinha, ainda está institucionalizado fluxos internos nossos, e isso requer de fato tempo que a abrangência é muito ampla (Myriam).

A reforma realizada no estado ampliou o escopo de ações dos NRS, nesse aspecto, cabe destacar a extensão territorial do estado e os desdobramentos dessa característica para as atividades do núcleo na sua área de abrangência, como a aproximação e o reconhecimento das necessidades e demandas de cada território; marca importante do processo de regionalização e descentralização.

Regionalizar implica um processo político que lida com a diversidade e as diferenças embasadas no território; a descentralização se “constitui de maneira finalística, não complementar, pela redistribuição de responsabilidades e recursos para as unidades político-territoriais específicas” (LIMA; VIANA, 2011, p. 40); logo, questiona-se a decisão estadual em centralizar as ações administrativas das regiões nas macrorregionais, extrapolando as definições por região de saúde.

Apesar da atuação da gestão estadual caminhar na direção da centralização, com a reforma proposta, os discursos das gestoras versam sobre a compreensão da regionalização na saúde como espaço de articulação cooperativa entre os atores envolvidos no sistema de saúde, que envolve a descentralização das ações e serviços, a discussão das redes de assistência à saúde, elencando a região como referência e objetivando evitar a peregrinação do usuário em redes de serviços distantes do lugar onde reside.

A regionalização ela tem três pilares: a questão da descentralização, a questão da proximidade com a realidade ao público, ao usuário que nós vamos está dando assistência, e o outro é a questão da objetividade, a clareza, a condição do usuário com relação ao núcleo, que não está no nível central, mas que está próximo dele, dos municípios onde ele fica. (Joana Angélica).

O que vem a ser regionalização sob o meu ponto de vista, né?! É, essa divisão de territórios, por território, que tenham afinidades e semelhanças entre si, em diversos aspectos, aspectos econômicos, de acesso, aspectos epidemiológicos, do ponto de vista de equipamentos existentes, que faz favorecer, que em uma própria região, naquela região, que a população tenha serviços e ações de saúde que atendam minimamente as necessidades. A regionalização vem no sentido de está fortalecendo o SUS, porque vai proporcionar maior acesso, atendimento integral com os princípios do Sistema Único. (Maria Felipa).

As gestoras apontam a importância do ente estadual para garantia da lisura e das decisões embasadas na coletividade de acordo a necessidade de cada território regional, possibilitando o distanciamento da lógica do patrimonialismo, dos sistemas locais, e de uma atuação autarquizada (IANNI et al, 2012); e o destacam como coordenador do processo de regionalização, compreensão que pode estar vinculada a definição do Decreto n° 7.508/11 da responsabilidade do estado em instituir as regiões de saúde, em articulação com os municípios.

Assegurar que o processo transcorra de uma forma imparcial, buscando favorecer a todos de igual para igual, da mesma forma que não tenha as tendências políticas, ou entraves de favorecimento político que possa acontecer durante todo o processo (Myriam).

Para as gestoras, o estado atravessa um importante processo de regionalização com as seguintes fragilidades: na articulação das redes de atenção à saúde; no cooperativismo entre os entes federados, com destaque para a relação entre os municípios; na articulação das regiões com os territórios identidade definidos pelo estado; nos instrumentos de gestão definidos pelo Decreto nº 7.508/11; e na centralização da estratégia de regionalização adotada.

Eu acho que a regionalização é um processo, não é uma coisa rápida, mesmo porque em saúde as necessidades elas podem modificar na medida em que você consegue atender algumas necessidades surgem outras, então a regionalização ela vem como processo. A Bahia ainda está buscando se encontrar dentro desse processo de regionalização. Esse último ano a gente está vivendo um outro momento, com a questão dessa reforma administrativa que foi realizada, a forma que se organizava esse núcleos regionais antes, que a gente chamava de uma forma, agora dentro da perspectivas estabelecidas dentro das regiões de saúde do estado. É, a gente está tendo uma mudança, a gente tá num processo, eu vou dizer que intermediário. Eu acho que a gente está no grau intermediário e passando por mudanças que deixa de ser um recomeço, um começo. Acho que é uma coisa mista, em alguns pontos incipientes, porque, pela mudança que aconteceu nesse ano, a gente está nesse processo incipiente, mas nos processos da definição de saúde, a gente está no processo intermediário. Não está consolidado (Maria Felipa).

Em termo de espaço programático assistencial, um espaço de relações, um espaço de processos, de autonomia para tomada de decisão, a Bahia tem isso mais frágil. Muito recentemente, eu acho que depois do Pacto pela Saúde, em 2006 pra cá, eu acho que a Bahia tem um processo, digamos assim, um pouco mais adiantado, de passar o comando das decisões para as regiões, mas ainda há muito que se andar nessa perspectiva (Edileuza)

Desse modo, questiona-se a ambiguidade na decisão da centralização das ações administrativas nos NRS, principal representação do ente estadual no território, visto que, a presença e a definição das unidades NRS por macrorregião, considerando a grande extensão territorial do estado e os conflitos envolvidos, não correspondem ao conceito de regionalização e a compreensão das gestoras, que aponta o estado como presença e ator importante na aproximação do processo de regionalização das necessidades regionais.

Nesse sentido, o foco na mudança administrativa realçou a discussão da regionalização na saúde no estado, caracterizando a ênfase na regionalização como efeito do atual cenário baiano, suscitando as seguintes conotações: sob a intenção de fortalecer a regionalização na saúde, o estado propôs a mudança, ou propôs a mudança e definiu a regionalização como justificativa; a regionalização ganhou destaque enquanto estratégia potencial para reverter os entraves vividos no SUS e as consequências do movimento municipalista, ou porque a reforma administrativa foi imposta e afetou os direitos dos servidores estaduais e a

participação do Conselho Estadual de Saúde nas decisões da política, fomentando assim as atenções ao processo. Questiona-se qual a conotação da ênfase na regionalização no estado.

A pouca definição dos Núcleos Regionais de Saúde no processo de regionalização

Os NRS, principal representação do ente estadual no território regional, ganharam destaque como unidades gestoras no cenário da saúde pública baiana, na mudança administrativa. OS NRS assumiram a papel de aproximação com as regiões de saúde, especialmente, com os municípios, com vistas a protagonizar o processo de regionalização no Estado.

Os 9 NRS possuem um Coordenador e servidores estaduais que desenvolvem ações que englobam a vigilância à saúde, Atenção Básica (AB) e assistência farmacêutica, além de funções administrativas, financeiras e de ouvidoria. São mantidos pela gestão estadual, com um repasse financeiro para o desenvolvimento de atividades educativas, material para o setor administrativo, deslocamento para visita aos municípios ou para a participação dos servidores nos espaços promovidos pelo nível central na Sesab e para a garantia das reuniões das CIR.

As atividades desenvolvidas são planejadas com o intuito de corresponder às demandas municipais. Nesse sentido, realizam-se planejamentos para consensuar as ações dos NRS e organizar a agenda de acordo a necessidade de cada região, visto que, cada NRS é referência administrativa para 2 ou mais regiões de saúde.

Observou-se nas falas das gestoras a estreita relação das ações dos NRS com os municípios e a ênfase nas atividades da Atenção Básica. Junto aos municípios, segundo as gestoras, o núcleo aparenta buscar assumir o lugar de equipe de apoio para as questões referentes à AB, ao controle social e para a discussão das redes de atenção e unidades de assistência, organizando o trabalho como um apoiador junto as gestões municipais.

O apoio que a gente faz é permanente, a gente faz dentro do município, não é nem de forma virtual, a gente tá lá, nós temos a base de saúde que é localizada dentro de cada ponto estratégico de micro, que a gente poderia chamar, dentro da microrregião, dentro da região de saúde [...] O NRS é responsável e lá nós temos tanto da vigilância sanitária, como epidemiológica, como AB, o mesmo formato do NRS, só que de uma atuação não tão ampla quanto o núcleo e uma atuação efetiva, próxima ao município [...] ele sinaliza a necessidade e prontamente a equipe está lá, pra auxiliar nesse sentido, porque tem realidade distinta dentro da mesma região (Myriam).

Nota-se que o apoio está direcionado para avaliação, monitoramento, a partir de fiscalização, que permeia o trabalho desenvolvido, principalmente na AB, onde consiste a

maioria das atividades desenvolvidas pelos NRS. As gestoras exemplificam o desenvolvimento das suas ações por meio dos espaços do Sistema de Pactuação para o registro de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores em saúde (SISPACTO), atividades de qualificação técnica junto aos municípios e, principalmente, os espaços das CIR, como estratégias importantes para o desenvolvimento das ações no âmbito da regionalização.

E o NRS é importante porque tem um papel muito grande, que é o apoiador, avaliador, é ele quem monitora e dá suporte técnico aos municípios, porque os municípios, dependendo da região tem muito município com o perfil epidemiológico muito problemático, muitas doenças. No nosso mesmo, a gente tem um perfil epidemiológico de risco pra hanseníase, esquistossomose, tuberculose, para dengue, então assim, a gente é quem organiza esse planejamento junto com municípios, porque se o estado não estiver monitorando, dando o suporte técnico, capacitando, avaliando, os municípios realmente, eles são pobres, a gente reconhece (Maria Luiza).

São diversas as realidades nos NRS, com particularidades perceptíveis, principalmente, em regiões próximas aos centros urbanos econômica e socialmente mais desenvolvidos. Os NRS com regiões formadas por municípios menores enfatizam as suas ações na AB e os núcleos em regiões próximas aos municípios mais populosos e desenvolvidos economicamente trouxeram experiências relacionadas a discussão das redes de atenção.

Ficou evidente que a gestão dos NRS é, primordialmente, focada nos municípios e na AB, sob a compreensão de fortalecimento do sistema municipal para o desenvolvimento da região de saúde. As falas das gestoras fez compreender que as discussões referentes à atenção especializada e hospitalar são direcionadas ao nível central, aos departamentos específicos, desse modo, os NRS não se envolvem diretamente nessa relação. Ainda assim, os NRS participam e planejam junto as Comissões Intergestores Regionais, os desenhos dos planos das redes de atenção à saúde.

NRS tem referências técnicas na área de APS e gestão do cuidado, tanto na sede, quanto na base, que é uma coisa que a gente discutiu, a gente formou um plano para definir as atividades de cada área técnica, no sentido de dar apoio aos municípios e monitorar as ações. Na média complexidade, já não funciona assim, eu acho que já tem um pouco de deficiência nessa questão, o estado, ele tem a diretoria que trabalha com essa área de atenção especializada e que dá esse aporte de apoio técnico e institucional, e na referenciada. Alta complexidade e especiais de acesso aberto? Quais estratégias? De alta complexidade e acesso aberto, eu acho que é através da regulação mesmo esse acompanhamento. (resposta do gestor quando questionado sobre as ações na AB, média e alta complexidade) (Mãe Stella).

Cabe ressaltar que, na legislação estadual de criação dos NRS, as ações do núcleo estão definidas para a contribuição junto à gestão municipal. Em conformidade com a necessidade de fortalecimento do sistema municipal para fortalecimento da região, a interface entre municipalização e regionalização, nesse cenário, aparenta ter destaque ao município.

Nessa perspectiva, as atividades voltadas, primordialmente, para o fortalecimento municipal e notoriamente para a Atenção Básica, suscita a questionar o desenvolvimento de ações que compreendem a integralidade da organização da rede de assistência de cada região.

A integralidade da assistência, que garante o formato organizativo do SUS, exige interações das ações e serviços em redes, que atravessam desde a atenção primária aos serviços de maior complexidade tecnológica; não se pode discutir regionalização desarticulado da integração de serviços, regiões de saúde, rede, descentralização e integralidade (SANTOS, 2012).

Dentre as definições da integralidade, faz-se pertinente destacar a compreensão da mesma como princípio norteador de práticas, da organização do trabalho e de políticas públicas, que extrapola a ótica reducionista e a fragmentação da atenção à saúde, pois a integralidade versa sobre a articulação de rede entre os diversos níveis de atenção como possibilidade para a garantia do direito a saúde (MATTOS, 2001; BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012).

Para o exercício da integralidade, dimensões necessitam ser respeitadas e priorizadas, como a gestão pautada na coletividade e cooperativismo nas decisões tomadas no cotidiano da gestão do sistema (VIEGAS, 2013).

Nesse sentido, outro aspecto que se destacou no material analisado, remete a relação dos núcleos regionais com as unidades assistenciais que estão sob administração do estado, no cenário da atenção hospitalar, seja por administração direta ou indireta, com ênfase para as Organizações Sociais.

Percebeu-se que os núcleos não atuam em contato constante com essas unidades, no sentido de participar de modo efetivo na relação entre unidade e nível central. As gestoras trouxeram a existência, na maioria das regiões com unidades hospitalares estaduais, uma relação amigável entre os atores em reuniões, estabelecida na discussão de alguma temática, mas, as falas demonstram que não há uma aproximação das ações mais efetivas dos NRS articuladas com essas unidades e vice-versa.

Eu entendo que no processo de coordenação que a gente tem aqui, eu acho que a gente poderia participar mais do processo de construção da saúde. O que tem tido, ainda somos vistos como um apêndice no nível central na região. Por exemplo, na região da gente tem um problema seríssimo com o hospital da gente e que dentro dessa discussão da CIR a gente já conhece, boa parte, todo o andamento do processo, quais as ações de saúde deviam ser servidas pelo hospital, quais ações que não deveriam está atuando, qual direcionamento da vocacionalidade do hospital. A gente enquanto coordenador do atual núcleo, a gente tentou participar do processo de construção do novo contrato do hospital e nós fomos, de certa forma, escanteado do processo de construção. Eu acredito assim, há um certo fortalecimento no discurso e na prática efetivamente não acontece, eu creio que contando a gestão, contando o novo método de regionalização que pese diminuir o número de Dires, e passou a ser NRS, no início esse fortalecimento parecia de fato acontecer, na teoria, na prática ainda não começou efetivamente a ter esse incentivo (Amélia).

Desse modo, indaga-se a compreensão da integralidade nas ações de planejamento, organização e articulação das ações e serviços em saúde dentro de uma região de saúde, possibilitando constatar certa fragmentação no processo de regionalização do estado, dado que, o núcleo regional de saúde, na mesma região de uma unidade de assistência estadual, demonstra uma fragilidade na relação, bem como a relação dessa unidade assistencial está diretamente relacionada ao nível central e distante do núcleo de referência regional.

Tais aspectos sinalizam a possibilidade da indagação a respeito da função dos NRS no processo de regionalização. Considerando a recente criação dos NRS e extinção das antigas Dires, pressupõe-se a necessidade de adaptação diante desse novo cenário estadual, assim como a organização e definição dos NRS frente às regiões de saúde.

Diante do cenário, permite-se analisar o lugar dos núcleos regionais, pois há legitimado uma função administrativa, inerente à justificativa da reforma proposta pela gestão estadual, e, segundo os discursos, notoriamente os núcleos caracterizam-se e localizam-se enquanto uma instância que extrapola a função administrativa e flutua entre o apoiador das ações no âmbito municipal e regional- destaque para atuação dentro das CIR, e a atuação como fiscalizador estadual junto aos municípios.

Seria oportuno, nesse cenário, firmar a função de apoiador para os NRS, pautando-se na concepção do apoio à gestão como estratégia de reorganização do trabalho em saúde na interface clínica/gestão, onde o processos de gestão entre formular, planejar, implementar, monitorar, avaliar e decidir possibilita repensar novos modos de coletividade e negociações acerca da interrelação entre os atores envolvidos na articulação e na qualificação das ações e serviços para os sistemas regionais (OLIVEIRA, 2011).

Nesse sentido, faz-se necessário repensar o lugar desse dispositivo, como disparador de processos para o SUS-BA, no âmbito da sua potencialidade, o definindo como apoiador nos territórios das regiões e nas relações com os municípios, assim como, uma representação da figura estadual que pode facilitar processos e articular a regionalização, embasado na compreensão da integralidade, como protagonista das ações e serviços do território regional, configurando-se assim, como, de fato, uma estratégia para avançar no processo de regionalização.

Estudo realizado entre os anos de 2007 e 2010, sobre o processo de regionalização nos estados brasileiros, discutiu categorias condicionantes para a regionalização nos estados, entre as discussões levantadas, a implementação da regionalização em saúde considerou aspectos da institucionalidade e governança (ALBUQUERQUE; MELLO; IOZZI, 2011; LIMA et al, 2012). Nesse cenário, a pesquisa apontou que a Bahia apresentou um estágio intermediário de institucionalização do processo e indefinido no que se refere à governança.

No estudo, a institucionalidade considera o papel das Secretarias Estaduais na condução da regionalização, inclui a maturidade técnica e política de suas regionais e o peso da regionalização na agenda oficial; a governança expande a concepção de governo e envolve processos coletivos, de negociação, dispositivos informais e não governamentais possibilitando a articulação e criação de redes entre os atores envolvidos (LIMA et al, 2012).

Desse modo, a categoria, discutida neste artigo, desperta a atenção e abre possíveis discussões sobre a institucionalidade da regionalização do estado, diante das representações regionais que, aparentemente, apresentam-se indefinidas do seu lugar no processo de regionalização; a centralização das negociações no nível central, não envolvendo as representações dos NRS, como no âmbito da atenção hospitalar, sustentando certa imprecisão nas relações estabelecidas nas regiões de saúde, pois não envolve um dispositivo potente para o processo, como os NRS, apontados como estratégia para a regionalização no estado.

Logo, a experiência estudada na Bahia levanta questões acerca da regionalização na saúde. As categorias citadas indicam qual a compreensão das gestoras estaduais e o espaço que a regionalização ocupa, enquanto norteadora, nas decisões do cotidiano da gestão.

A relação entre a regionalização na agenda estadual esteve diretamente relacionada à reforma administrativa e definição dos NRS. Os núcleos protagonizaram e configuram-se como mote para a intensa discussão do processo no estado, no entanto, aparentam não exercer

a função de um dispositivo para a regionalização, visto a ênfase na atenção básica, no município como principal referência, e a fragilidade nas relações com os dispositivos regionais da atenção hospitalar.

O cenário conflituoso, fruto da reforma administrativa no estado, permitiu destacar aspectos referentes aos espaços de negociação entre os atores envolvidos, como servidores do Estado, Conselho Estadual de Saúde e Sindicatos, repercutindo em possíveis compreensões a respeito dos espaços de negociação que envolva tais atores e os desdobramentos práticos desses espaços no cotidiano do sistema.

Destaca-se o posicionamento crítico das gestoras entrevistadas, em compreender e apontar a incipiência e a necessidade de avanços do processo no estado, apesar do histórico estadual no processo de descentralização e da estratégia estabelecida - a recente mudança no cenário da política da saúde baiana. Cabe atentar-se para os NRS e a possibilidade de expansão da sua função, o percebendo como possível dispositivo de articulação no espaço programático e assistencial das regiões.

6.2 As estratégias estaduais para a operacionalização da regionalização na saúde na Bahia

O estado organizou o processo de regionalização na saúde elencando estratégias para operacionalizá-la. A categoria contempla, baseada na análise das falas das gestoras, ações e instrumentos que auxiliam no planejamento, organização e desenvolvimento das ações e serviços na esfera das regiões de saúde.

As estratégias identificadas foram compreendidas em duas subtemáticas com o intuito de destacar a importância dentro do processo de regionalização, mesmo apontando algumas dificuldades existentes. A primeira subtemática remete às estratégias instituídas nacionalmente e que são potentes para o processo de regionalização na saúde, enquanto a segunda refere-se às estratégias características da regionalização no SUS-BA.

As estratégias instituídas nacionalmente que são potentes para o processo de regionalização

Estratégias foram identificadas para a operacionalização do processo de regionalização no cenário baiano, são elas: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); o Programa Mais Médicos (PMM); as discussões; e construções nos espaços dos Comissões Intergestores Regionais, com destaque para os planos das Redes de Atenção à Saúde.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

Constatou-se que o SAMU atua nas regiões de saúde como principal transporte sanitário regional, apesar dos gestores identificarem a necessidade da expansão da cobertura do serviço, principalmente, para os territórios mais distantes do município sede da região. O serviço, que integra a Rede de Urgência e Emergência (RUE), contribuiu dentro das regiões, onde há o intenso trânsito de ambulâncias vinculadas aos municípios e desarticuladas do complexo de regulação, que saem em busca de assistência nos municípios vizinhos e/ou nos grandes centros.

Vamos discutir inicialmente a rede de urgências, com o SAMU regional esse processo de deslocamento, através de ambulância associada ao SAMU, facilitou muito o acesso das cidades ao redor de polo de micro, e esse acesso passou a ser facilitado, quando você passou a ter regionalizado, facilitou muito (Dulce).

O SAMU foi o primeiro dispositivo implantado no escopo da Política Nacional de Atenção às Urgências – PNAU. A reformulação da política em 2011 instituiu a Rede de

Atenção às Urgências no SUS, a regionalização dos atendimentos às urgências, a regulação, definição, atuação e organização partindo das regiões de saúde como referência (BRASIL, 2011a).

Para Machado e col (2011), a implantação do SAMU aponta avanços no contexto do SUS, e pode contribuir com a organização das redes de atenção, visto que exige estratégias de regulação assistencial e sinaliza problemas a serem enfrentados no âmbito da atenção às urgências, como a integração do serviço, a capacitação profissional, a gestão e a infraestrutura.

Nesse sentido, nota-se, nos relatos analisados, que o SAMU configura-se como estratégia potente, como transporte sanitário na assistência de urgência e expõe o complexo regulador e a necessidade de atenção e expansão das suas ações para todo o território estadual, que atualmente conta, segundo os entrevistados, com quatro complexos de regulação e tem como desafio regular a escassez dos leitos hospitalares.

Desse modo, com o intuito de superar as dificuldades vivenciadas na RUE, cabe assinalar que atentar-se para o SAMU significa: tê-lo como um dispositivo de referência no processo de regionalização; destacá-lo como via de identificação dos obstáculos na atenção às urgências regionais, como os entraves vivenciados na regulação da assistência hospitalar; e servir de parâmetro quando comparado à realidade dos transportes sanitários municipais.

O Programa Mais Médicos - PMM

O PMM integra o sistema de saúde estadual, para as gestoras, a estratégia, vinculada ao Governo Federal, modificou a realidade das regiões de saúde, no sentido de fixar o profissional médico na atenção básica dos municípios, exigir a permanência da carga horária integral da categoria médica nas unidades básicas de saúde, qualificar a assistência a partir da abertura dos cursos médicos e, nos municípios que receberam médicos e médicas estrangeiras, destacou-se o cuidado e a atenção dos profissionais nas ações e nos serviços de saúde.

A gente teve uma diferença muito grande, é visível hoje com o Mais Médicos, foi uma política que foi adotada de fixação dos profissionais. Hoje ali a gente estava avaliando e a gente viu que, pelos coordenadores, o que estava entre os profissionais mais difíceis de contratação, hoje está em 3º lugar, os profissionais médicos, que antes era o primeiro, depois do Mais Médicos eles conseguiram fixar. Acho importante também o Mais Médicos e aquela questão das universidades que serão implantadas, a cidade contemplada com o curso de medicina. Isso também vai fortalecer a regionalização, tanto na questão acadêmica, de trazer mais profissionais, de você qualificar o serviço de saúde, porque você vai ter uma

operacionalização toda, por conta do ensino na região, acho que fortalece a regionalização (Maria Luiza).

As gestoras apresentam evidências, no decorrer das falas, de situações e contextos que exemplificam a mudança no cenário sanitário dos municípios e indicam possíveis evidências de efetividade do programa no contexto baiano.

Eu tenho dados, a gente consegue ver uma diminuição significativa de sífilis congênita detectada no início que a gente consegue tratar durante o processo de gestação, e que a gente tinha como identificar sim, a gente tinha teste rápido que não era aplicado, não eram utilizados [...] e tá no elenco que a gestante tem que fazer os seus exames do pré-natal. Hoje você está tendo prontuário para cada gestante (Myriam quando indagada sobre o impacto do PMM nas regiões de cobertura do NRS).

O Programa Mais Médicos surgiu como uma aposta de intervenção na realidade da Atenção Básica e das redes regionalizadas de atenção à saúde devido a ênfase no provimento médico; a abertura de novos cursos médicos e reorientação do modelo de educação médica; o investimento na infraestrutura dos serviços de saúde; adotando como eixo a Atenção Básica e atentando-se para a diminuição das desigualdades regionais na área da saúde (BRASIL, 2013; MOLINA et al, 2014).

No Brasil, as redes de atenção regionalizadas foram definidas como eixos organizativos do sistema de saúde, a AB protagonista nessa organização, caracterizando-se como importante porta de entrada do sistema, coordenadora do cuidado e ordenadora de rede (BRASIL, 2011a). Nesse sentido, a partir das entrevistas, evidencia-se a contribuição do programa na regionalização do estado, visto que, mudanças foram notadas na realidade da AB das regiões, permitindo impactos positivos no cotidiano das redes de atenção.

A Comissão Intergestores Regional e as Redes de Atenção à Saúde

Outra estratégia apontada como indispensável para a organização e operacionalização da regionalização na Bahia foi o espaço de discussão da CIR e a negociação dos desenhos das redes temáticas, que seguem, após definidas pelos colegiados, para aprovação do Ministério da Saúde.

A partir da discussão das redes na CIR, foram realizados levantamentos das necessidades para suas conformações, os atores envolvidos no processo visualizaram a dinâmica do fluxo da assistência, a qualidade e oferta de ações e serviços na atenção básica, especializada e hospitalar, elegendo como eixo a integralidade. Relataram aspectos vinculados

aos instrumentos de gestão, as negociações e relações entre os atores municipais e estaduais, e estratégias regionais para lidar com as dificuldades percebidas nos territórios.

[...] a gente está começando a fazer o diálogo dentro das reuniões da CIR, que é onde as reuniões que acontecem, mensalmente, com todos os Secretários das regiões, nessas regiões eu tenho 4 CIR [...] dentro disso aí a gente traz as propostas e discute. Os Secretários colocam as propostas, necessidades, que aí vem a discussão de regionalização, de PPI, do SAMU 192, de todo o histórico que o município necessita. Então eles trazem para aprovação, apreciação dentro de construção de unidade, do NASF, onde a gente acompanha para ver se a estrutura está adequada, da vigilância, e uma série de coisas que a gente vem fazendo (Maria Quitéria).

No mesmo cenário, destacaram-se as relações estabelecidas entre os municípios, segundo as gestoras há, em alguns territórios, disputas entre os municípios maiores e os menores nas discussões de rede. As entrevistadas apontaram para uma concentração e manipulação das decisões para os municípios sede de região dificultando assim, o trabalho da regionalização, visto que a literatura aponta a resolução, cooperação e solidariedade para o processo e conformação das redes de atenção (SILVA; GOMES, 2013).

Tem duas regiões que os municípios se agregam melhor. Eles se apoiam, se ajudam, independente das decisões políticas, duas regiões, as outras duas são mais complicadas, há uma dificuldade maior, exatamente porque, não só as questões políticas, talvez até outros interesses, mas o que a gente vê mais nas regiões, por exemplo, é com relação aos municípios polos, na minha região o questionamento maior e os debates são isso. Porque os municípios menores, população menor, com o número menor de equipamentos de saúde, são dependentes dos municípios polos e existe uma, que aí tem alguns conflitos, interesses dos municípios, com conflitos de interesse, são os maiores conflitos, porque existe a PPI, tem recursos alocados no teto do município, que ele tanto é, ele faz a gestão do recurso de média e alta, como muitas vezes também ele é prestador. Então, os conflitos maiores são esses, porque nem sempre o município polo, ele atende aquilo que os municípios pactuaram com seus recursos, esse é o maior conflito e aí entra pra discussão a questão da regulação, municípios exigem que respeitam a regulação, que não existe regulação, tá desorganizado, então tem uma série de problemas de acesso mesmo dos munícipes aos locais que são pactuado. Esse é o maior conflito que eu enfrento dentro das regiões (Maria Felipa).

Apesar dos conflitos nas regiões, os espaços colegiados foram destacados como lugar privilegiado para discussões acerca das fragilidades nas regiões. A CIR foi cenário para acordos municipais para realização de concursos municipais, para articulações entre estado e município para a permuta de profissionais que faltavam no cenário regional e para formulação de alternativas entre os municípios para lidar com dificuldades assistenciais, como as ofertas de serviços que não estavam contemplados nas pactuações dos defasados instrumentos de gestão.

Faço negociação com os municípios na CIR. Eu falo:

- Município eu estou precisando de um farmacêutico, pelo menos uma vez na semana. O estado não tem como contratar, não tá contratando, a demanda está reprimida e eu gostaria que vocês pagassem e cedessem um farmacêutico.

Dentro da região eu tenho 12 cedidos no município, funcionários, enfermeiros, mais enfermeiros, administrativo, digitadores (Joana Angélica).

Nesse contexto da CIR, as redes de atenção foram discutidas, as gestoras apontaram as singularidades em cada região em relação ao avanço e o retrocesso de cada rede. Essas especificidades giraram em torno de três aspectos: 1- a reflexão sobre a operacionalização das redes que, aparentemente, possibilitam analisar as responsabilidades de cada ator envolvido; 2- as dificuldades que emperram na implantação dos planos, quais os serviços são necessários e quais os arranjos são possíveis diante das dificuldades, como, principalmente, a dificuldade em relação ao recurso envolvido; 3- 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.

Fazer essa revisão do plano diretor pra poder se aproximar dos territórios identidade; o financiamento para o funcionamento, as discussões das redes temáticas por regiões, tudo que é aprovado é, de recurso financeiro, de plano de ação pra região, de investimento, de equipamento de saúde, no estado da Bahia tem que passar pela comissão intergestores, então precisa tá aprovado, implantação de serviços de saúde, de equipamentos de saúde, isso é garantido no estado, tem que passar, então a CIB só aprova se tiver passado pela CIR (Mãe Stella).

Alguns aspectos foram apontados, caracterizando a CIR como espaço potente para a governança regional, no entanto, identificou-se também, características que destoam da compreensão de governança, como: o interesse individual de alguns municípios em detrimento da região e o atravessamento político-partidário nos interesses coletivos.

Estudo realizado em uma CIR na Bahia (SANTOS; GIOVANELLA, 2014) sinalizou importantes fatores identificados, que convergem com o relato das gestoras, como: os atravessamentos político-partidário, por apadrinhamento de gestores e municípios; a formação do gestor; o debate incipiente sobre os recursos e a alocação; o tensionamento entre os interesses regionais e municipais.

Apesar das dificuldades, aposta-se que a CIR configura-se como espaço privilegiado e potente para articulação regional, pois é nítido, no contexto da pesquisa, que há avanços nas relações de pactuações e negociações entre os atores.

Destaca-se que para a investigação profunda desse aspecto nas regiões de saúde da Bahia, torna-se necessária uma análise detalhada sobre as CIR nas 28 regiões de saúde, envolvendo atores citados pelas entrevistadas, que estão, direta ou indiretamente, participando do processo de regionalização, são eles: municípios e estado, o controle social, os prestadores privados e o judiciário - representado na figura do Ministério Público.

Acredita-se que com o desenvolvimento de estudos, e temáticas como da governança regional no estado possa ser debatida, assim como, o aprofundamento nas singularidade das redes de atenção em cada região.

As estratégias características da regionalização no SUS-BA

A regionalização compreende a inserção, criação de estratégias e instrumentos de gestão e planejamento, financiamento, regulação, integração de ações e serviços no âmbito do território (VIANA; LIMA, 2011). A partir dessa perspectiva, esta subcategoria contempla cinco estratégias identificadas que caracterizaram o cenário baiano no ano de 2015: 1- As mudanças no contexto da CIR, 2- O observatório baiano de regionalização, 3- Estratégias de educação permanente, 4- A revisão do PDR atrelado ao território identidade, 5- A implementação de dispositivos na atenção especializada e hospitalar.

1 - As mudanças no contexto da CIR

O estado optou por trabalhar com dois membros estaduais efetivos nas CIR, um presente na região e outro no nível central, para facilitar a articulação entre a região e o núcleo central da Sesab. Nessa mesma conjuntura, o estado definiu trabalhar com a alternância na coordenação da CIR: 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, desse modo, pretendeu-se garantir a continuidade nas pactuações definidas nos colegiados, atenuando as interferências vividas nos anos eleitorais.

O arranjo da política de saúde brasileira adotou as comissões intergestores com espaços de governança (MACHADO et al., 2011). No campo da regionalização, as comissões regionais atuam como espaços de compartilhamento de decisões, negociações e poder. A iniciativa baiana de definições de membros efetivos e a alternância na coordenação do espaço, com o intuito de amenizar as interferências político-partidária nas CIR são aspectos que caracterizam a regionalização no estado e contribuem para a governança regional.

Hoje no estado quem coordena a reunião é um membro municipal da saúde, então foi decidido que será alternada a coordenação, então a responsabilidade em organizar que funcione as comissões, estrutura física, financiamento, é do estado, mas a coordenação da reunião é alternada, a cada ano, ou o estado, um ente municipal é quem coordena a reunião (Mãe Stella).

A gente tem feito movimento, nós temos na região, a gente tem feito apoio a governança regional, que é exatamente colocar dois profissionais, que são dois profissionais que nós chamamos de membro efetivo. Então nas CIR nós temos um membro efetivo regional, que é representante do estado, que atua na região, e um membro efetivo do nível central que se desloca para essa região, e esse membro efetivo ele participa de um fórum, onde se discute as políticas do estado, para que ele faça uma ligação com a região (Edileuza).

2 - O Observatório Baiano de Regionalização

Na fala das gestoras identificou-se que o estado desenvolveu, a partir da perspectiva de um planejamento regional integral, um instrumento *on-line* que comporta as informações sobre o processo de regionalização na Bahia. 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 sedes, a rede de serviços de cada município e região, entre outras informações. O site se desenha como uma iniciativa para o planejamento regional, assim como, a divulgação do processo de regionalização no estado, em consonância com a perspectiva do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) em dar transparência ao processo.

3- Estratégias de Educação Permanente

Outras estratégias apontadas foram as atividades como: grupo de trabalhos temáticos para a discussão de assuntos pertinentes para cada região; apoiadores institucionais nas áreas técnicas das redes de atenção, na AB; cursos de qualificação junto aos servidores e técnicos municipais, pautados nas necessidades de cada região e/ou municípios; qualificação técnica junto a Sesab em parceria com a Escola Estadual de Saúde Pública; a abertura de vagas de residências em saúde.

Os grupos de trabalho e, principalmente, os apoiadores institucionais, na figura de técnicos de referência, foram os que se destacaram nos discursos das gestoras, suscitando a compreensão da constante utilização das estratégias no cotidiano dos NRS e das CIR.

Nós temos técnicos de referência para cada rede. Rede Cegonha tem o técnico de referência de Saúde da Mulher, tem que, está com referência da AB, quem está para gestão, a gente buscar está envolvendo esses técnicos, que eles dão suporte maior e direto, criando grupos de trabalho para está discutindo. (Maria Felipa).

O apoiador institucional desenvolve ações para possibilitar a construção de ferramentas e instrumentos direcionados as propostas definidas em coletivo e rompe com a lógica hierarquizada e verticalizada entre os atores envolvidos no cenário de atuação (BASTOS et al, 2010; OLIVEIRA, 2011).

Os gestores indicaram que essas estratégias estão vinculadas diretamente aos processos de educação permanente em saúde nos espaços de regionalização. Nesse sentido, para as gestoras, o apoio institucional e a educação permanente estão diretamente vinculados, corroborando com a compreensão de que o apoio pode induzir, operar e coordenar as ações de educação permanente (PEREIRA JÚNIOR; CAMPOS, 2014).

4 – A revisão do Plano Diretor de Regionalização e o Território Identidade

Segundo as falas, outra estratégia da gestão estadual é a proposta de revisão do PDR, atrelando as regiões de saúde ao desenho regional existente no estado de um território identidade, que é utilizado para o planejamento de outras políticas públicas e ações estaduais, vinculado à Secretaria de Planejamento.

O Estado define território identidade como

um espaço físico, geograficamente definido, geralmente contínuo, caracterizado por critérios multidimensionais, tais como o ambiente, a economia, a sociedade, a cultura, a política e as instituições, e uma população com grupos sociais relativamente distintos, que se relacionam interna e externamente por meio de processos específicos, onde se pode distinguir um ou mais elementos que indicam identidade, coesão social, cultural e territorial (SECRETARIA DO PLANEJAMENTO DA BAHIA, 2016).

Considerando essa perspectiva, a Sesab pretende na discussão do novo PDR integrar a definições das regiões de saúde aos territórios identidades do estado, que atualmente organiza-se em 27 territórios, no sentido de aproximar a organização das ações e serviços das identificações de cada território e facilitar a articulação com outras políticas públicas do estado.

O PDR é um importante instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado, no entanto, o uso dos instrumentos de planejamento e gestão

ainda constitui-se um desafio para avançar no processo de regionalização (ALBUQUERQUE, 2013). Nesse sentido, atrelar as regiões de saúde à perspectiva do território identidade caracteriza-se como possibilidade indutora de fortalecimento do instrumento de gestão no território estadual, visto que outras Secretarias Estaduais definem outras políticas sociais a partir do território identidade.

No momento outras Secretarias de Estado, que faz uma divisão, essa Secretaria sim, tem, o chamado território identidade, que faz uma escuta grande à população, mas a gente está tentando se aproximar desse território identidade, porque a nossa organização é diferente da organização que divide o estado por território identidade, algumas Secretarias trabalham, a saúde não, a saúde trabalha com o PDR que foi desenhado negociando entre as duas esferas, municipal e estadual (Edileuza).

5 – A implementação de dispositivos na atenção especializada e hospitalar

Outro aspecto sinalizado pelas gestoras remete à atenção especializada e hospitalar, como a construção e a reforma dos hospitais regionais em algumas regiões de saúde do estado, descentralizando procedimentos de maior complexidade tecnológica para as cidades polos das regiões; e os consórcios de saúde, o principal 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 falas dos gestores entrevistados e no espaço da Conferência de Saúde. Notou-se que 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 no que tange ao financiamento, a promoção do cooperativismo entre os entes e o avanço da regionalização aproximando os serviços das regiões de saúde.

A gente tem dificuldade com o serviço especializado, está tendo a ideia, nesse governo, dos consórcios em saúde, justamente pra estar trazendo as necessidades médicas, através dos consórcios dos municípios, através das especialidades clínicas, um modelo de policlínica daqui do Nordeste (...) Que a maior dificuldade dos municípios é ter especialista, além do município não ter condições de contratar especialistas e você deixar, então se você consegue acertar 3 especialidades, como a gente consegue está vendo no primeiro desenho, um esqueleto desse projeto de policlínica, iria desonerar o município e dar de fato uma assistência. Essa questão ambulatorial, até curativa, dentro de um equipamento que o estado estará custeando, entendeu [...] E aí você consegue atender de fato, você teria 10 especialidades. Por exemplo, dentro de uma região, a dificuldade hoje é que nós não temos, a gente vai ter uma especialidade, aí as outras só nos grandes centros. Você

ainda terá que deslocar muita gente de longe pra vir fazer hemodiálise, casa de apoio, isso não é regionalização. Regionalização é justamente tá pra acabar com esse tipo de modelo arcaico, esse modelo em que o estado, nessa gestão, não vai aceitar nesse modelo que está, de você trazer pessoas de 300 km pra poder tá fazendo, que geralmente não vai fazer uma vez ou duas na semana (Myriam).

Os consórcios destacaram-se no contexto da descentralização e regionalização na década de 90, com a publicação da Norma Operacional Básica/96, como estratégia municipal para lidar com as desigualdades e a fragmentação dos sistemas de saúde dos municípios na oferta de serviços em saúde (BOTTI et al., 2013).

A estratégia, apesar de objetivar ampliar a oferta de serviços especializados aos usuários do SUS, pela promoção de ações de saúde pública assistencial e atender de modo amplificado os usuários, mediante prestação de serviços especializados e hospitalares, assegurando os princípios da universalidade, integralidade e acessibilidade e a autonomia de gestão dos municípios (BAHIA, 2015), é elemento de divergências no âmbito da governança regional (NEVES; RIBEIRO, 2006; LIMA; VIANA, 2011).

Experiências exitosas de consórcios municipais, com a participação do estado, como indutor e ator provedor, são encontradas no cenário do SUS modificando cenários regionais, configurando-se com estratégia de contratação de recursos humanos, em especial médicos especializados (Ribeiro; Costa, 2000) e na assistência com ampliação de ações e serviços, apesar do financiamento apresentar-se como obstáculo (NEVES; RIBEIRO, 2006).

Na Bahia, as policlínicas serão construídas nas 28 regiões de saúde, com o financiamento do Estado (40%) e dos Municípios que compõe a região (60%), desse modo, para as gestoras, o consórcio pretende atenuar 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.

Diante dos relatos das gestoras, o consórcio destaca-se entre as estratégias estaduais para avanço e operacionalização da regionalização. Desse modo, torna-se válido aprofundar, em estudos posteriores, o impacto da iniciativa no cenário do sistema de saúde baiano, a sua inserção nas redes de atenção e as evidências de avanço para o SUS-BA.

Os elementos identificados correspondem às estratégias destacadas pelas gestoras nas entrevistas realizadas. Compreende-se que as mesmas ocupam espaços privilegiados para

a operacionalização do processo de regionalização no estado e expõem um investimento da gestão estadual nas questões referentes ao avanço do processo de regionalização no SUS-BA, como pode ser percebido nas iniciativas que caracterizam o estado da Bahia, como o Observatório Baiano de Regionalização; a proposta de articulação do PDR com o território identidade, abrindo espaços para a perspectiva intersetorial; as definições dos membros permanentes da CIR e a alternância das coordenações; e a definição dos consórcios em saúde.

Destaque para as estratégias que fortalecem o processo de regionalização que não estão atreladas somente ao estado, como o PMM, o SAMU, e as discussões das redes nos espaços de CIR. Nesse sentido, julga-se que ações e dispositivos nas portas de entrada definidas pelo Decreto nº 7.508/11, como a atenção básica e a atenção de urgência e emergência, foram identificadas como importantes estratégias para o fortalecimento das regiões de saúde.

Considerando as limitações do estudo, torna-se válido o aprofundamento das estratégias para a regionalização, assim como, uma atenção para a nova proposta dos consórcios, no sentido de realizar uma análise consistente do dispositivo e, assim, contribuir para o planejamento, gestão e assistência no sistema de saúde do estado.

6.3 A regionalização na saúde: avanços necessários na perspectiva de gestores estaduais

Os avanços necessários para a regionalização na saúde na Bahia configurou-se como uma categoria temática, meio aos achados da pesquisa. A categoria foi fundada a partir de quatro subtemáticas que discutem a necessidade de:

- Fortalecer a participação social na regionalização
- Fortalecer a região de saúde qualificando a Atenção Básica
- Tornar cotidiano os instrumentos de gestão estabelecidos pelo Decreto n° 7.508/11
- Angariar recursos para a regionalização na saúde

A necessidade de fortalecer a participação social na regionalização no SUS-BA

A Lei 8.142, de 1990, assegura a participação da comunidade no âmbito do SUS, preconiza as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas importantes na construção de uma gestão democrática e participativa para o sistema de saúde (BRASIL, 1990; BRASIL, 1990a).

A institucionalização da regionalização no sistema de saúde foi diretamente limitada pela ênfase na diretriz da descentralização, do intenso movimento municipalista e da organização política-administrativa do país em termos constitucionais, a autonomia dos entes federativos - União, Estados e Municípios (ALBUQUERQUE, 2015).

Possivelmente, tais aspectos contribuíram para a fragilidade na institucionalização de instâncias colegiadas de participação social ao nível regional, norteadas pela diretriz da regionalização. Nesse sentido, as gestoras baianas apontaram a escassez dos espaços de participação social que tem como referência a região de saúde e suas necessidades, bem como, o fato dos Conselhos Municipais não expandirem as discussões para além dos municípios.

Ainda não acontece, eles estão muito voltados para o município em si, e muitos deles dizem amém ao secretário o tempo todo, não percebem a saúde enquanto bloco regional, estão muito voltados para o umbigo, defendem o município, e quando defendem [...] (Dulce quando questionada sobre a participação dos conselhos municipais na região de saúde).

A pouca participação dos Conselhos Municipais na construção política de saúde, principalmente, no contexto da regionalização, foi um aspecto presente nas falas. As instâncias municipais de representação social, na sua maioria, não são protagonistas nas

decisões da política de saúde dos seus territórios. A partir das falas três características foram apontadas quando se nota a interferência das ações dos conselheiros nos sistemas locais: 1- há participação para fins e interesses partidários, segundo as colaboradoras, os Conselhos vivem e são submetidos aos interesses político-partidários; 2- há participação dos Conselhos, de modo mais efetivo, nas cidades com maior desenvolvimento econômico e social da região, no caso, os municípios sedes; 3- há participação efetiva quando os Conselheiros possuem formação e qualificação política. Cabe destacar que essas características não são excludentes e aparecem simultaneamente em algumas realidades

Alguns municípios os Conselhos estão melhor organizados e mais atuantes e em outros não. De um modo geral eu acho que o controle social tem muito o que avançar. Dentro dos próprios conselhos, dentro da minha visão, da minha região, eu acho que tem muito o que avançar, porque, como eu te falei, alguns municípios, os municípios maiores têm uma facilidade, os conselhos estão melhor organizados, estão mais atuantes. O município com população menor, eles já têm um grau de dificuldade maior para está organizando os conselhos. Aí tem uma série de coisas que interferem dentro do controle social. Em relação a isso, eu acho que seria atores importantes para está participando das discussões das políticas. O que eu vejo, quando alguns desses temas chegam para o conselho discutir, já é no sentido de está aprovando ou não, já uma proposta previamente estabelecida, pelo município, seja formulado pelo próprio município ou que já vem de um nível federal ou estadual para o Conselho. O Conselheiro recebe aquilo ali e ele vai apenas discutir, aprovar ou não, agora contribuir na formulação da política, que eu acho que seria um avanço para o controle social, eu acho que ainda não, que ainda falta, eu acho que é importante isso (Maria Felipa).

- Têm alguns municípios que respeitam e colaboram, mas têm outros que manipulam e alienam de uma forma que eles não são Conselhos, eles são mais uma ferramenta de... (pausa)

- Manobra?

- Uma ferramenta de manobra, isso, uma ferramenta de manobra (Joana Angélica).

Em relação à participação dos Conselhos Municipais no acompanhamento dos instrumentos de gestão da regionalização, algumas entrevistadas relataram não ter acesso a essa informação e outras destacaram que os Conselhos podem ter acesso, mas não se percebeu essa procura e participação.

A participação dos cidadãos e representantes nos espaços de Conselhos e Conferências Municipais e Estaduais acompanham o movimento de centralização e descentralização da atuação e organização de forças sindicais e trabalhadoras, ou seja, se o padrão for descentralizado, há participação capilarizada pelo território do ente federado e há maior participação nos municípios, caso seja centralizada, a participação concentra-se nos grandes centros urbanos (CORTES, 2002).

Nesse sentido, a partir dos espaços de interlocução, identificou-se que no estado baiano há uma tentativa de participação mais efetiva do Conselho Estadual de Saúde (CES-BA). No tocante ao processo de regionalização, principalmente, as decisões da gestão estadual frente à participação do controle social nas mudanças administrativas, o CES-BA atuou de modo enérgico.

A Bahia viveu, no ano de 2015, um cenário conflituoso em relação às mudanças feitas pelo estado no âmbito da descentralização administrativa da Sesab, caracterizada pela extinção das Dires e definição dos NRS. A redução das unidades administrativas acarretou em mudanças no quadro de servidores e movimentos foram instaurados no sentido de questionar a decisão do estado, a não participação social na proposta e modo de operar o processo de regionalização.

No espaço da Conferência Estadual de Saúde, os discursos abarcaram a temática da regionalização, com foco em duas estratégias estaduais, a conformação dos NRS e os consórcios em saúde. Questionou-se nos espaços as decisões desarticuladas do controle social, bem como a ênfase dos consórcios para a construção de policlínicas, reduzindo a regionalização para este aspecto.

Ficou evidente, nesse espaço de interlocução, que os consórcios são as principais apostas do estado, de modo que, quando questionado sobre a regionalização, o Secretário Estadual destacou a implementação das policlínicas, assim como as gestoras entrevistadas relataram. Diante dessa realidade, indagações foram levantadas, por servidores, usuários e gestores, no espaço da conferência acerca do modelo de consórcio defendido servir de cenário para o fortalecimento das Organizações Sociais no SUS-BA.

O CES-BA protagonizou os relatos das entrevistadas quando questionadas sobre a participação social no processo de regionalização. Esse Conselho iniciou um movimento, junto às regiões e aos Conselhos Municipais de Saúde, 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.

O Conselho Estadual de Saúde, ele inclusive, publicou uma resolução para fazer encontros regionais de saúde, para discutir a regionalização no estado, um pouco por conta da extinção. É que antigamente funcionava as Dires, cada região de saúde tinha uma diretoria e aí foram extintas e foram

agregadas aos NRS, funcionando com Bases, mas que ordenada por essa NRS, um pouco mais na perspectiva da extinção. Mas que durante o processo, após a reunião na segunda Região, o segundo encontro, a discussão foi ficando mais qualificada, para o foco mesmo da regionalização (Mãe Stella).

Os relatos das entrevistadas, a respeito da participação social no processo de regionalização, indicam a necessidade de fortalecimento dessa participação, ainda notada como pouco efetiva, principalmente no âmbito municipal; apesar das mesmas acreditarem que as discussões e deliberações dos Conselhos Municipais fundamentam as decisões dos gestores nos espaços dos Comissões Intergestores Regionais.

Percebeu-se que não há uma participação efetiva dos Conselhos Municipais e Estadual na construção das propostas estaduais, como notado nas seguintes experiências: a já citada mudança para os NRS, os consórcios e as discussões de revisão do Plano Diretor de Regionalização, importante instrumento para o processo. Desse modo, questiona-se a abertura da gestão estadual para uma gestão democrática de efetiva participação social.

Sabe-se que o posicionamento da gestão é um importante fator para a participação social (CORTES, 2002). A partir dessa perspectiva indica-se a necessidade da gestão estadual avançar na relação com as instâncias de controle social, por meio do fortalecimento dos espaços de negociação e de formação política dos Conselheiros, com o intuito de avançar com a regionalização na saúde no estado.

A necessidade de fortalecer a região de saúde qualificando a Atenção Básica

A Atenção Básica (AB) surge enquanto espaço de ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura, que possibilita a reflexão de novas práticas do cuidado em saúde; considera a noção de vínculo e a aproximação com o contexto de vida dos usuários, parte integrante dos processos de saúde e doença (STARFIELD, 2002; CORBO; MAROSINI, 2005). Definida como ordenadora do cuidado e das redes de atenção, a estratégia é uma das portas de entrada do SUS, devido às ações no âmbito individual e coletivo (BRASIL, 2012).

Sabe-se que os sistemas de saúde com forte orientação na atenção básica são sistemas mais eficientes, equitativos, efetivos e de maior qualidade (MENDES, 2010), consequentemente, qualificar as ações na atenção básica configura-se como um investimento nas práticas de saúde para ofertar um serviço resolutivo.

Partindo dessas premissas e da compreensão que as redes de atenção não avançam sem a regionalização (SANTOS, 2012), as entrevistadas sinalizaram que, para o estado prosperar no âmbito da regionalização e na conformação das redes de atenção, faz-se necessário qualificar a atenção básica nos municípios. Essa qualificação envolve os seguintes aspectos: profissional, garantindo a permanência dos profissionais nas regiões, fortalecendo os vínculos de trabalho; técnico, abarcando a qualificação dos profissionais e gestores envolvidos no município; e de gestão, identificando os reais interesses do gestor municipal para o avanço da atenção básica em cada município.

As interlocutoras afirmaram a mudança no cenário de fixação profissional da saúde na região após o Programa Mais Médicos, mas destacaram a intensa rotatividade profissional das enfermeiras e dos gestores das Secretarias Municipais, bem como, a carência de cirurgião-dentista nas localidades mais distantes.

A gente vê que a gente treina o município, passa o ano inteiro fazendo treinamento com o município, quando a gente vê no próximo ano, até dentro do ano mesmo, naquele município ele já foi demitido por questões políticas, e aí saí do município vai para outro. Quando está dentro da região a gente aproveita, mas quando não está, torna vim treinar, capacitando. Tem tido um gasto enorme com relação a isso (Maria Quitéria).

Como exemplo da rotatividade, as atividades de educação em serviço desenvolvidas pelo estado, por meio dos NRS, em muitas situações precisaram ser reproduzidas em curtos espaços de tempo, devido à intensa rotatividade profissional nas regiões. Outro aspecto identificado, a frágil qualificação técnica dos profissionais e gestores que desenvolvem funções na atenção básica, resultou em experiências que interferiram diretamente na rede de atenção.

Se teve um fortalecimento da AB, mas não avançou no apoio diagnóstico, vamos colocar essa palavra. Só que agora, mesmo com o PMM, todo o avanço que está tendo na AB a gente ainda consegue diagnosticar, ver dados verídicos da fragilidade da AB, digo isso com base. Tive aqui, mês passado, 3 municípios da região, próximos que mandaram para cá, para sede, sem regulação, não passou pelo nada, e era retirada de sonda, sonda vesical, ação que pode ser realizada pela AB. Então a gente tenta trazer isso, qual a responsabilidade de cada ente dentro daquele rede para não fragilizar. Quando ele manda para cá, ocupa um leito pra tirar uma sonda. Aí eu ligo pra secretaria: Secretaria, não tem nenhuma enfermeira que possa tirar essa sonda? Qual é o caso? A gente vê que não é nenhum caso grave que a gente veja que não tem necessidade de intervenção hospitalar, a gente está perdendo o leito, então a gente tenta fazer essa sensibilização (Amélia).

Para as colaboradoras, devido à frágil 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.

O grande problema é que a gente não tem uma, ainda, uma AB fortalecida. A gente fala do processo de deslocamento, mas se tiver uma AB fortalecida nos municípios, você não precisa de tantos deslocamentos para ações que são primárias que poderiam ser resolvidas, isso gera um problema mais sério. Eu vou fazer um arroteio e você vai entender. Então, o Hospital deveria atender as questões mais graves, como traumas, derrame e algo de maiores complexidades. O que acontece? Os municípios demandam ações de AB para o hospital, que é a referência da região, e essas pessoas que vem pra cá por conta da superlotação do hospital, precisam ser deslocadas para capital. Então todo esse processo de deslocamento, ele é de uma certa forma, acaba sendo desorganizado (Dulce).

Identificou-se também, segundo os relatos, que os municípios dentro de uma mesma região apresentam disparidades na cobertura da atenção básica, e em muitos casos, a cobertura não repercute nos indicadores epidemiológicos municipais.

Os obstáculos da AB foram discutidos por Giovanella (2014), a partir de um artigo produzido sobre os dados do Programa de Melhoria e Avaliação da Qualidade – Atenção Básica. Dentre os aspectos, a autora citou as dificuldades: do acolhimento nas equipes, das programações de ações e acompanhamento de pessoas com doenças crônicas, da ordenação do cuidado nas redes de atenção.

Nessa produção, chama a atenção o pensamento lógico feito pela autora durante a análise: há uma “equação a ser solucionada” entre os obstáculos identificados que não condizem com a proposta da atuação da AB. Na realidade do estado, esta equação ode ser entendida, como indicado nas falas das gestoras baianas, avançar na regionalização está em descompasso com realidade da rotatividade profissional, da desqualificação para o cuidado e da não compreensão da atenção básica como espaço potente para o sistema de saúde.

Diante da sinalização de que a AB ainda não está empoderada e organizada para assumir seu papel de ordenadora do cuidado nas redes de atenção (MAGALHÃES JÚNIOR; PINTO, 2015), nota-se que o fortalecimento da Atenção Básica configura-se como um avanço necessário para a regionalização e, para isso, a discussão e o comprometimento dos entes torna-se indispensável.

A necessidade de tornar cotidiano os instrumentos de gestão estabelecidos pelo Decreto nº 7.508/11

O Decreto nº 7.508/11 atualmente protagoniza o cenário da política de saúde, no tocante a regionalização. O documento dispõe acerca das condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços (BRASIL, 2011). O diploma normativo reafirma o compromisso com a diretriz da regionalização, as conformações das redes regionalizadas de assistência à saúde, os colegiados intergestores e destaca os instrumentos de gestão.

Desse modo, a subtemática contempla os aspectos referentes ao uso dos instrumentos de gestão instituídos pelo Decreto e atenta-se para o uso dos instrumentos ainda vigentes na realidade dos estados, como o PDR, o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI), presentes no processo de regionalização desde a publicação das Normas Operacionais de Assistência a Saúde (2001/2002).

Segundo as entrevistadas, o estado propôs a revisão do PDR, para a reavaliação das regiões de saúde e a articulação com a proposta de território identidade, que já embasa outras ações da gestão estadual. A PPI e o PDI destacaram-se nas falas como instrumentos pouco visitados e defasados para a realidade das regiões de saúde. Constatou-se que não há uma discussão aprofundada sobre a PPI e o PDI, mesmo as gestoras indicando a necessidade urgente da revisão destes documentos.

A proposta do Decreto nº 7.508/11 envolve a institucionalização da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS), importante instrumento de gestão que contempla as pactuações interfederativas no âmbito físico e financeiro das ações e dos serviços de saúde. O estado da Bahia não dispõe do instrumento no cotidiano do planejamento e da gestão no processo de regionalização. Essa mesma condição aplica-se ao Coap, a Renases e ao Mapa de Saúde, como está compreendido no Decreto. No entanto, algumas regiões sinalizam discussões internas sobre os instrumentos não existentes no estado da Bahia.

- No que se refere ao Mapa da Saúde Regional, a RENASES, a RENAME, PGASS e ao COAP, estes instrumentos foram elaborados e instituídos na sua região?

- Não! A gente começou o processo de discussão, mas não avançou, eu acho que até a nível nacional o COAP foi meio que escateado, deixaram de lado. A gente começou a dialogar, começamos a discutir com os secretários, mas de uma certa forma parou um pouco, não avançou no processo de discussão (Dulce).

Segundo as entrevistadas, a discussão para a implantação desses instrumentos de gestão foi realizada, após implantação da CIR, no período de publicação do Decreto nº 7.508/11, mas, limitou-se ao período e ao posicionamento dos entes envolvidos. Cabe destacar que o estado se alinhou à decisão do Conass em relação a não assinatura do Coap. Dos instrumentos citados pelo Decreto, apenas a 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 (IANNI et al., 2012; ALBUQUERQUE, 2013). A cada publicação de um novo diploma normativo nesse âmbito (Pacto pela Saúde/2006, Decreto nº 7.508/11), o Ministério da Saúde reafirmava o compromisso e a importância dos entes federados utilizá-los no cotidiano da gestão do sistema de saúde.

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 no estado (JESUS; TEXEIRA, 2010), aponta-se que o cenário baiano apresenta indicativos da fragilização do uso dos instrumentos de planejamento e gestão definidos pelo Decreto nº 7.508/11.

Planejar envolve o exercício da gestão, pois é compreendida como “um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas” (TEXEIRA, 2010, p.17).

Superar o desafio dos processos e instrumentos de gestão requer inovação (TAMAKI et al, 2012), nesse sentido, o estudo ressalta a necessidade de inovar e tornar cotidiano o uso dos instrumentos de gestão, respeitando as limitações do estado e das regiões de saúde, exercitando a capacidade da gestão para o planejamento e superação das dificuldades do sistema de saúde baiano.

A necessidade de angariar recursos para a regionalização

Os “espaços de interlocução” possibilitaram identificar dois componentes que interferem no avanço da regionalização no estado. O primeiro remeteu-se a necessidade de novas contratações, a nível estadual, para trabalhar nas regiões de saúde, pois, segundo as entrevistadas, os NRS estão com as equipes desfalcadas para o trabalho exigido do núcleo.

Tenho, no núcleo regional, nós estamos com uma situação que requer um estudo rápido, não tivemos concursos ultimamente, e todos os servidores, o que tem menos tempo de serviço tem 26 anos, 27 anos. Só no ano passado foram 13 aposentadorias, 13, e esse ano mais 15 aposentadorias e essas 28 pessoas foram substituídas por quem? Por ninguém (Joana Angélica).

O segundo componente, destaque nos relatos, referiu-se à falta de recurso financeiro para o desenvolvimento das redes de atenção à saúde e, conseqüentemente, para o comprometimento dos entes federados no processo de regionalização. A queixa atravessa os espaços colegiados de gestores municipais e estaduais em relação as dificuldades das ações e serviços da Atenção Básica, Atenção Especializada e Hospitalar.

Acompanhando essa perspectiva, a literatura destaca as dificuldades e a complexidade dos recursos destinados ao bloco de financiamento de média e alta complexidade, com ênfase para o defasado repasse federal (VIANA; SANTOS, 2014).

Eu acho que está se vivendo um momento tão complicado financeiramente que está dificultando tudo. Todas essas políticas que estão sendo criadas e implantadas e pensadas, precisam de recursos, como hoje os recursos estão difíceis, com alguma dificuldade de recurso, a gente não está conseguindo executar essas políticas, fazer essas políticas funcionarem, por conta dessas dificuldades (Ana Marcela quando questionada sobre as dificuldades do processo de regionalização).

A falta de recurso foi recorrente na realidade das regiões de saúde que detém o maior número de municípios de pequeno porte e que não se mantem com a própria arrecadação. Na Bahia, dos 417 municípios 79 gestão plena municipal. Entendeu-se que muitos municípios estão 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.

Algumas regiões mais complicadas, outras menos, mas sempre há conflitos e muito conflito relacionado ao financiamento. Quando você coloca o financiamento, uma discussão, inclusive, imobilizante, não se consegue discutir nada de organização, de qualificação do serviço quando o financiamento está no foco (Edileuza).

O conflito por financiamento pode ser característica herdada do processo de descentralização, que reduziu a autonomia municipal, visto que, o município operacionalizou suas ações a partir das induções financeiras federais, caracterizando assim, a descentralização apenas enquanto um processo efetivo de alocação de recursos (FLEYRI et al, 2010).

O modelo brasileiro de descentralização centralizador indicam que, historicamente, as transferências financeiras não foram orientadas para a redução da desigualdade, destacando o

fato da grande parte do financiamento ainda ter permanecido concentrado na esfera federal, causando certa dependência dos governos locais para o desenvolvimento das políticas públicas; assim como, a defasagem na partilha fiscal entre os entes federados (ARRETCHE; MARQUES, 2007; LIMA, 2008; D'ÁVILA; LIMA; OLIVEIRA, 2002).

A estratégia da descentralização serviu como via para a redução da responsabilidade do poder central, afastando-se de uma ênfase na garantia de direitos, pouco influenciada por mecanismos de cooperação intergovernamental, desse modo, se avançou nas vertentes políticas e administrativas, mas caminhou a passos mais lentos no fator financiamento (LEVI; SCATENA; 2011) .

No contexto da regionalização, compreendendo seu desafio de lidar com as iniquidades regionais, sabe-se que o processo exige base financeira para a implantação das estratégias para seu avanço, no entanto, não se tem garantido “base de referencia adequada para mensurar a magnitude dos recursos destinados á regionalização, bem como os seus efeitos no setor saúde” (LEVI; SCATENA; 2011. p. 116).

Em uma análise recente (VIANA; BRITO; SANTOS, 2014) sobre o financiamento da política de saúde no Brasil, argumenta-se que, de modo geral, há insuficiência dos recursos que estão sendo alocados na saúde na esfera Federal; destacando que, a Emenda Constitucional (EC)/29 e a criação das emendas impositivas, piorou o quadro de financiamento na assistência à saúde.

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 municípios⁴⁰. Nesse sentido, compreende-se que os espaços de pactuação entre os entes, principalmente as relações entre os estados e municípios, concretiza-se como o modo viável de oportunidade de avanço para o cenário das regiões, já que a região não dispõe de recurso garantido em Lei.

Como principais estratégias regionais de alocação de recurso, no tocante a alocação de recurso financeiro estadual, tomando a região de saúde como referência, as gestoras remeteram-se aos recursos destinados aos NRS para manutenção das suas atividades administrativas e de educação permanente em saúde; e aos consórcios de saúde, com a participação financeira de estado e municípios. Outras políticas de alocação de recursos voltadas para as necessidades das regiões, que envolva o espaço programático-assistencial, não foram citadas ou identificadas.

Assim, o estudo reconhece suas limitações para aprofundar na participação do ente estadual no recurso destinado ao processo de regionalização na Bahia, mas sinaliza a necessidade de avanço na discussão da temática e obtenção de recursos, seja financeiro ou recursos humanos, para o progresso do cenário estadual.

As considerações tecidas nas discussões partiram dos espaços de interlocução e representam as experiências imbuídas dos sentidos e significados percebidos no relato das gestoras. A construção dessas percepções foi compreendida de modo coletivo, visto que os avanços sinalizados como importantes para o processo de regionalização na Bahia foram identificados no material colhido no cenário baiano.

Cabe destacar que 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 e com o compromisso constitucional da saúde enquanto direito.

Reafirma-se a importância da participação social para garantia de um sistema de gestão democrática; da garantia do uso dos instrumentos de gestão de modo significativo e transparente para os atores envolvidos; do cuidado e comprometimento da gestão municipal e estadual com a Atenção Básica, visto a sua importância fundamental para os sistemas universais e de qualidade; e da atenção e ampliação dos recursos destinados processo de regionalização, posto que, principalmente, a limitação do recurso financeiro configura-se como uma fragilidade do sistema de saúde.

6.4 Técnica de Conferência de Consenso e Regionalização na Saúde: Uma perspectiva metodológica para a pesquisa

A Técnica de Conferência de Consenso caracteriza-se como um método misto, que relaciona a técnica Delphi e a técnica “comitê tradicional”, as técnicas trabalham com a premissa de um conhecimento construído a partir de um consenso entre experts/comitê de especialistas para julgamento.

A técnica Delphi, criada na década de 50 nos Estados Unidos da América, viabiliza a construção de um instrumento para contextos com temas/problemas complexos, utilizada, inicialmente, como ferramenta para previsão tecnológica baseada na discussão de uma dada temática com especialistas da área⁵.

Para Listone e colaboradores (2002), a técnica organiza pontos e esclarece dúvidas, caracterizando-se como importante método para a comunicação em pesquisas de diversos campos, com destaque para gestores e formuladores de políticas. Neste sentido, Taroffe (2002) destaca a Policy Delphi, uma variação da técnica que permite ao grupo de especialistas analisar questões políticas extrapolando a ênfase no consenso. A abordagem possibilita correlacionar as informações, explorar as divergências e avaliar diversas concepções, distanciando das críticas vinculadas a técnica Delphi com ênfase apenas no consenso.

A elaboração de um instrumento via consenso, de acordo a técnica Delphi, exige que o pesquisador ou grupo de pesquisa envie, por escrito (on-line ou não,) o material para ser avaliado individualmente por especialistas na temática (PEREZ ANDRES, 2000), em diversas rodadas (máximo 5 rounds), permitindo assim a exploração da temática, a partir da colaboração dos especialistas.

Assim, o roteiro para a técnica segue alguns passos importantes após a elaboração do instrumento: o comitê de especialistas avalia o material enviado, cuidadosamente construído acerca de um objeto de estudo, atribui notas e observações, e retorna o material para o pesquisador ou grupo de pesquisa, que trata os dados, utilizando os marcadores para a definição do que é consenso ou não (recursos estatísticos como média e/ou desvio padrão); em seguida, o pesquisador considera as contribuições para o material, reformula e o envia novamente o questionário para o mesmo grupo, respeitando o mesmo processo, até que se

alcance o consenso, obedecendo as características da técnica, que são o anonimato em cada avaliação, a avaliação estatística em cada rodada e o feedback das etapas (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

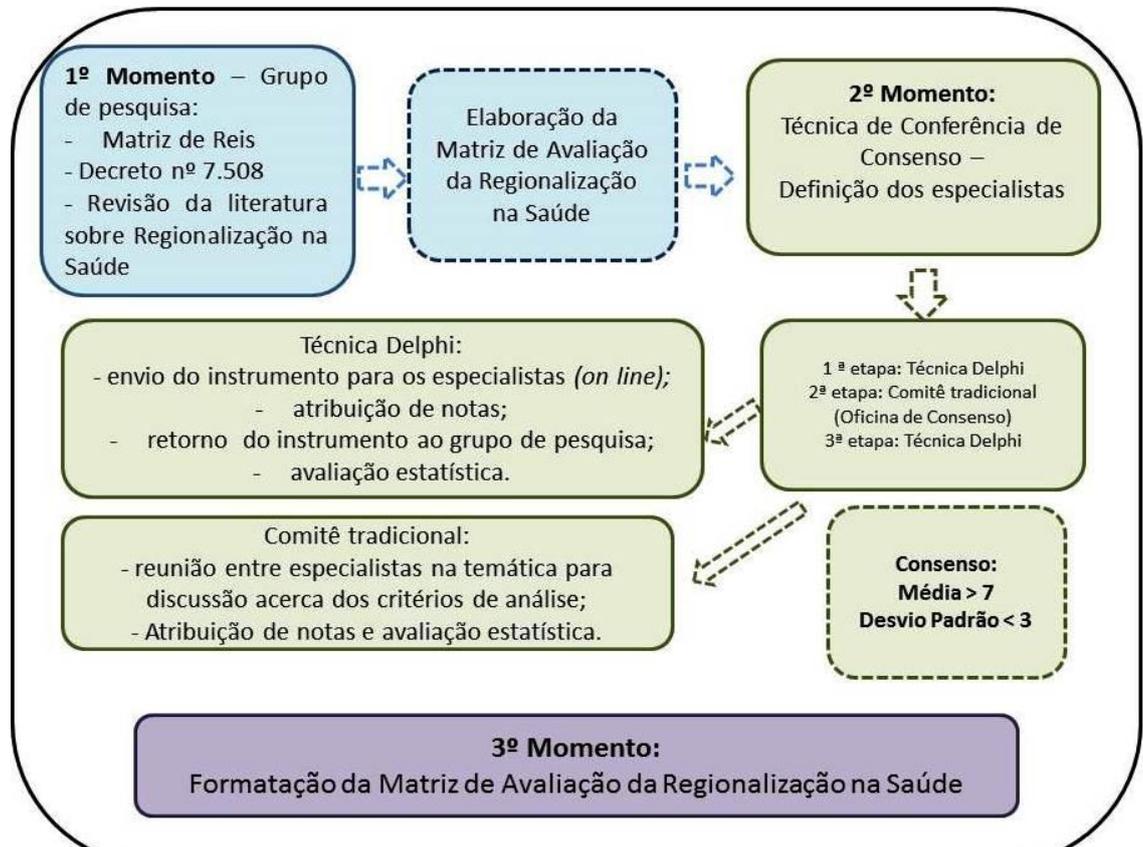
O “comitê tradicional” consiste no debate entre especialistas sobre determinado tema, possibilitando um espaço de discussão, sugestões, julgamentos, trocas de ideias e confronto de opiniões, contribuindo assim, na construção e definição de critérios e indicadores para um instrumento de análise ou avaliação (SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005). A Técnica de Conferência de Consenso, adotada nesse estudo para a elaboração da matriz, pautou-se na combinação das duas técnicas apresentadas acima, acrescentado ao “comitê tradicional” a atribuição de notas por cada especialista, que será descrito a seguir.

A opção pela combinação está referenciada pelo estudo de Boukdedid (2011), que destaca a alternativa de encontros face a face, no sentido de potencializar o desenvolvimento da técnica Delphi; por Souza, Silva e Hartz (2005), que utilizaram a combinação no contexto de uma pesquisa sobre o processo de descentralização da atenção à saúde no estado da Bahia; e estreitamente sintoniza com o estudo de Reis (2010), sobre gestores e regionalização, realizado no estado de Pernambuco.

O embasamento para a construção da MARS

Na formulação da MARS, a 1ª e 3ª etapas do consenso foram referenciadas pela técnica Delphi e a 2ª etapa do processo, pelo “comitê tradicional”, um modo de grupo de consenso, nomeado na pesquisa de oficina de consenso (Figura 8). Para a análise das três etapas e definição de consenso foram utilizados cálculos da estatística básica - a atribuição de média e desvio padrão em cada critério avaliado.

Figura 8- Ilustração dos três momentos para elaboração da MARS



Fonte: Elaboração da autora.

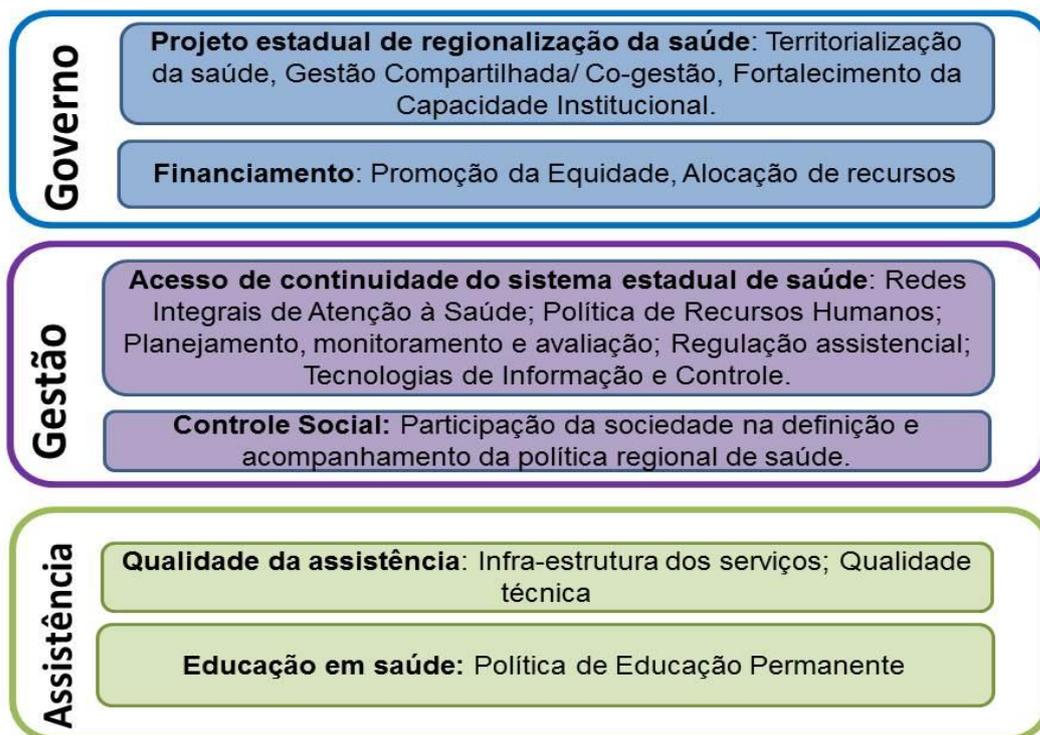
A MARS foi elaborada a partir da Matriz de Reis, que corresponde a sistematização do modelo teórico-lógico da regionalização da assistência à saúde, desenvolvido a partir dos documentos normativos do SUS e da literatura especializada da área (REIS, 2010). A Matriz de Reis (MR) foi produzida com o intuito de identificar os consensos acerca do papel do gestor estadual na condução da política de regionalização e referenciar pesquisas sobre a temática no âmbito do SUS (REIS et al, 2010).

O modelo teórico-lógico elaborado foi construído em duas etapas: a primeira vinculada à elaboração do modelo e da matriz, e a segunda etapa correspondente ao consenso entre especialistas das áreas de: gestão e planejamento, da regulação da assistência, da descentralização e da regionalização em saúde. A metodologia, baseada na análise de consenso, compreendeu submeter a matriz ao seguinte processo: a definição de uma imagem-

objetivo da regionalização da saúde; a elaboração de dimensões, critérios e indicadores para a avaliação da regionalização; e a avaliação dos especialistas (SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005).

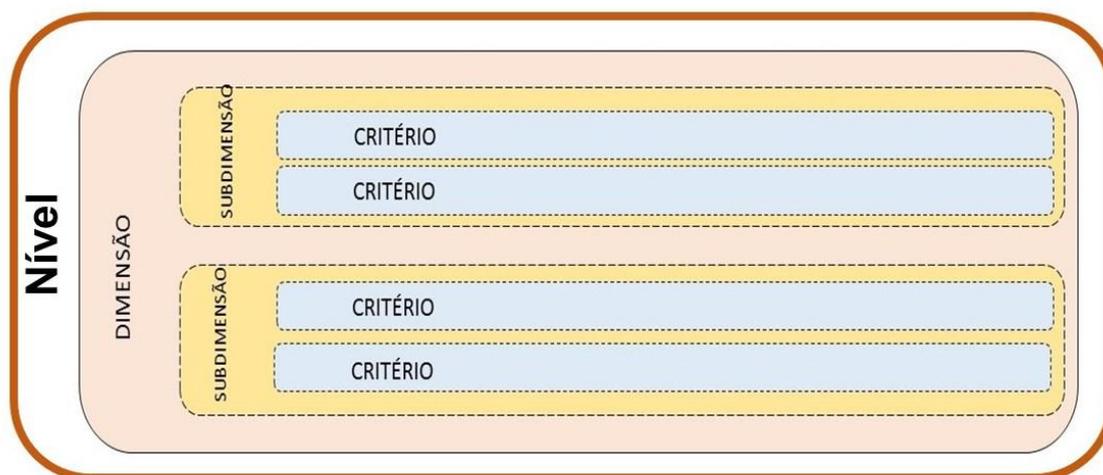
O modelo-lógico da regionalização da assistência à saúde foi organizado a partir de três níveis de análise, sendo: o nível governo, com aspectos de caráter mais político; o nível gestão, abrangendo funções gerenciais relativa a organização do acesso e continuidade da assistência; e o nível assistência, com aspectos técnicos e estruturais da rede de atenção à saúde vinculada à qualidade da assistência(Figura 9). Os níveis se desdobram em 6 dimensões, 14 subdimensões e 83 critérios de análise. Abaixo uma figura que representa a organização da Matriz e Reis (Figura 10).

Figura 9 - Níveis de análise (Nível, Dimensão e Sudimensão) da Matriz de Reis que embasam a MARS.



Fonte: REIS, 2010.

Figura 10 - Representação da organização da Matriz de Reis.



Fonte: Elaborada pela autora

A MR foi produzida em 2010, anterior a publicação do Decreto nº 7.508/11, atual diploma normativo utilizado no processo da regionalização. Nesse sentido, para fins do projeto, a matriz passou por alterações para atualizar o instrumento e contextualizar ao cenário atual.

Assim, após discussões e reuniões entre os pesquisadores do grupo de pesquisa Economia Política da Saúde, a respeito da literatura e do atual diploma normativo no âmbito da regionalização, foram acrescentadas as contribuições do Decreto à Matriz de Reis. O resultado do referido ajuste gerou uma nova matriz, referenciada nesse estudo como: Matriz de Avaliação da Regionalização na Saúde. Para validação da MARS optou-se pela Técnica de Conferência de Consenso.

O traçado metodológico para a MARS

Para elaboração da MARS ocorreu, em um primeiro momento, uma oficina com o grupo de pesquisa, composto por pesquisadores, professores, mestrandos e graduandos vinculados a UFPE e ao Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FioCruz. Apresentou-se a

Matriz de Reis ao grupo e destacou-se a sua importância no contexto da pesquisa. Nesse mesmo encontro foram disponibilizados materiais referentes ao processo de regionalização na saúde, com destaque para o Decreto, assim como, a bibliografia referente à MR.

Após a apropriação do grupo em relação ao tema, foi realizada uma segunda oficina com o intuito de discutir a Matriz de Reis e as possíveis modificações baseadas no Decreto nº 7.508/11. Nesse encontro, foram formados três grupos de participantes, obedecendo a divisão da Matriz pelos níveis: Governo, Gestão e Assistência.

Cada grupo discutiu as possíveis mudanças, acrescentou as sugestões, posteriormente, tais modificações foram estudadas e acatadas, ou não, pelo grande grupo de pesquisa. As mudanças corresponderam aos critérios para a avaliação das subdimensões; o grupo manteve as subdimensões, dimensões e níveis, de acordo a Matriz de Reis.

Posteriormente a pactuação do grande grupo, a matriz, já modificada, foi nomeada de Matriz de Avaliação da Regionalização em Saúde e reenviada para o grupo de pesquisa, para assim, ser direcionada para a próxima etapa. Foram mantidos os 3 níveis estabelecidos pela Matriz de Reis, as 6 dimensões, 14 subdimensões e pactuados 102 critérios de análise de acordo com o Decreto nº 7.508/11.

O próximo passo referiu-se ao envio da MARS para 06 avaliadores especialistas, juntamente com uma carta convite explicando o processo de avaliação, para assim, validar por meio da Técnica de Conferência de Consenso a pertinência dos critérios. Os avaliadores especialistas foram indicados pelo grupo de pesquisa, obedecendo aos seguintes critérios: 2 avaliadores com experiência como secretário de saúde (1 Pós doutor em Avaliação e 1 Doutor em Saúde Pública); 1 avaliador com experiência como gestor da atenção básica (Doutor em Saúde Pública) ; 1 avaliador com experiência no cargo de gerência regional em saúde (Doutorando em Neurociência); 1 avaliador com experiência no cargo de coordenador na área de economia da saúde (Mestre em Economia da Saúde); 1 avaliador com experiência em assessoria parlamentar em saúde (Mestre em Saúde Pública, Doutorando em Saúde Pública). Do total de avaliadores, 05 são docentes em Universidades Públicas, com inserção na graduação e pós-graduação em Saúde Coletiva.

O processo de avaliação de consenso da MARS organizou-se em três etapas: a 1ª etapa - envio da MARS para os avaliadores, via correio eletrônico. Cada avaliador analisou e

atribuiu uma pontuação de 0 a 10 para cada critério de análise. Depois de atribuída a nota, os avaliadores retornaram as matrizes para o grupo de pesquisa. Considerando a escala de 0 a 10, para cada critério, foi estabelecido o valor 7 como ponto de corte para a média, e o valor 3 para o desvio padrão.

Quadro 5 - Representação da análise do consenso a partir da média e desvio padrão.

Média > 7	Desvio < 3	CONSENSO
Média > 7	Desvio >3	DISSENSO
Média < 7	Desvio < 3	DISSENSO
Média < 7	Desvio >3	DISSENSO

Fonte: Elaborada pela própria autora.

Na 2º etapa, realizou-se uma oficina com todos os avaliadores para a discussão em grupo, com o intuito de acordar as modificações, trocar opiniões e contribuições para o consenso da MARS e atribuir notas, para assim, realizar o cálculo da média e desvio padrão, respeitando os critérios da avaliação de consenso (Quadro 5). Para a 3º etapa foi reenviado a MARS para os avaliadores, já com todas as modificações acordadas, para avaliação final com a atribuição de notas, para um novo cálculo de médias e desvio padrão. Cabe destacar que na 1ª e 3ª foi permitido que os especialistas, além das notas, atribuísem considerações, dúvidas e questões em cada critério analisado, caso avaliassem necessário, aproximando-se assim da concepção da “Delphi Policy”.

Para a primeira etapa, cada avaliador dispôs de 15 dias para retornar ao grupo de pesquisa o arquivo com a pontuação atribuída e com possíveis contribuições e questões. Em relação a oficina, a segunda etapa, priorizou-se a participação de todos os avaliadores e a colaboração dos pesquisadores do grupo de Economia Política da Saúde. Nesse segundo momento, oito pesquisadores atribuíram notas, dentre os oito, 5 pesquisadores avaliadores da primeira etapa e três pesquisadores (2 doutores e 1 mestre) da área. A terceira etapa consistiu

na adequação da matriz a partir das considerações das etapas anteriores e envio para uma nova rodada de notas aos 6 avaliadores da primeira etapa.

Os desdobramentos do traçado metodológico

Os momentos forjados pela escolha metodológica para fundamentar a concretização da MARS, fomentaram a discussão técnica sobre o tema, assim como, a troca de experiência entre os envolvidos e a possibilidade de construção de uma matriz próxima à realidade vivida no cotidiano da gestão estadual do sistema público de saúde.

Realizada a primeira rodada de notas, um critério no nível Governo apresentou a média abaixo do valor 7, as demais ficaram acima da média 7 e abaixo do valor 3 atribuído para o desvio padrão (Quadro 6). Três critérios do nível Gestão e um critério do nível Assistência não foram avaliados pelos pesquisadores, assim tais critérios foram invalidados na primeira etapa, e discutidos, analisados e pontuados na segunda etapa.

Quadro 6 – Número de critérios antes e após a 1ª etapa da Técnica de Conferência de Consenso.

1ª etapa		
Nível	1ª versão	Após a 1ª etapa
Governo	32 critérios	31 critérios
Gestão	52 critérios	52 critérios
Assistência	18 critérios	18 critérios
Total	102 critérios	101 critérios

Fonte: Elaborado pela autora.

As notas atribuídas foram muito próximas, visto que não foram descartados muitos critérios, desse modo, atentou-se para a escolha dos avaliadores especialistas, pois apesar de

ocuparem lugares distintos em atuação profissional, todos são envolvidos e compartilham o compromisso ético e político com a Saúde Pública e com a pesquisa. A partir desse destaque, em grupo discutiu-se e foi acordado manter o mesmo comitê de avaliadores, destacando o desenvolvimento da segunda e terceira etapa para garantir uma consistência no julgamento dos critérios analisados.

Para Cunha (2007), os rigores científicos e metodológicos estão entrelaçados a escolha do comitê de especialistas, compreendendo a expertise dos atores envolvidos no painel para o consenso dos critérios como marcador primordial, considerando a importância desse aspecto, a escolha do comitê para a MARS, justificou-se a partir das experiências (acadêmica e de gestão do SUS) dos avaliadores envolvidos, como já sinalizado na descrição metodológica, assim fundamentando a permanência dos avaliadores especialistas.

A primeira rodada, baseada na técnica Delphi, permitiu a aproximação entre os avaliadores e o instrumento proposto, fomentando alguns questionamentos em relação aos critérios avaliados, instigando o grupo de pesquisa a refletir sobre a objetividade do instrumento e a finalidade para o uso no cotidiano do projeto. Segundo Barrio e colaboradores (2011), o consenso baseado nesta técnica propicia a interação entre diferentes pontos de vista, além de apontar as fragilidades e potencialidades sobre a temática. A opção de acrescentar a MARS, ao lado de cada critério, um espaço para tecer observações, enriqueceu o processo, pois sinalizou as vulnerabilidades dos critérios analisados, como a redundância dos critérios, reafirmando assim, a necessidade da próxima etapa.

Nesse sentido, Dini e colaboradores (2011) destacam a importância do encontro presencial para o consenso e para a conceituação do objeto trabalhado na pesquisa, os mesmos lamentam, em estudo realizado na enfermagem, utilizando a técnica Delphi, a não realização do espaço presencial para a discussão sobre a temática que propuseram. Boulkedid (2011), em estudo sobre a construção de indicadores de saúde e o uso do método Delphi, aponta para a necessidade de alguns estudos realizarem o encontro face a face.

Cabe destacar que a pesquisa, na primeira fase, não apresentou problemas com relação ao retorno dos instrumentos enviados ao comitê avaliador. Os seis especialistas retornaram o questionário respondido, como o acordado em uma carta de apresentação enviada junto a matriz e sinalizaram o interesse em comparecer à segunda etapa da pesquisa.

Considerando tais aspectos, a segunda etapa caracterizou-se pela realização da oficina de consenso. A oficina foi um espaço forjado com o intuito de discutir, individualmente, todos os critérios de análise. O momento aconteceu em um turno, nas dependências da UFPE, e contou com a participação de integrantes do grupo de pesquisa Economia e Política da Saúde.

Participaram da discussão 5 dos avaliadores da primeira etapa e colaboradores e pesquisadores vinculados ao grupo. Destaca-se que para oficina um dos avaliadores não compareceu ao espaço, diante do fato, o grupo de pesquisa considerou a perda, mas acordou em dar continuidade ao espaço, visto que outros pesquisadores (com formação acadêmica – mestrado e doutorado na área) do grupo de pesquisa foram convidados para participar da oficina.

A oficina foi iniciada pela coordenadora do grupo, relatando o objetivo do momento e da pesquisa, lembrou as etapas necessárias para a finalização da MARS, além de contextualizar o processo de construção da matriz. Cópias da matriz foram distribuídas para os presentes, foi explicado a organização da MARS e a presença das médias em todos os critérios referentes a primeira rodada de notas. Iniciou-se a leitura dos critérios, por subdimensão, e os presentes discutiram cada critério, abordando a relevância, a escrita, a objetividade, a abrangência de cada um para o contexto da pesquisa e o objetivo da MARS.

A segunda etapa da avaliação de consenso foi um espaço importante no processo de construção da MARS, para lidar com as sugestões geradas pela primeira fase, optou-se pelo “comitê tradicional”. Foi possível, nesse momento, a discussão entre os pesquisadores sobre a finalidade do instrumento e a objetividade do mesmo para o objeto a ser estudado: o processo de regionalização da saúde, com base no atual diploma normativo.

Ao final de cada discussão, os 5 avaliadores e os 3 pesquisadores colaboradores atribuíram notas, individualmente, para cada critério. O processo repetiu-se com todos os 101 critérios da matriz. Durante a discussão pactuou-se entre os presentes a necessidade de objetivar a matriz e torná-la assertiva, sem redundâncias e repetições; segundo os avaliadores, os critérios estavam amplos e em muitos havia certa dualidade para a compreensão do critério. Desse modo, considerando as contribuições a partir da experiência e expertise dos pesquisadores presentes, a discussão de cada nível contribuiu para uma redução dos números de critérios para a MARS.

Após a finalização da oficina, as matrizes dos 8 pesquisadores já sinalizados, foram recolhidas para a tabulação das notas e cálculo da média e desvio padrão de cada critério de análise. Nessa etapa, dos 31 critérios de análise do nível Governo, apenas 8 permaneceram acima da média 7 e abaixo dos desvio padrão 3; no nível Gestão, dos 52 critérios de análise, 32 foram validados para a matriz; e no nível Assistência, dos 18 critérios, 9 continuaram na matriz (Quadro 7).

Quadro 7 – Número de critérios antes e após a 2ª etapa da Técnica de Conferência de Consenso.

Nível	2ª etapa	
	1ª etapa	Após a 2ª etapa
Governo	31 critérios	8 critérios
Gestão	52 critérios	32 critérios
Assistência	18 critérios	9 critérios
Total	101 critérios	49 critérios

Fonte: Elaborado pela autora.

A oficina de consenso permitiu a problematização da temática, da experiência cotidiana no SUS e a relevância do instrumento nesse cenário. Os pesquisadores avaliadores envolvidos na discussão fundamentavam a avaliação de cada critério com o conhecimento construído no processo de formação acadêmica e resgatavam, a todo o momento, as vivências nos cenários da do sistema de saúde.

Os exemplos das vivências em serviços de saúde e na pesquisa foram utilizados para potencializar a defesa de permanência ou não de cada critério, assim como, para reafirmar a importância dos aspectos pertinentes e indispensáveis para a pesquisa. Nesse momento, vários critérios não alcançaram a nota ou ficaram abaixo do desvio padrão, resultado da discussão de

consenso realizada na oficina; mesmo diante de alguns desacordos em relação a permanência ou não de um critério, todos os envolvidos puderam utilizar do espaço para expor a sua opinião e discuti-la com os demais.

O momento face a face destacou-se como o espaço central na estratégia metodológica, pois circunscreveu o instrumento para a pesquisa, o tornando coeso, fácil, acessível e relevante para a temática, além de contribuir para a próxima etapa baseada na técnica Delphi. Cinquenta e dois critérios foram excluídos da matriz após a etapa da oficina, apontando assim, o caráter decisivo e estratégico que o espaço assumiu na formulação do instrumento.

Jones e Hunter (1995) afirmam a limitação apontada por outros estudos, da técnica Delphi ser desenvolvida sem o momento de discussão entre os especialistas, nesse mesmo trabalho, indicam a possibilidade da técnica Delphi possibilitar este espaço, estendendo assim a análise dos julgamentos com os procedimentos estatísticos, como desenvolvido na presente pesquisa que utilizou influências da técnica Delphi e de grupos de consenso, como o comitê tradicional, e possibilitou a construção do consenso coletivo e a inserção de novos avaliadores na etapa.

O espaço também serviu como feedback para a primeira rodada de pontuação, pois viabilizou a socialização das opiniões convergentes e divergentes na rodada anterior e na própria oficina. A realização do feedback é uma característica marcante na técnica de consenso Delphi (CUNHA, 2007), no trabalho essa característica foi destaque na realização da oficina e na etapa seguinte.

Após a oficina, a MARS foi reeditada com os critérios de análise que permaneceram e reenviada para os 6 pesquisadores avaliadores da primeira rodada, com as médias e os valores dos desvios padrão de cada critério. Os avaliadores atribuíram uma nota para cada critério e a partir dessa pontuação foram calculadas novas médias e valores do desvio padrão, para cada critério. Na terceira etapa, alguns critérios não alcançaram as notas estipuladas para a avaliação do consenso, assim, 6 critérios do nível Gestão não obtiveram a pontuação necessária (Quadro 8).

Quadro 8 – Número de critérios antes e após a 3ª etapa da Técnica de Conferência de Consenso.

3ª etapa		
Nível	2ª etapa	Após a 3ª etapa
Governo	8 critérios	8 critérios
Gestão	32 critérios	26 critérios
Assistência	9 critérios	9 critérios
Total	49 critérios	43 critérios

Fonte: Elaborado pela autora.

Contrariando o que a literatura aponta (CASTRO; REZENDE, 2009) as rodadas baseadas na técnica Delphi não apresentaram perda em relação à avaliação dos especialistas e o tempo para o envio e o retorno dos questionários não foram extensos (CARDOSO, 2005), supõe-se que o número de avaliadores utilizados, a aproximação e o compromisso com a temática influenciaram para a não existência de tais dificuldades.

Ao final de todas as etapas, a matriz foi finalizada com os 3 níveis, 6 dimensões, 14 subdimensões e 43 critérios de análise. Para Scarparo e colaboradore (2012), a técnica Delphi contribui para a organização da informação altamente especializada e considera e experiência e a criatividade a partir do comitê de especialistas.

Cabe destacar, assim como aponta a literatura, que as técnicas de consenso não definem uma verdade absoluta em relação a temática, mas permitem a sistematização das informações e a potencialidade do julgamento coletivo (KUWABARA et al, 2010), assim, a pesquisa prezou pela coletividade na produção da MARS e esforçou-se para tal.

Acrescenta-se que os critérios mantidos abrangem as características compreendidas como principais no atual contexto da regionalização da atenção à saúde, aspectos necessários para a discussão do tema no contexto da pesquisa. Assim, destaca-se a Técnica de Conferência de Consenso como uma potente ferramenta metodológica para a construção de instrumentos para a temática.

A opção metodológica por uma técnica mista de consenso, baseada na técnica Delphi e no comitê tradicional, possibilitou o aprofundamento na discussão da temática e do estudo, considerando a complexidade e expansão da produção bibliográfica acerca da Regionalização na Saúde e do ente estadual nesse processo. O início da formulação do instrumento e a decisão para a formação do comitê de especialistas avaliadores, exigiu do grupo de pesquisa atenção e dedicação para a garantia das rodadas da metodologia.

Para a primeira e terceira rodada, claramente baseadas na técnica Delphi, a produção existente em relação à técnica, a objetividade e clareza do modo como a desenvolver, a possibilidade de realizar ajustes, preservando as características principais, facilitou a organização do grupo de pesquisa para as rodadas. A opção do uso do correio eletrônico favoreceu o contato com os avaliadores, bem como, o comprometimento dos mesmos em obedecer aos prazos atribuídos no grupo de pesquisa.

A escolha do encontro face a face, baseado no comitê tradicional, potencializou a produção do instrumento. As discussões oriundas desse espaço reafirmaram a importância do estudo, aproximaram a matriz do cotidiano vivido no sistema de saúde e objetivaram os critérios estipulados como indispensáveis para a discussão do tema.

A participação de pesquisadores colaboradores na segunda etapa, que não participaram da primeira e, posteriormente, da terceira rodada, realçou opiniões, fomentou produções acerca da permanência ou não dos critérios e contribuiu para definição do consenso. O modo como foi conduzido o espaço permitiu a participação de todos os envolvidos, para que não ocorresse a polarização em relação às discussões ou a prevalência de uma concepção. Notou-se que a realização da oficina foi definidor para a matriz e ao que ela se propôs no contexto da pesquisa.

A operacionalização do estudo configurou-se como agente de aprendizagem para o grupo de pesquisa, pois ficou evidente o modo como o uso da Técnica de Conferência de

Consenso mobilizou a participação dos integrantes e definiu-se como uma opção metodológica potente. Nesse sentido, a experiência forjou espaços de discussão, colocou em destaque o desenvolvimento da técnica, como exemplo, a realização de uma oficina com a temática da técnica e a articulação com o processo de regionalização na saúde, desenvolvida nas dependências da UFPE, aberta para os interessados na abordagem metodológica.

No contexto da pesquisa, a MARS serviu como embasamento para a construção de roteiros de entrevistas com gestores estaduais envolvidos no processo da regionalização na saúde nos estados estudados, inicialmente, com os estados de Pernambuco e da Bahia. A realização das entrevistas possibilitou coletar dados sobre o objeto de pesquisa e propiciou um feedback avaliativo dos entrevistados acerca do roteiro de entrevista baseado na MARS.

Os entrevistados elogiaram a abrangência do instrumento sobre a temática e a sintonia com a atual conjuntura do SUS, o avaliando positivamente. Logo, o grupo de pesquisa relaciona o feedback a estratégia metodológica desenvolvida para a construção da matriz, afirmando assim, a potencialidade da Técnica de Conferência de Consenso para a pesquisa no campo das políticas públicas de saúde, especificamente, no tocante ao processo de regionalização na saúde.

7 AS CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa propôs analisar o processo de regionalização no estado da Bahia, a partir da perspectiva da gestão estadual. Para isso, esforçou-se em revisitar a produção existente sobre a temática e construir um percurso metodológico qual abarcasse a complexidade do tema e o modo das gestoras compreenderem o processo, contemplando a experiência da gestão estadual.

Estudar a temática envolveu reconhecer os atravessamentos históricos, políticos, ideológicos e econômicos, bem como, compreender o envolvimento dos diversos atores, o objetivo e a finalidade da diretriz regionalização, da articulação com a descentralização e da importância para a política de saúde brasileira.

Após definido o recorte, a eleição da construção da MARS e o método necessário para concretização foi disparador na busca da análise da diretriz. O fato da pesquisa está vinculada ao projeto que abarca a regionalização na região nordeste, qualificou a conformação da matriz e o processo da pesquisa, principalmente, na coleta dos dados.

Elaborar a MARS exigiu o estudo sobre a metodologia adotada (TCC), sobre as experiências inspiradoras do processo (Matriz de Reis), a legislação vigente, a revisão bibliográfica da temática, além das habilidades de pactuação entre os atores envolvidos para a conformação do instrumento. Conceber uma matriz que envolvesse todas os fatores discutidos e analisados como importante para a regionalização, considerando o rol de ações da gestão estadual, foi o grande desafio para o grupo de pesquisa.

O desafio estendeu-se na elaboração de um roteiro de entrevista representativo, próximo da realidade, flexível e colaborativo para o cenário da regionalização. Nesse sentido, o objetivo foi alcançado, dado que, nas entrevistas realizadas o instrumento recebeu elogios, justamente por contemplar as dimensões entendidas no cotidiano como importantes para a regionalização e disparar sugestões e análises das próprias gestoras sobre o processo de trabalho na região de saúde.

A ida à campo e o trânsito nos espaços da Sesab, NRS e Conferência Estadual, destaque para as conversas com representações do CES-BA e COSEMS-BA, acrescentou positivamente na compreensão do cenário estadual SUS-BA. O caminho percorrido,

inicialmente da Sesab, passando pelos NRS e finalizado na Conferência instigou a ação de pesquisar e construiu na análise dos achados do campo.

A perspectiva metodológica e o embasamento teórico de concepção de ciência pautaram o traçado metodológico, a ação de entrevistar permitiu o aprofundamento do objeto de estudo na interação com o cenário da pesquisa, assim, destaca-se que as entrevistas realizadas no ambiente de trabalho, possuíram uma riqueza de detalhes e experiências em relação as realizadas fora do ambiente de trabalho. A opção metodológica e o instrumento produzido viabilizaram o contato, a sinalização dessas “impressões” e a construção coletiva ao longo da pesquisa.

A produção dos memorandos foi definidor no processo de análise para o percursos metodológico e para a análise dos achados, principalmente, para a contextualização do cenário baiano. Questionamentos foram escritos, assim como os passos dados na pesquisa e as necessidades de aprofundamento das entrevistas. O hábito de escrita e revisão dos memorando acompanhou também a produção final do trabalho.

As inferências construídas na análise dos achados, pautadas na Análise do Conteúdo, resultou em discussões pertinentes, com a singularidade do lugar e dos personagens envolvidos. Desse modo, a pesquisa assumi as limitações para uma produção generalista, mas destaca a contribuição da produção para aquele cenário, considerando que o trabalho possibilita disparar processos no estado e em outro contextos.

Partindo dessa premissa, a pesquisa pode contribuir com o traçado, assim como, os resultados colaboram e integram a produção sobre o processo de regionalização no cenário brasileiro, compondo e fortalecendo a discussão dos diversos modos de regionalização existentes no território nacional.

A análise dos dados sinaliza que a regionalização na saúde na Bahia ganhou destaque em 2015, após a publicação da Lei Estadual de Nº 13.204 de 11 de dezembro de 2014 e as conflituosas repercussões no cenário baiano. A legislação modificou a organização administrativa do estado no âmbito das regiões de saúde, substituindo as históricas 31 Dires por 9 NRS, e despertou as seguintes discussões (categorias) sobre o processo de regionalização na saúde no estado: 1- o atual processo de regionalização no estado; 2 - os

NRS e o seu papel no processo de regionalização; 3 - as estratégias estaduais no processo de regionalização; 4 - os aspectos importantes que podem contribuir para o processo.

Considerando as discussões levantadas, compreende-se que o estado da Bahia , avança no processo de regionalização na saúde, mas de modo lento e fragmentado. Avança, pois há um investimento da gestão estadual em estratégias de regionalização, como as apontadas na discussão da categoria 3.

De modo lento e fragmentados, pois necessita superar o cenário conflituoso no estado e a indefinição dos NRS, categoria 01 e 02; assim como, atentar-se para os aspectos que obstaculizam o processo de regionalização e foram indicados como avanços necessários para o estado - categoria 04. A discussão dessas categorias abarcam a compreensão dos relatos das gestoras com a condução da regionalização no estado, o cenário baiano e a articulação ao o arcabouço legal e normativo as estratégias utilizadas pela gestão.

Cabe indicar que a experiência no cenário SUS-BA necessita ser debatida e aprofundada por outros estudos, envolvendo diversos e outros atores. Nesse sentido, a partir de elementos identificados na presente pesquisa, aponta-se discussões para pesquisas futuras:

- Uma análise detalhada sobre as redes de atenção à saúde em cada região e a sua integração no SUS-BA;
- A integração dos serviços especializados e hospitalares no planejamento dos planos das redes de atenção e a figura das Organizações Sociais no processo (Como é essa relação? As gestões por Organizações Sociais participam das discussões de planejamento, gestão e oferta de ações e serviços nas regiões?);
- O aprofundamento na relação entre Sesab (nível central e seus departamentos) e as regiões de saúde, considerando os NRS e a CIR;
- A governança nas regiões, a participação dos atores e os espaços colegiados.

Concluindo, o estudo destaca a importância da diretriz para o sistema de saúde e reitera a estratégia como fundamental para a efetivação do SUS, como notado nas falas das entrevistas, nos espaços percorridos e nas reivindicações e ações que atravessaram a coleta dos dados e a revisão da literatura. Em tempo, entende-se que as considerações finais do estudo configura-se como considerações iniciais para a construção do conhecimento no campo da Saúde Coletiva.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe, p. 67-86, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122007000700005&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: setembro 2015.
- ALCOFORADO, F. O Brasil durante o Governo Itamar Franco (1993-1994). In: _____, *De Collor a FHC: o Brasil e a nova (des) ordem mundial*. São Paulo: Nobl, 1998. 35-108 p.
- ALBURQUERQUE, M.V. *O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros*. Tese.[Doutorado em Ciências] Faculdade de Medicina. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2013.
- ALBUQUERQUE, MV. MELLO, GA. IOZZI, FL. O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros. In: VIANA, ALD. LIMA, LD (org) *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2011.p. 117-172.
- ALBUQUERQUE, M.V; VIANA, A.L.d'Á. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde em Debate*. 2015. Dez;v 39, nºespecial. p 28-38.
- ANDRADE L.O.M. BARRETO, I.C.H.C, organizadores. SUS Passo a Passo: História, Regulamentação, Financiamento, Políticas Nacionais. 2. Ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- 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: Editora Fio Cruz. 2007. 173 – 204 p.
- BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Tradução Luís Antero Neto. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BASTOS, E et al. O desenvolvimento do papel de apoiador institucional em Fortaleza – Ceará. In: CAMPOS, G.W.S. GUERREIRO A.V.P (org). *Manual de Práticas da Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada*. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. 388-410.
- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Regionalização em Saúde. Disponível em: www1.saude.ba.gov.br. Acessado em: 17 de nov de 2014.
- _____. Lei Nº 13.204 de 11 Dezembro de 2014. Dispõe sobre a modificação da estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado da Bahia, Salvador, BA*. 11 de dezembro de 2014. Disponível em: http://www.egba.ba.gov.br/diario/_DODia/DO_frm0.html Acessado em e 20 de jan de 2015.
- _____, Planejamento Regional Integrado: Observatório Baiano de Regionalização. Governo do Estado da Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Salvador – BA. 2015. Disponível em < <http://www1.saude.ba.gov.br/obr/>>. Acessado em 12 de set de 2015.
- BRAGA, JCS. PAULA, SG. Crise e Reforma. In:_____, *Saúde e Previdência: Estudos de política social*. São Paulo: Cebes. HUCITEC. 1981. 195 – 207 p.
- BRANDÃO, CA. Sobre desenvolvimento, planejamento e desafios para a pactuação multiescalar no federalismo brasileiro. In: Monteiro Neto. *A. Governos estaduais no*

federalismo brasileiro: capacidades e limitações governativas em debate. Brasília: Ipea, 2014.213- p.

BRASIL. Decreto n° 7.508, de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei n° 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 de Junho de 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Decreto n° 7.508/11/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Decreto_n_7.508/11/D7508.htm). Acessado em nov 2014.

_____, Ministério da Saúde. Regulamentação da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: Decreto n° 7508, de 2011. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. *Revista Saúde Pública*, 2011. V 45. Nº 6. p 1206-7. 2011a.

_____. Constituição Federal (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acessado em nov 2014.

_____. Lei Complementar Nº 141, de 13 de Janeiro de 2012a Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n°s 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 de Janeiro de 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acessado em nov 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. – 2. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Portaria n° 2.203, de 5 de novembro de 1996. Portaria, a NOB 1/96, a qual redefina o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 05 de novembro de 1996. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/>. Acessado em nov 2014.

_____, Portaria n° 3.999, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 de fevereiro de 2006.. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/>. Acessado em nov 2014.

_____. Lei Complementar Nº 87, de 13 de setembro de 1996. Dispõe sobre o imposto dos Estados e do Distrito Federal sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação, e dá outras providências. (LEI KANDIR). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 de Setembro de 1996.. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp87.htm. Acessado em out. 2015.

_____, Lei nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, 28 de dezembro de 1990a. [acessado 2016 jan 13]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p.

_____, Ementa Constitucional Nº 86, de 17 de Março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 17 de março de 2015. Disponível em : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm. Acessado em: março 2016.

_____, Portaria Nº 1.600, de 7 de Julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 7 de julho de 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acessado em: jan 2016.

_____, Lei Nº 12.871, de 22 Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 de Outubro de 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acessado em: jan de 2016.

_____, Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial*, Brasília, 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm. Acesso em 2016 jan 13.

_____, Portaria Nº 4.279, de 30 dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) *Diário Oficial*, Brasília, 30 de setembro de 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso 2016 jan 30.

BRESSER-PEREIRA, L.C. A Reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. *Cadernos MARE da reforma do estado*. v. 1. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997. 58 p..

BRESSER-PEREIRA. Gestão do setor público: estratégia e estrutura para um novo Estado. In: BRESSER-PEREIRA, L.C. SPINK, P. *Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial*. 7ªed. Rio de Janeiro. Editora FGU, 2006. P 21-38.

BLUMER, H. A natureza do Interacionismo Simbólico. In: MORTENSEN, C.D: *Teoria da Comunicação: Textos básicos*. São Paulo: Mosaico. 1980. P. 119-137.

BLUMER, H. La posición metodológica del Interaccionismo Simbólico. In: _____, *El interaccionismo simbólico: perspectiva y método*. Barcelona: Hora, 1969. P. 1-44.

BLUMER, H. La sociedade com interacción simbólica. In: _____, *El interaccionismo simbólico: perspectiva y método*. Barcelona: Hora, 1969a. P. 59-67.

BLUMER, H. Consecuencias sociales del pensamiento de George Herbert Mead. In: _____, *El interaccionismo simbólico: perspectiva y método*. Barcelona: Hora, 1969b. P. 45-57.

BOULKEDID, R. Using and Reporting the Delphi method for Selecting Healthcare Quality Indicators. A Systematic Review. *PLoS ONE*, v.6, n.6, p. 1-9, 2011.

BRITO-SILVA, K; BEZERRA, A.F. TANAKA, O.Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2012. Abril [acessado Jan 24 2016]16(40): [pp249-260]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000014>.

BOTTI, CS et al . Regionalização dos Serviços de Saúde em Mato Grosso: um estudo de caso da implantação do Consórcio Intermunicipal de Saúde, 2000-2008. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília , v. 22, n. 3, set. 2013 . Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000300014&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 19 de jan 2016.

CAGNIN, R.F et al . A gestão macroeconômica do governo Dilma (2011 e 2012). *Novos estud. - CEBRAP*, São Paulo , n. 97, p. 169-185, Nov. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002013000300011&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 25 Out. 2015.

CARNEIRO, P.S.FOESTER, A.C. FERREIRA, B.B.B. A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação. *Saúde em Debate*. 2014. Rio de Janeiro, v. 38, N. 100, P. 57-68, Jan-Mar. 2014.

CHARMAZ K. *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed; 2009

CHERCHIGLIA, M.L; DALLARI, S.C. reforma do Estado e o setor público de saúde: governança e eficiência. *RAP*. Vol 33, n 5. 1999.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAÚDE. Revista CONASEMS Jan/Fev. 2015. Ano XI, nº 59. INSS 16799259. [entrevista].

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAÚDE. Regionalização é o caminho. *RADIS*. [entrevista concedida a DOMINGUEZ, R]. Nº 145. Out de 2014.

CORTES, S.M.V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*, Porto Alegre . 7: 18-49, June 2002 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222002000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de jan 2016.

CORBO, A.D´A; MOROSINI, M.V.G.C. Saúde da Família: História Recente da Reorganização da Atenção à Saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio,

organizador. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 159-180.

COSTA. A. M; BAHIA. L; SCHEFFER. M. Onde foi parar o sonho do SUS? *Le Monde Diplomatique Brasil*. 2013; v. 69. p30-1.

DAIN, S. Os impasses do financiamento fiscal do SUS. *Trabalho, Educação, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 623-632, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300013&lng=en&nrm=iso>. Acessado em jan. 2015.

D'ÁVILA, A.L.V. LIMA, L.D. OLIVEIRA, R.G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.7. n°3. p-493-507, 2002.

D'ÁVILA, A.L; MACHADO, C.V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v 14. N°3, p-807-817, 2009.

DOURADO, D.A; ELIAS, P.E.M. Federalismo sanitário brasileiro: perspectiva da regionalização no sistema único de saúde. *RDisan*, São Paulo v. 12, n. 3, p. 10-34 Nov.2011/Fev.2012.

FLEURY, S.; OOVERNEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. (Org.) *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23- 64.

FLEURY, S. O dilema da reforma sanitária brasileira. In: BERLINGER, G. FLEURY, S. Souza Campos, GW. *Reforma Sanitária Itália e Brasil*. Editora HUCITC. São Paulo. 1988.

FLEURY S, OOVERNEY A.S.M, KRONEMBERGER T.S, ZANI F.B. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Revista Panam Salud Publica*. 2010; v 28. N°6. p446–55.. Disponível em: <http://www.scielosp.org/>

FARR, R.M. George Herbert Mead: Filósofo e Psicólogo Social. In: ____, *As Raízes da Psicologia Social Moderna*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes; 1996, p. 79- 112. Acessado em nov de 2014.

FRANZESE, C. A administração pública em contexto de mudança. In: IBAÑEZ, ;. ELIAS, P.M; SEIXAS, P.H.D'Â (org). *Política e Gestão Pública em Saúde*. São Paulo: Editora: HUCITEC: CEALAG. 2011. 19 – 53p.

GADELHA, C.A.G; MACHADO, C.V; LIMA, L.D. BAPTISTA, T.W.F.Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento.*Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, n.6, pp. 3003-3016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600038>. Acessado em Out de 2014.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. *Divulgação em Saúde para Debate*. Out. 2014.v 51. p 30-37.

GOMES, M.H. MARTIN, D. SILVEIRA, C.Comentários pertinentes sobre usos de metodologias qualitativas em saúde coletiva. *Interface* (Botucatu) [online]. 2014, v.18, n.50,

pp. 469-477. Epub 13-Ago-2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0271>. Acessado em 12 de Nov 2014.

IANNI, AMZ et al. Metr pole e região: dilemas da pactua o da saúde. O caso da Região Metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2012, vol.28, n.5, pp. 925-934. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500011>. Acessado em 13 de Nov de 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS (IBGE). Estado da Bahia. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ba>. Acesso em 17 de nov de 2014.

JESUS, W.L.A. TEIXEIRA, C. Planejamento Estadual em Saúde: O caso da secretaria de saúde do estado da Bahia. In: Teixeira, C (organizador). *Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador> EDUFBA, 2010.p- 95-116.

KUGELMAS, E. A evolu o recente do regime federativo no Brasil. In: HOFMEISTER, W; CARNEIRO, JMB (org). *Federalismo na Alemanha e no Brasil*. São Paulo: Funda o Konrad Adenauer, Série Debates n  22, Vol. I, abril 2011. 29- 50 p.

KUSCHNIR, R; CHORNY, A. H. Redes de aten o   saúde: contextualizando o debate *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 15, n m. 5, 2010, pp. 2307-2316 Associa o Brasileira de Pós-Gradua o em Saúde Coletiva Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: http://webgiz.univertix.net/files/000275/redes,_2011.pdf. Acessado em 24 de Jan. 2016.

LAVRAS, C. C. C. . Descentraliza o, Regionaliza o e Estrutura o de Redes Regionais de Aten o   Saúde No SUS. In: IBANEZ, N; ELIAS P.E.M; SEIXAS, P. H. (Org.). *Política e Gestão Pública em Saúde*. São Paulo: HUCITEC: Cealag, 2011, p 317-331.

LEITE, V.R; LIMA, K.C; VASCONCELOS, L. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.7, pp. 1849-1856.. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700024>.> Acessado em nov. 2014.

LEVI, M.L; SCATENA, J.H. Evolu o recente do financiamento do SUS e considera es sobre o processo de regionaliza o. In: VIANA, A.L.D; Lima, L.D (organizadores). *Regionaliza o e rela es federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2011 Cap 4, 2011. 81-116.

LIMA, L. D. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. *Trab. educ. saúde* [online]. 2008, vol.6, n.3, pp. 573-598. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462008000300010> Acessado em jan. 2015.

LIMA, L.D. VIANA, AL.D. Descentraliza o, regionaliza o e instâncias intergovernamentais no Sistema  nico de Saúde. In: VIANA, A.L.D. LIMA, L.D (org) *Regionaliza o e rela es federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2011.p. 39-66.

LIMA, LD et al. Regionaliza o e acesso   saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciência e saúde coletiva* . 2012, vol.17, n.11, pp. 2881-

2892. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100005>>. Acessado em dez. 2014.

LISTONE, H.A . TUROFF, M. HELMER, O. Introducion. In:_____ (Editors). *The Delphi Method: Techniques and Applications*. 2002. 4-12p.

LISTONE, H.A . TUROFF, M. HELMER, O. General Applications. In:_____ (Editors). *The Delphi Method: Techniques and Applications*. 2002a. 69-79p.

MACHADO, V. et al. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Revista de Saúde Pública* 2011, v 45, nº 3. P. 519-28

MACHADO, C. V; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. Configuração Institucional e papel dos gestores no Sistema Único de Saúde. In: G. MATTA; A. PONTES (org), *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz. 2007, p. 139-162.

MAGALHÃES JUNIOR, H.M. PINTO, H. A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia?. *Divulgação em Saúde para Debate*. Out. v51. p 14-29.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R. Mattos RA. (organizadores). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-Abrasco, 2001. p.39-64.

MELLO, G.A; D'ÁVILA, L. Uma história de conceitos na saúde pública: Integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. *História, Ciências, Saúde* . Mangueiros, Rio de Janeiro, v.19, n.4,out-dez. 2012, p. 1219-1239.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Aug. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Jan. 2016.

MICHAELIS: moderno dicionário da língua portuguesa. Dicionário de Português on-line. Companhia Melhoramentos. 2009. Disponível em < <http://michaelis.uol.com.br/>> Acessado em 03 de set. 2015.

MINAYO, MC. *O Desafio do Conhecimento — Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 10 ed. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 2007. 406 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 17, n. 3, p. 621-626, Mar. 2012 . . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>. Acesso em 30 Ago. 2015.

MOLESINI, J. *A Reforma Sanitária na Bahia: Um Lugar na História (1987 - 1989)*. 2011. 263 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA. 2011.

MOLINA, J. et al. Programa Mais Médicos e as Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, n. 52, p. 190-201, Out 2014.

MONTEIRO NETO, A. *Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações governativas em debate*. Brasília: Ipea, 2014.213- p.

MORAIS, L; SAAD-FILHO, A. Da economia política à política econômica: o novo-desenvolvimentismo e o governo Lula. *Rev. Econ. Polit.*, São Paulo , v. 31, n. 4, p. 507-527, Dec. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31572011000400001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Set. 2015.

NEVES, L.A, RIBEIRO, J.M. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v 22. N 10. P 2207-2217, Out 2006

OLIVEIRA, G.N. *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio*. Tese. [Doutorado em Saúde Coletiva] Faculdade de Ciências Médicas. UNICAMP: Campinas, São Paulo , 2011.

ONOCKO CAMPOS, R.T; MIRANDA, L. ; GAMA, C.A.P; FERRER, AL; DIAZ, A; GOLÇALVES, L; TRAPÉ, T.L. Oficina de construção de indicadores e dispositivos de avaliação: uma nova técnica de consenso. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. UERJ. Rio de Janeiro. Ano 10, Nº 1. P. 221-241.

PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA / FIOCRUZ, 2008. 356p.

PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 29, n. 10, p. 1927-1936, Oct. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000003&lng=en&nrm=iso>. Aessado em: 07 Nov. 2015.

PEREIRA, A.M.M; LIMA, L.B; MACHADO, C.D, FREIRE, J.M.I. Descentralização e regionalização em saúde na Espanha: trajetórias, características e condicionantes. *Saúde em Debate*. 2015. v39, p 11-27.

PEREIRA JUNIOR, N; CAMPOS, G.W. S. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. *Interface* (Botucatu), Botucatu , v. 18, supl. 1, p. 895-908, 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-. Acessado em: 13 de jan 2016.

PEREZ ANDRES, C.¿Deben estar las técnicas de consenso incluídas entre las técnicas de investigación cualitativa?. *Rev. Esp. Salud Publica* [online]. 2000, vol.74, n.4, pp. 00-00. ISSN 1135-5727. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57272000000400001>. Acesso em 23 de Jul de 2015.

RIBEIRO, J.M. COSTA, N. R. Regionalização da Assistência à Saúde no Brasil: Os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS) Planejamento e Políticas Públicas Nº 22 – dez de 2000. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/84>. Acessado em 02 de fev 2016.

REIS, Y.A.C. *Consenso sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde do SUS*. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública) Recife: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, 2010.

REIS, Y.A.C; CESSÉ, E.A.P; CARVALHO, E.F. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. 2010, vol.10, suppl.1, pp. s157-s172. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000500014>. Acesso em 14 de Set de 2014.

SALLUM, J.R B. O Brasil sob Cardoso: neoliberalismo e desenvolvimentismo. *Tempo sociedade*. São Paulo , v. 11, n. 2, p. 23-47, out. 1999 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20701999000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em em 12 set. 2015.

SANTOS, L. SUS: a região de saúde é o caminho. *Boletim de Direito Municipal*. Editora NDJ: 2014.

SANTOS, L; ANDRADE, L.O.M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 16, n. 3, p. 1671-1680, Mar. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300002&lng=en&nrm=iso>. Cessado em 25 jan. 2016.

SANTOS. L, SUS: desafios político-administrativos da gestão interfederativa da saúde. Regionalizando a Descentralização. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva). Campinas: UNICAMP; 2012.

SANTOS, L; CAMPOS, G.V.S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saude soc.*, São Paulo , v. 24, n. 2, p. 438-446, jun. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-2902015000200438&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 set. 2015.

SANTOS, A.M; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Revista Saúde Pública*. 2014. v48. N°4. p622-631.

SCHEFFER, M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 31, n. 4, p. 663-666, Apr. 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000400663&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 18 de fev de 2016.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (Sesab). Planejamento Regional Integrado – Mapa de Saúde. [acessado 2015 Dez 15]. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/.

SILVA, S. F. Municipalização da Saúde. In: _____, *Municipalização da Saúde e Poder Local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: HUCITEC, 2001. 49 – 81 p.

SILVA, A.M.A; MONTEIRO NETO, A; GERARDO, J.C. Dívidas estaduais, federalismo fiscal e desigualdades regionais no Brasil: Percalços no limiar do século XXI. IN: MONTEIRO NETO, A. (org) *Governos estaduais no federalismo brasileiro : capacidades e limitações governativas em debate*. Brasília : Ipea, 2014. P. 119-144.

SILVA, E C. GOMES, M HA. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. *Saude soc.* [online]. 2013, vol.22, n.4, pp. 1106-1116. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000400013>. Acesso em 23 de set 2015

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, June 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600014&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 23 Jan. 2016.

SOUZA, R.R. O sistema público de saúde brasileiro. In: NEGRI, B. D'ÁVILA, A. N (org). *O SUS em 10 anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social*. São Paulo: Sobravimé: CEALAG, 2002. 441 – 470p. 2002

SOUZA, L.E.P.F. SILVA, L.M.V. HARTZ, Z.M.A. Conferencia de consenso sobre imagem-objeto da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z.M.A. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA/ Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. P. 65-89.

SILVA, L.M.V. (org). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA/ Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. P. 65-89.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.] Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609>. Acesso em 13 de jan de 2016.

TAMAKI, E.M; TANAKA, O.Y; FELISBERTO; E. Alves, C.K.A; DRUMOND, J.M; BEZERRA, L.C.A et al . Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2012. V 17,n 4. p839-849. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400007&lng=en. Acesso em 21 jan 2016.]

TAROZZI, M. *O que é grounded theory? Metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada nos dados*. Tradução Carmem Lussi: - Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

TEIXEIRA, C. Enfoques Teórico- Metodológicos do Planejamento em Saúde. In: _____ (organizador). *Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador> EDUFBA, 2010.p- 17-32.

TUROFF, M. The Policy Delphi. In: _____ (Editors). *The Delphi Method: Techniques and Applications*. 2002. 80-96p.

UGA, M.A; PIOLA, S.F; PORTO, S.M; VIANNA, S.M. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 2003, vol.8, n.2, pp. 417-437. Disponível. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000200008>. Acesso em 13 de Nov de 2015.

VERGOLINO, J.R.O federalismo e autonomia fiscal dos governos estaduais no brasil: notas sobre o período recente (1990-2010). In: MONTEIRO NETO. A. *Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações governativas em debate*. Brasília: Ipea, 2014.63 – 118 p.

VIANA, A.L.D. Financiamento da saúde: impasses ainda não resolvidos. *Trabalho, educação e saúde*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 599-612, 2008 Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300011&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 12 Mar. 2015.

VIANA, A.L.D. As diferentes institucionalidades da política social no Brasil no período de 1955 a 2010. In: VIANA, ALD. LIMA, LD (org) *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2011.p. 27-38.

VIANA, A.L.D. LIMA, L.D. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. In:_____, (org) *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2011.p. 11-26.

VIANA, L.B.F; BRITO, R.L; SANTOS, F.P. Financiamento e governança em saúde: um ensaio a partir do cotidiano. *Divulgação em Saúde para Debate*. Out 2014. v52. p 177-189.

VIANA, A.L.D. LIMA, L.D. (org) *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2011a.

VIEGAS, S.F; PENNA, C.M.M. Implicações da integralidade na gestão municipal em saúde. *Revista APS*. 2013 abr/jun; v 16, nº2.p 136-145.

VIEIRA, D.J. A guerra fiscal no brasil: caracterização e análise das disputas interestaduais por investimentos em período recente a partir das experiências de MG, BA, PR, PE e RJ. . In: MONTEIRO NETO. A. *Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações governativas em debate*. Brasília: Ipea, 2014.145-180 p.

VILAS-BOAS, F. Comunicado da SESAB aos servidores. Secretaria Estadual de Saúde da Bahia.[17 de janeiro de 2015] (Comunicado)Bahia: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Disponível em <http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=8925:comunicado-da-sesab-aos-servidores&catid=13:noticias&Itemid=25> Acessado em: 25 jan. 2015.

WRIGHT, J.T.C. GIOVINAZZO, R. Delphi- Uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Caderno de Pesquisa em Administração*. São Paulo. V.1, n 12, p. 55-65, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A
MATRIZ DE AVALIAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO NA SAÚDE

NÍVEL: GOVERNO

Dimensão: Projeto Estadual de regionalização na saúde

Subsimensão A: A territorialização da saúde

Critérios:

A1. Participação de todos os atores envolvidos (gestores municipais de saúde, gestores estaduais e técnicos, COSEMS) na elaboração do Plano Diretor de Regionalização e Mapa de Saúde;

A2. Pactuação dos critérios de definição das regiões de saúde (intraestaduais, interestaduais, intramunicipais e fronteiriças) em conjunto com estados e municípios sob o cronograma das Comissões Intergestores.

A3. Avaliações/ revisões periódicas do PDR;

B. Gestão compartilhada/ Co-gestão

B1. Integração dos Conselhos de Saúde no processo de planejamento ascendente e integrado, compatibilizando necessidades de saúde com recursos financeiros disponíveis;

C. Fortalecimento da capacidade institucional

C1. Desenvolvimento de projetos permanentes de capacitação em gestão pública para gestores e técnicos estaduais e municipais;

C2. Instituição de apoiadores institucionais como estratégia de fortalecimento dos processos deflagrados e da sustentabilidade do projeto de regionalização;

Financiamento

D. Promoção da equidade

D1. Pactuação dos critérios de alocação dos recursos para as regiões de saúde, com vistas à superação das desigualdades de acesso e garantia de integralidade da atenção;

E. Alocação de recursos

E1. Alocação de recursos para desenvolvimento do processo de regionalização/ estruturação das regiões de saúde e redes de atenção;

NÍVEL: GESTÃO

Dimensão: Acesso e continuidade do sistema estadual de saúde

Subdimensão F. Redes integrais de alteração à saúde

Critérios:

F1. Organização de linhas de cuidado integrais (promoção, prevenção e recuperação) que atendam as necessidades dos indivíduos no âmbito de uma Região de Saúde (ações básicas e

especializadas de saúde, apoio diagnóstico e terapêutico, medicamentos, urgências e emergências, reabilitação);

F2. Implementação de estratégias para indução e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde dos municípios;

F3. Rede de transporte sanitário articulada ao complexo regulador como instrumento de promoção da acessibilidade ao sistema de saúde (regional, macrorregional e interestadual);

F4. Pactuação das três esferas de governo quanto as redes de atenção à saúde e dos serviços especiais de acesso aberto nas respectivas regiões de saúde;

G. Política de recursos humanos

G1. Pactuação das diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde no interior do estado;

G2. Servidores contratados através de concurso público;

G3. Existência de espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional;

G4. Existência de Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos.

G5. Instituição de formas de incentivo ao cumprimento das metas de saúde e das melhorias das condições de saúde.

H. Planejamento, monitoramento e avaliação

H1. Sistematização de informações de base regional expresso via construção do Mapa da Saúde Estadual (diagnóstico da situação de saúde);

H2. Elaboração do Plano Estadual de Saúde, com foco na efetivação e sustentabilidade do projeto de regionalização da saúde;

H3. Coordenação da elaboração e implementação da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde – PGASS em conjunto com municípios;

I. Regulação assistencial

I1. Elaboração e pactuação da Política Estadual de Regulação;

I2. Implantação e operações de Complexos Reguladores regionais em conjunto com municípios;

I3. Coordenação e implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências e emergências;

I4. Organização e pactuação com os municípios do processo de referência intermunicipal da RENASES, sendo ordenado pela atenção primária, de acordo com a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde – PGASS;

I5. Implementação da contratualização dos prestadores de serviços públicos e privados, municipais e estaduais, e hospitais de ensino presentes no território;

estadual, com acompanhamento do contrato de metas conforme o COAP

I6. Coordenação da implantação dos componentes municipais do Sistema de Auditoria do SUS.

J. Tecnologia da gestão

J1. Existência de plano de informatização da rede de saúde;

J2. Implementação de tecnologias de informação e controle nas áreas de regulação, dispensação farmacêutica, atendimento e administração;

J3. Apoio à identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;

Controle Social

K. Participação da sociedade na definição e acompanhamento da política regional de saúde

K1. Implementação de ouvidorias em âmbito estadual e regional;

K2. Implementação de Conselhos gestores nas Unidades de referência sob gestão estadual;

K3. Existência de espaços regionais de controle social (Plenárias Regionais), envolvendo os diversos conselhos de saúde;

K4. Existências de processos de formação de conselheiros de saúde;

K5. Acompanhamento por parte dos Conselhos locais, regionais e Estadual dos instrumentos de planejamento regional (PDR; PDI, COAP);

NÍVEL: ASSISTÊNCIA

Dimensão: Qualidade da assistência

Subdimensão: L. Infra-estrutura dos serviços

Critérios:

L1. Pactuação na CIB de relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde em consonância com a RENASES

L2. Pactuação na CIB de relações específicas e complementares de medicamentos em consonância com a RENAME;

L3. Adequação e padronização das medicações necessárias observando as doenças e agravos que acometem a população no âmbito do SUS e “in loco” considerando a RENAME determinada pelo Ministério da Saúde;

M. Qualidade técnica

M1. Adoção de protocolos clínicos para atuação profissional

M2. Estratégias de acolhimento ao usuário implantadas nos serviços de saúde Educação em Saúde

N. Política de Educação Permanente

N1. Implementação da Política Nacional de Educação Permanente com integração dos processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos voltadas às necessidades regionais;

N2. Articulação e pactuação com o Sistema Estadual de Educação para o desenvolvimento dos processos de formação de acordo com as necessidades do SUS;

N3. Qualificação técnica dos Comissão Intergestores Regional para gestão da Política de Educação Permanente;

N4. Constituição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

APÊNDICE B**ENTREVISTA A****UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA
GRUPO DE PESQUISA ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE****Questionário****Dados sócio-demográficos**

Sexo: Masculino () Feminino ()

Faixa etária: 20-29 (); 30-39 (); 40-49 (); 50-59 (); 60-69 (); >=70 ()

Tempo que atua no SUS: _____

Tempo que atua na gestão do SUS: _____

Tempo que atua como gerente regional: _____

Formação básica (graduação): _____

Pós-graduação/Área: Sim () Não ()

Residência _____

Especialização _____

MBA _____

Mestrado _____

Doutorado _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA
GRUPO DE PESQUISA ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE

Formulário da entrevista

Dados da entrevista

Data da entrevista: _____

Entrevistador: _____

Entrevistador: _____

Qual a sua concepção sobre a regionalização da saúde?

Qual o papel da gestão estadual no processo de regionalização da saúde?

Qual a sua percepção sobre o grau de implantação da regionalização na sua região/Estado?

NÍVEL GOVERNO

Territorialização da saúde

A.1 Com relação ao PDR do Estado, quais os atores participaram da sua construção e quais critérios orientaram a definição das regiões de saúde?

Em sua opinião algum ator ficou fora do processo de elaboração do PDR?

Gestão compartilhada/ Co-gestão

Em sua opinião os conselhos municipais de saúde têm participado da construção da política de saúde?

B.5 Como você percebe a participação dos conselhos municipais ou regionais na construção da política de regionalização da saúde?

***Dica:** Caso o entrevistado se limite a resposta monossilábica, buscar os porquês.*

Fortalecimento da capacidade institucional

C.2/C.4 Que estratégias a gestão estadual de saúde tem utilizado para o fortalecimento da capacidade institucional no campo da regionalização?

Dica: capacitação em gestão pública para gestores e técnicos estaduais e municipais, apoiadores institucionais, portarias, etc...

Promoção da equidade

D.1 Existe uma política de alocação de recursos para as regiões de saúde?

(Caso sim D1) Como são definidos e pactuados os critérios de alocação de recursos para as regiões de saúde?

Alocação de recursos

E.4 Como se dá a transferência de recursos da gestão estadual para as regiões de saúde e qual a participação das gerências regionais?

NÍVEL GESTÃO

Redes integrais de atenção à saúde

F1/F2/F11 Considerando as linhas de cuidados integrais (promoção, prevenção e recuperação) que estratégias têm sido implantadas nas regiões de saúde para o fortalecimento da APS, o acesso aos serviços de média e alta complexidade e os especiais de acesso aberto?

Dica sobre serviços especiais de acesso aberto: Os centros de referência de AIDS, a saúde do trabalhador e outros que atendam necessidades específicas do cidadão objeto de serviços próprios.

Considerando as redes temáticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde *como a Rede Cegonha, a Rede de Atenção Psicossocial, a Rede para Pessoas com Deficiência*, existem planos regionais pactuados para cada rede?

F.8 Na região de saúde há rede de transporte sanitário articulada ao complexo regulador para a acessibilidade da população ao sistema de saúde regional, macro e interestadual?

Política de recursos humanos

G.1-G.5 Quais são os desafios atuais para a fixação de trabalhadores de saúde e que estratégias se mostram importantes para o enfrentamento desse problema?

Na perspectiva das regiões de saúde, existe alguma política/estratégia de fixação de profissionais de saúde?

Planejamento, monitoramento e avaliação

H. No que se refere ao Mapa da Saúde Regional, a RENASES, a RENAME e ao COAP, estes instrumentos foram elaborados e instituídos na sua região?

H.1/H.2/H.4/A.5 Considerando as atribuições da Comissão Intergestora Regional (CIR), como ocorre:

- A operacionalização de pactos referentes à RENASES e à RENAME.
- A definição de responsabilidades dos municípios e do estado na região de saúde.
- O monitoramento e avaliação do COAP.

Na existência do Mapa de Saúde: Qual a participação da região na elaboração do Mapa e a utilização deste para o planejamento dos municípios e estado?

Regulação assistencial

I. Na região de saúde foi implantado complexo regulador?

I. Caso haja complexo regulador: comente sobre a função deste na região de saúde e quais os desafios para a sua operacionalização?

***Dica para o entrevistador sobre as funções do Complexo Regulador:** a relação com os municípios, regulação da atenção pré-hospitalar às urgências e emergências, referência intermunicipal, contratualização de prestadores de serviços públicos e privados e implantação dos componentes municipais no sistema de auditoria.*

(Caso haja) Quais os tipos de procedimentos e assistência são regulados? ***Dica:** ambulatorial (exames, consultas, terapia renal), hospitalar (atenção às urgências e emergências, leitos), oncologia, UTI, CM, etc.*

Tecnologia da gestão

J. A região da saúde dispõe de sistemas informatizados a serviço da regulação, dispensação farmacêutica, atendimento, administração e identificação de usuários?

Participação da sociedade na definição e acompanhamento da política regional de saúde

K.1/K.2 Existe ouvidoria regional em sua região de saúde?

K.3 Nas unidades de saúde sob gestão estadual, os conselhos gestores estão implantados? Caso sim, estão instituídos em todas as unidades?

K.4 Existem espaços regionais de controle social, envolvendo os diversos conselhos de saúde?

Dica: Conferências de Saúde e Plenária dos Conselhos de Saúde.

K.5 Existem processos de formação de conselheiros de saúde?

Dica: cursos, oficinas de trabalho etc.

K.6 Os Conselhos locais e regionais acompanham os instrumentos de planejamento regional: PDR, PDI e COAP?

NÍVEL ASSISTÊNCIA

Qualidade técnica

M.5 Existem estratégias de acolhimento ao usuário nos serviços regionais de saúde?

Caso sim: Quais estratégias de acolhimento ao usuário foram implantadas?

Política de Educação Permanente

N.1 Considerando a implementação da Política Nacional de Educação Permanente na região de saúde, tem sido desenvolvidas estratégias de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos voltadas às necessidades regionais?

N.3 As Comissões Intergestoras Regionais participam de processos de qualificação técnica para a gestão da Política de Educação Permanente?

Existe uma comissão permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES)?

Existe uma política regional de educação permanente para os gestores, técnicos da região?

APÊNDICE C**ENTREVISTA B****UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA
GRUPO DE PESQUISA ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE****Questionário****Dados sócio-demográficos**

Sexo: Masculino () Feminino ()

Faixa etária: 20-29 (); 30-39 (); 40-49 (); 50-59 (); 60-69 (); >=70 ()

Tempo que atua no SUS: _____

Tempo que atua na gestão do SUS: _____

Tempo que atua como gerente regional: _____

Formação básica (graduação): _____

Pós-graduação/Área: Sim () Não ()

Residência _____

Especialização _____

MBA _____

Mestrado _____

Doutorado _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA
GRUPO DE PESQUISA ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE

Formulário da entrevista

Dados da entrevista

Data da entrevista: _____

Entrevistador: _____

Entrevistador: _____

Qual a sua concepção sobre a regionalização da saúde?

Qual o papel da gestão estadual no processo de regionalização da saúde?

Qual a sua percepção sobre o grau de implantação da regionalização no Estado?

NÍVEL GOVERNO

Territorialização da saúde

A.1 Com relação ao PDR do Estado, quais os atores participaram da sua construção e quais critérios orientaram a definição das regiões de saúde?

Em sua opinião algum ator ficou fora do processo de elaboração do PDR?

Gestão compartilhada/ Co-gestão

Em sua opinião os conselhos municipais de saúde têm participado da construção da política de saúde?

Dica: Caso o entrevistado se limite a resposta monossilábica, buscar os porquês.

Fortalecimento da capacidade institucional

C.2/C.4 Que estratégias a gestão estadual de saúde tem utilizado para o fortalecimento da capacidade institucional no campo da regionalização?

Dica: capacitação em gestão pública para gestores e técnicos estaduais e municipais, apoiadores institucionais, portarias, etc...

Promoção da equidade

D.1 Existe uma política de alocação de recursos para as regiões de saúde?

(Caso sim D1) Como são definidos e pactuados os critérios de alocação de recursos para as regiões de saúde?

Alocação de recursos

E.4 Como se dá a transferência de recursos da gestão estadual para as regiões de saúde e qual a participação das gerências regionais?

NÍVEL GESTÃO

Redes integrais de atenção à saúde

Considerando as redes temáticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde *como a Rede Cegonha, a Rede de Atenção Psicossocial, a Rede para Pessoas com Deficiência*, existe plano estadual pactuado para cada rede?

F.8 No Estado existe rede de transporte sanitário articulada ao complexo regulador para a acessibilidade da população ao sistema de saúde regional, macro e interestadual?

Política de recursos humanos

G.1-G.5 Quais são os desafios atuais para a fixação de trabalhadores de saúde e que estratégias se mostram importantes para o enfrentamento desse problema?

Na perspectiva das regiões de saúde, existe alguma política/estratégia de fixação de profissionais de saúde?

Planejamento, monitoramento e avaliação

H. No que se refere ao Mapa da Saúde Regional, a RENASES, a RENAME e ao COAP, estes instrumentos foram elaborados e instituídos no Estado?

H.1/H.2/H.4/A.5 Considerando as atribuições da Comissão Intergestora Bipartite (CIB), como ocorre:

- A operacionalização de pactos referentes à RENASES e à RENAME.
- A definição de responsabilidades dos municípios e do estado na região de saúde.
- O monitoramento e avaliação do COAP.

Na existência do Mapa de Saúde: Qual a participação da região na elaboração do Mapa e a utilização deste para o planejamento dos municípios e estado?

Regulação assistencial

I. No Estado foi implantado complexo regulador?

I. Caso haja complexo regulador: comente sobre a função deste e quais os desafios para a sua operacionalização?

Dica para o entrevistador sobre as funções do Complexo Regulador: a relação com os municípios, regulação da atenção pré-hospitalar às urgências e emergências, referência intermunicipal, contratualização de prestadores de serviços públicos e privados e implantação dos componentes municipais no sistema de auditoria.

(Caso haja) Quais os tipos de procedimentos e assistência são regulados? *Dica: ambulatorial (exames, consultas, terapia renal), hospitalar (atenção às urgências e emergências, leitos), oncologia, UTI, CM, etc.*

Tecnologia da gestão

J. O Estado dispõe de sistemas informatizados a serviço da regulação, dispensação farmacêutica, atendimento, administração e identificação de usuários?

Participação da sociedade na definição e acompanhamento da política regional de saúde

K.1/K.2 Existe ouvidoria na Sec. Estadual de Saúde?

K.3 Nas unidades de saúde sob gestão estadual, os conselhos gestores estão implantados? Caso sim, estão instituídos em todas as unidades?

K.4 Existem espaços de controle social, envolvendo os diversos conselhos de saúde?

Dica: Plenária dos Conselhos de Saúde.

K.5 Existem processos de formação de conselheiros de saúde?

Dica: cursos, oficinas de trabalho etc.

K.6 O Conselho Estadual de Saúde acompanha os instrumentos de planejamento: PDR, PDI e COAP?

NÍVEL ASSISTÊNCIA

Qualidade técnica

M.5 Existem estratégias de acolhimento ao usuário nos serviços estaduais de saúde?

Caso sim: Quais estratégias de acolhimento ao usuário foram implantadas?

Política de Educação Permanente

N.1 Considerando a implementação da Política Nacional de Educação Permanente na, tem sido desenvolvidas estratégias de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos voltadas às necessidades regionais?

N.3 A Comissão Intergestora Bipartite participa de processos de qualificação técnica para a gestão da Política de Educação Permanente?

Existe uma comissão permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES)?

Existe uma política estadual de educação permanente para os gestores e técnicos das regiões?

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada O ATUAL PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA, vinculado 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”, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Adriana Falangola Benjamin Bezerra (Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901– Telefone: (081) 99622571 e e-mail: afalangola@uol.com.br)

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe entrevistando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre tudo que está respondendo.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- A participação do entrevistado na pesquisa ocorrerá durante o período de janeiro de 2015 a maio de 2017.
- A pesquisa em questão traz para os participantes riscos no que se refere ao constrangimento em responder as questões abordadas. Entretanto, o entrevistado poderá a qualquer momento desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo. Trará também benefícios no momento que reconhece o ator entrevistado como protagonista do processo e considera suas contribuições para sistematização de um trabalho que poderá desencadear referências para a sua prática específica e o projeto em que está inserido. O benefício direto se dará por meio da devolutiva aos participantes acerca do estudo desenvolvido, permitindo o acesso à informação sobre o impacto na estruturação da oferta no SUS a partir de iniciativas inovadoras da gestão. Desta forma, pode-se favorecer a tomada de decisão na perspectiva da efetivação do cuidado em saúde.
- As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa por meio de gravação e entrevista, ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade do Pesquisador no endereço acima informado pelo período de 8 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Prof. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra
UFPE/DMS

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo O ATUAL PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA, vinculado 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”, como voluntário (a).

Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local /Data

Assinatura do participante

<p>Impressão digital (opcional)</p>

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE E
CARTA DE ANUÊNCIA



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Gabinete do Secretário

Salvador, 26 de março de 2015

À Universidade Federal de Pernambuco

Pelo presente, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), manifesta sua anuência ao desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado O ATUAL PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA, a ser desenvolvida no Estado, sob responsabilidade da pesquisadora Vick Brito Oliveira e orientação da Profª Drª Adriana Falangola Benjamin Bezerra, do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco.

Atenciosamente,


Dr. Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza
Assessor Especial da Secretaria da Saúde
do Estado da Bahia

APÊNDICE F

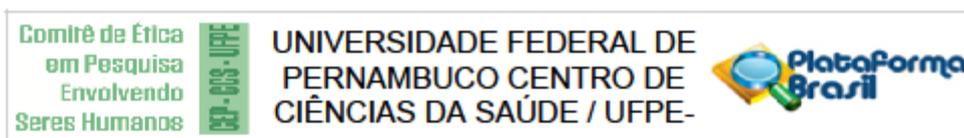
QUADRO COM OS NOMES ESCOLHIDOS PARA PRESERVAR O ANONIMATO DAS INTERLOCUTORAS ENTREVISTADAS

Maria Quitéria	Heroínas baianas na Independência da Bahia.
Maria Felipa	
Joana Angélica	
Amélia Rodrigues	Educadora, escritora, teatróloga e poetisa baiana.
Irmã Dulce	Religiosa e ativistas humanitária baiana.
Myriam Fraga	Poeta e escritora baiana.
Ana Marcela	Atleta baiana que se tornou a mulher brasileira com mais medalhas obtidas em Campeonatos Mundiais de esportes olímpicos.
Maria Luiza Bittencourt	Baiana e primeira mulher a ser deputada estadual.
Mãe Stella de Oxóssi	Religiosa baiana premiada pela liderança e fomentação da cultura baiana.
Edileuza Brito	Professora baiana e mãe da mulher que vos escreve.

ANEXO

ANEXO A

COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INICIATIVAS INOVADORAS NA ORGANIZAÇÃO DAS REDES ASSISTENCIAIS E REGIÕES DE SAÚDE E SEU IMPACTO NA ESTRUTURAÇÃO DA OFERTA NO SUS: UM ESTUDO AVALIATIVO

Pesquisador: Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Área Temática:

Versão:

CAAE: 30894814.1.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 674.336

Data da Relatoria: 04/06/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de título "Iniciativas inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta no sus: um estudo avaliativo", que tem como pesquisador responsável a Profª Adriana Falangola Benjamin Bezerra, do Departamento de Medicina Social da UFPE. Projeto aprovado pela Chamada MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit N º 41/2013 – Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para Efetivação do Direito Universal à Saúde, obteve apoio financeiro pelo CNPq. Conta com equipe, cujos currículos dos integrantes foram anexados.

Objetivo da Pesquisa:

Sendo um projeto que comporta três subprojetos, tem-se:

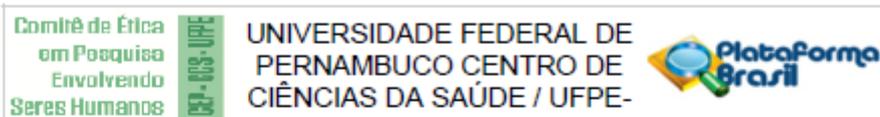
Subprojeto 1 (Redes assistenciais e seu potencial na efetivação da integralidade)

Objetivo geral: avaliar a integralidade na atenção utilizando o Câncer de Colo Uterino (CCU) como condição marcadora em Regiões de Saúde do Nordeste brasileiro.

Objetivos específicos: 1) Mapear as redes de atenção existentes destinadas ao cuidado do CCU; 2) Identificar a cobertura de Papanicolau nas Regiões de Saúde de estados do Nordeste, e 3) Traçar potencialidades e fragilidades na linha de cuidado ao CCU em Região de Saúde.

Sub-Projeto 2 (Avaliação do Programa Mais Médicos na organização das redes assistenciais e

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 674.338

estruturação da oferta: uma investigação mista)

Objetivo geral: avaliar a eficiência e a efetividade do Programa Mais Médicos na organização das redes assistenciais e estruturação da oferta no Nordeste.

Objetivos específicos: 1) traçar o perfil dos Profissionais atuantes no PMM; 2) avaliar a eficiência e a efetividade do PMM no campo do acesso às ações e serviços de saúde; 3) avaliar o impacto do PMM nas diferentes dimensões da integralidade sob o olhar de profissionais, usuários e gestores locais; 4) identificar potencialidades e fragilidades do PMM

Subprojeto 3 (Desafios e perspectivas da regionalização)

Objetivo geral: analisar o processo de regionalização da saúde no Nordeste na perspectiva da gestão estadual, das representações municipais e dos usuários.

Objetivos específicos: 1) comparar o discurso dos gestores estaduais (Nível Central e Macrorregiões e Gerências Regionais de Saúde), na condução da regionalização, com o arcabouço legal e normativo que garante e orienta a operacionalização desse processo; 2) confrontar os discursos dos gestores estaduais, diante da condução na implementação da regionalização da saúde, com os discursos dos gestores municipais, dos representantes das instâncias de participação social e dos usuários; 3) examinar o processo de regionalização da saúde no Nordeste a partir da compatibilidade entre os discursos, o arcabouço legal e normativo e as estratégias de operacionalização traçadas pelos atores envolvidos; 4) propor estratégias de operacionalização que estimulem o fortalecimento da implementação da regionalização da saúde no Nordeste.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: identificados como constrangimento em responder as questões abordadas, mas garantido que a qualquer momento é possível desistir de participar e retirar seu consentimento.

Benefícios: contribuições do entrevistado para sistematização de trabalho que poderá propiciar garantia da integralidade da assistência ao usuário do sistema público de saúde.

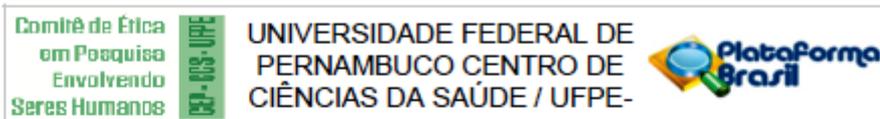
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa avaliativa desenvolvida com base no método misto (quantitativo e qualitativo), sendo os dados quantitativos coletados e analisados, feito com os dados qualitativos, para a interpretação integrada de todos os dados. Metodologia adequada ao que se pretende, cronograma ajustado às atividades, critério de inclusão e exclusão nos três grupos definido.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados principais termos.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 674.338

Recomendações:

Destacar dentre os benefícios, a devolução dos resultados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, na PLATAFORMA BRASIL, através de "Notificação " e, após apreciação, será emitido Parecer Consubstanciado .

RECIFE, 04 de Junho de 2014

Assinado por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br