

Desafios à regionalização do Sistema Único de Saúde na Amazônia Ocidental

Challenges to the regionalization of the Unified Health System in the Western Amazon

Paulo Capel Narvai¹, Leonardo Carnut², Celso Zilbovicius³, Doralice Severo da Cruz⁴,
Alexsandra Pinheiro Cavalcante Costa⁵

Artigo Original

RESUMO

O processo de regionalização da saúde, no início do século XXI, em uma região específica do Acre, é analisado neste estudo. Utilizou-se abordagem qualitativa para lidar com o fenômeno estudado. Os dados foram coletados nos registros contidos em instrumentos de gestão e por meio de entrevistas com gestores da saúde. Os depoimentos foram organizados e sistematizados com a utilização do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), para sua análise, e as informações foram cotejadas com a literatura pertinente à análise de políticas públicas, particularmente, o institucionalismo histórico. No pilar regulatório, emergiram as Ideias Centrais (IC) “Início da Regionalização no Acre”, “Regionalização Incipiente”, “Centralização das Decisões na Secretaria de Estado da Saúde”; no pilar normativo, as IC “Conformação do Desenho da Região”, “Instrumentos de Gestão Desatualizados”; no pilar cultural-cognitivo as IC “Atores Envolvidos na Regionalização”, “Impacto dos Embates Político-Partidários na Implementação da Região de Saúde” e “Falta de Empoderamento da Região”. Concluiu-se que a institucionalidade da regionalização do SUS no referido território da Amazônia Ocidental encontra-se fragilizada e que alguns aspectos singulares, e peculiares da região, requerem a flexibilização de normas que definem atualmente o que é uma região de saúde no conjunto das normas que regem a organização e funcionamento do SUS

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde. Regionalização. Gestão em saúde.

ABSTRACT

The health regionalization process, at the beginning of the 21st century, in a specific region of Acre, is analyzed in this study. A qualitative approach was used to deal with the phenomenon under analysis. The data was collected from the records contained in management tools and through interviews with health managers. The testimonies were organized and systematized through the Collective Subject Discourse and for the information analysis, and they were compared against the literature pertinent to the analysis of public policies, especially the historical institutionalism. The Central Ideas emerged in the regulatory pillar “Start of Regionalization in Acre”, “Incipient Regionalization”, “Centralization of Decisions in the State Department of Health”, in the normative pillar “Conformation of the Design of the Region”, “Outdated Management Instruments” and in the cultural-cognitive pillar “Actors Involved in Regionalization”, “Impact of Political-Party Clashes in the Implementation of the Health Region”, “Lack of Empowerment in the Region”. One concludes that the establishment of the regionalization of Unified Health System in the said territory of the Western Amazon is fragile, and that some particular and unique aspects of the region require the flexibility of the norms that currently define what a health area is in the set of rules that govern the organization and functioning of Unified Health System.

KEYWORDS: Unified Health System; Regional Health Planning; Health Management.

¹ Universidade de São Paulo (USP). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4769-6896>. E-mail: pcnarvai@usp.br

² Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6415-6977>

³ Universidade de São Paulo (USP). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0780-8120>

⁴ Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, SP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2894-3049>

⁵ Universidade Federal do Acre (UFAC). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3161-3208>

INTRODUÇÃO

Mais de três décadas após sua criação pelos constituintes de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) segue defrontando-se com importantes desafios para se consolidar como um sistema efetivamente universal¹. A regionalização, uma de suas diretrizes, constitui um desses desafios² desde os primeiros governos federais que se seguiram até a promulgação da Constituição. Notadamente Fernando Collor, a cujo governo incumbiu regulamentar os dispositivos constitucionais relativos à saúde, resistiu tenazmente à descentralização, não obstante esta tenha sido fixada como diretriz inextricável na Carta Magna.

Na primeira década após sua criação, as forças políticas interessadas em sua concretização uniram-se em torno da estratégia definida como “municipalização da saúde”, ainda que essa consigna fosse marcada por muitas indefinições e ambiguidades, que persistem³. Buscava-se à época fazer valer o que dispunha a *Carta de 1988* que reconhecia o ‘município’ como ente federativo autônomo. Porém, após a regulamentação da saúde pelas leis federais 8.080 e 8.142, de 1990, várias normas infralegais foram editadas pelo Ministério da Saúde, impondo limites e restrições ao processo de descentralização, no que tange às responsabilidades dos municípios. As sucessivas Normas Operacionais Básicas (NOB), a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) e o Pacto pelo SUS foram os instrumentos regulatórios que moldaram o SUS tal como o temos atualmente⁴.

Ainda assim, a estratégia de municipalização possibilitou a efetiva descentralização do SUS, concretizada por meio da transferência de responsabilidades e recursos da União para esses entes federativos, reconhecendo-lhes a autonomia e lhes proporcionando apoio técnico-científico para implementarem ações e programas de saúde. Embora tenha havido notável ampliação da cobertura assistencial^{5,6}, após três décadas essa estratégia vem se mostrando impotente para produzir avanços em princípios-chave do sistema, notadamente a universalização do acesso e a integralidade e equidade da atenção, uma vez que requerem a participação conjunta e solidária entre as diferentes esferas de gestão⁷. Admite-se ainda que a ênfase municipalista das primeiras NOB, marcada por negociações diretas dos municípios com o Ministério da Saúde sem a efetiva participação do ente estadual, teria contribuído para uma descentralização desarticulada da regionalização⁸, acarretando o esvaziamento do papel dos Estados no planejamento, organização e avaliação do sistema⁹.

No processo de implementação do SUS, um impulso relevante à regionalização e à construção de redes regionais de atenção à saúde foi dado pelo Decreto nº 7.508/11, ao inseri-las na denominada “articulação interfederativa”. No artigo 2º, o referido decreto definiu “Região de Saúde” como um “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de

comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”¹⁰. Consolidou-se desse modo o reconhecimento de que uma região de saúde deve ser considerada como um “recorte privilegiado para a indução e integração das políticas, expansão do financiamento, estruturação das redes temáticas e garantia da integralidade no acesso ao sistema”^{11:120}.

Neste histórico de intensas disputas, a regionalização adquiriu base legal e contornos mais nítidos, o que contribui para que se efetive como uma diretriz que orienta o planejamento, organização e avaliação, qualificando a gestão do SUS. Também por isto assume, contemporaneamente, importância estratégica para a superação de impasses decorrentes de algumas vertentes da municipalização que, sem compromisso com os princípios do SUS, operam como se a autonomia do ente federativo municipal tivesse apenas a finalidade de possibilitar a transferência de recursos públicos para pessoas jurídicas de direito privado, na medida em que se recusam a investir esses recursos na administração direta.

Nesse contexto, os processos de regionalização em diferentes partes do vasto e contrastante território brasileiro apresentam singularidades que, por suas características, ora os aproximam ora os afastam, mostrando elementos de similaridades ou diferenças que precisam ser identificados e conhecidos, em cada caso. Em decorrência, e reconhecendo que a regionalização vem assumindo relevância estratégica para a missão e o futuro do SUS¹², o objetivo deste artigo é analisar o processo de regionalização da saúde em uma região específica do Acre, no início do século XXI. Enfatizando os aspectos relacionados com a constituição formal dessa região de saúde e o modo como vem sendo organizada, caracterizando os instrumentos e os atores sociais envolvidos, considerando-se que a compreensão desse processo pode contribuir para a elaboração e implementação de políticas públicas de saúde, no referido território e em outras regiões brasileiras.

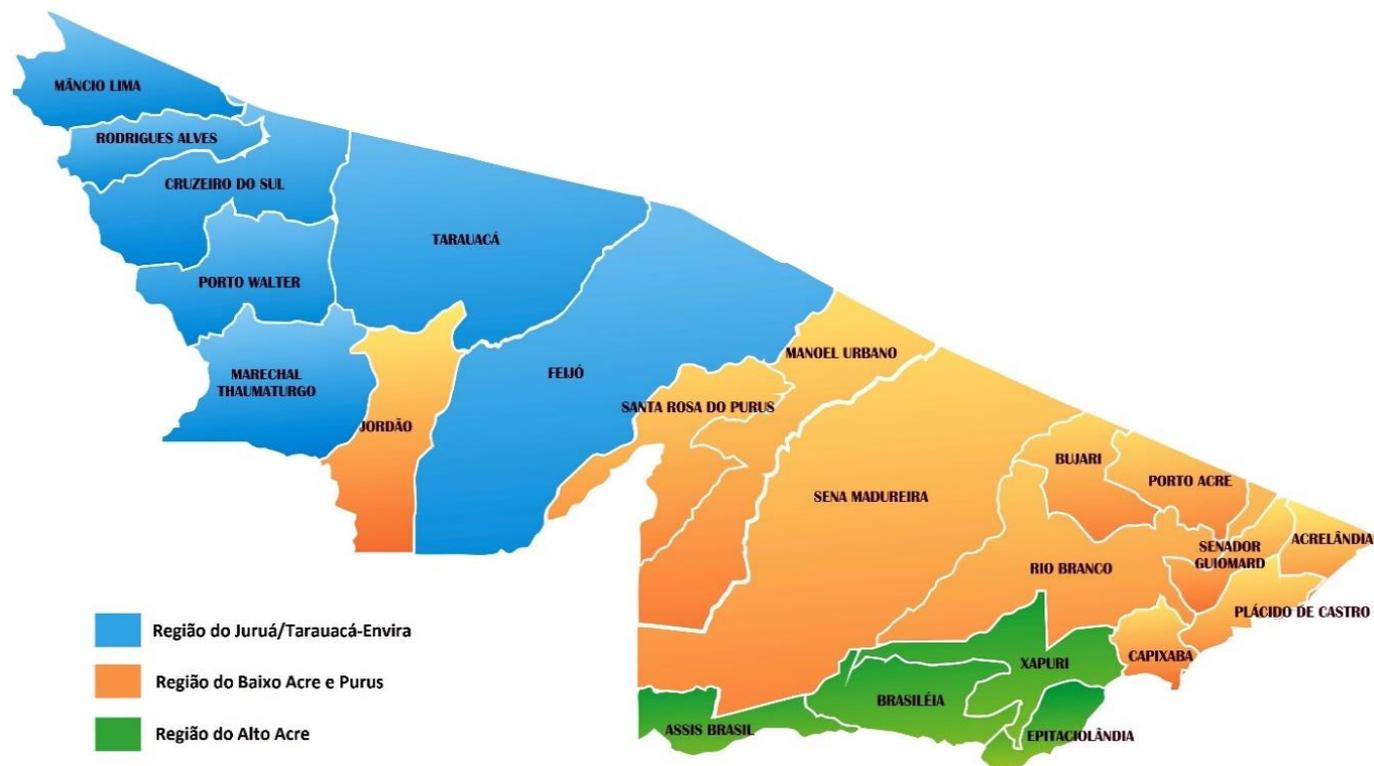
MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de estudo qualitativo, desenvolvido em uma das três regiões de saúde do Acre, a do Juruá, Tarauacá/Envira (Figura 1), localizada na extremidade oeste do Brasil. Com sede em Cruzeiro do Sul, é composta por Mâncio Lima, Rodrigues Alves, Porto Walter, Marechal Thaumaturgo, Tarauacá e Feijó.

A região é a mais Ocidental do País e inscreve-se no contexto territorial da Amazônia brasileira, a qual se caracteriza pela baixa densidade demográfica, descontinuidade da urbanização, concentração populacional e de infraestrutura e atividades produtivas nas capitais e polos regionais. Há grandes vazios assistenciais decorrentes das desigualdades, comparativamente a outras regiões do país, quanto à capacidade instalada e aos investimentos

públicos e privados em saúde, também concentrados nas capitais e polos regionais. Há, na maioria dos estados da região, um grau acentuado de isolamento geográfico de alguns municípios em virtude das características ambientais e da precariedade das redes de transporte e comunicação¹¹.

Figura 1 – Mapa das Regiões de Saúde do estado do Acre



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Acre

No caso específico do Acre, focado neste estudo, o Estado possui a quarta menor densidade demográfica do Brasil com 4,47 hab./km², segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tais características impõem dificuldades à conformação regional do SUS, distintas das observadas em outras partes do País.

Foram realizadas entrevistas com gestores de saúde (n=15), das três esferas de governo. Dados complementares às falas dos entrevistados foram obtidos em instrumentos de gestão como relatórios, portarias e resoluções, de acesso público, com a finalidade de aprimorar a qualidade das informações.

Para assegurar o anonimato dos participantes, utilizou-se letras seguidas de um número para identificar os depoimentos. Para evitar repetições e reiterações, e dadas as características deste estudo, foi empregada a técnica de sistematização dos discursos preconizada pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), preservando-se assim o essencial de cada depoimento,

agrupando-os em ideias centrais e buscando compor discursos-síntese que expressam a percepção coletiva de eventos e fenômenos compartilhados por uma dada comunidade¹³.

Um roteiro orientou a realização das entrevistas, nos municípios e em Rio Branco, no período de maio a novembro de 2015. A entrada em campo deu-se por meio da participação da primeira autora em reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR), nas quais foram identificados possíveis participantes. Estes, na medida em que foram sendo entrevistados, foram indicando os demais.

A análise de discurso foi realizada à luz do neoinstitucionalismo histórico, tendo como referência os três pilares da instituição enunciados por Scott (2001)¹⁴, quais sejam: 1) pilar regulatório; 2) pilar normativo; e 3) pilar cultural-cognitivo. Para Viana e Lima (2011)¹⁵, a institucionalidade de uma política depende da presença desses três pilares.

Segundo Scott (2001)¹⁴, o pilar regulatório, ligado à restrição e regulação de comportamentos, está relacionado ao estabelecimento de regras, à inspeção da conformidade destas e à aplicação de sanções como recompensas ou punições. O normativo impõe restrições ao comportamento social, introduzindo uma dimensão prescritiva, avaliativa e obrigatória na vida social. E por fim, o pilar cognitivo enfatiza o papel central desempenhado pela construção socialmente mediada de um quadro comum e de seu significado.

Para Kehrig et al. (2014)¹⁶, a institucionalidade da regionalização tem em seu marco regulatório a legalidade e a atuação do agente regulador das relações interinstâncias, constituindo-se no caso presente as secretarias regionais de saúde. Já o marco normativo expressa-se na estrutura legal e organizacional, como a celebração de contratos e a instituição de redes regionalizadas de atenção à saúde. Por fim, o pilar cognitivo implica que a região se reconheça como tal.

O projeto de pesquisa de que se origina este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP (parecer n.º 881.929), sendo executado em consonância com os preceitos éticos atinentes.

RESULTADOS

As Ideias Centrais (IC) que emergiram acerca do processo de regionalização na região de saúde estudada são apresentadas a seguir com seus respectivos DSC, em conformidade com os três pilares (Quadro 1) enunciados por Scott (2001)¹⁴.

Quadro 1 – Pilares e Ideias Centrais

PILARES	IDEIAS CENTRAIS (IC)
Regulatório	(IC-1) Início da Regionalização no Acre (IC-2) Regionalização Incipiente (IC-3) Centralização das Decisões na Secretaria de Estado da Saúde
Normativo	(IC-4) Conformação do Desenho da Região (IC-5) Instrumentos de Gestão Desatualizados
Cultural-cognitivo	(IC-6) Atores Envolvidos na Regionalização (IC-7) Impacto dos Embates Político-Partidários na Implementação da Região de Saúde (IC-8) Falta de Empoderamento da Região

Fonte: elaborado pelos autores

O pilar regulatório, referido à legalidade e à atuação do agente regulador, foi percebido pelos gestores tendo como marcos o “Início da Regionalização no Acre” (IC-1), a “Regionalização Incipiente” (IC-2) e a “Centralização das Decisões na Secretaria de Estado da Saúde” (IC-3). Sobre o “Início da Regionalização no Acre”, os gestores sintetizaram que:

“Começou desde a NOAS, em 2002/2003. Antes da NOAS, a SESACRE [Secretaria de Estado da Saúde] já tinha tido um momento para trabalhar [implementar] as regionais de saúde, que não avançou muito. A partir de 2002/2003, quando trabalhamos o PDR [Plano Diretor de Regionalização], avançamos bastante. Antes da Portaria 373, de 2002, a SESACRE trabalhava nas mesmas cinco regiões que coincidiam nas regiões administrativas. Com a edição da Portaria 373, o Estado elaborou uma nova proposta de regionalização que, naquela época, estava de acordo com a Portaria. Então, tinha macrorregião e microrregião. Basicamente, continuou aquelas cinco regiões administrativas que existem no estado. Baseado nessa Portaria de 2002, foi elaborado o PDR que estabeleceu como deveria ser no estado do Acre, que ficou dividido em duas microrregiões: a Purus/Acre, que é composta por 6 módulos assistenciais, e a do Juruá, composta por 4 módulos assistenciais. Esses módulos foram criados levando em consideração a estrutura e a capacidade instalada desses municípios. Então, quem faz parte de um módulo é porque naquele município já existia uma estrutura de uma Unidade de Saúde ou um hospital local. Por isso, a gente tinha uma estrutura com o ‘município-sede’ e os ‘municípios-satélites’. Os ‘municípios-sedes’ eram aqueles que tinham mais condições, tinham uma capacidade instalada maior, ou uma Unidade Mista, ou um Hospital Regional, hospital local. Então, a gente colocou na microrregião do Purus sete ‘municípios-sede’, e na microrregião do Juruá tínhamos três ‘municípios-sedes’ que eram Tarauacá, Feijó e Mâncio Lima. E tinha o ‘município-polo’ que era Cruzeiro do Sul, que era sede e polo. Eram duas características de Cruzeiro do Sul para onde convergiam todos aqueles municípios daquela microrregião porque tinha uma estrutura maior, uma capacidade instalada maior. Os municípios menores eram ‘municípios-satélites’, que atendiam até um determinado tipo de procedimento e depois encaminhavam para os outros municípios, Rodrigues Alves, Marechal Thaumaturgo, Jordão e Porto Walter. Essa era a divisão naquela época em que foi elaborado o Plano Diretor de Regionalização. Então, a hierarquia seria município-satélite, município-sede até o município-polo”. (DSC elaborado com depoimentos G13; G15)

Ainda sobre o pilar regulatório, os gestores admitem que a “Regionalização é Incipiente” por diversos motivos, entre os quais:

“A regionalização é bem recente, ainda está engatinhando. Na verdade, a regionalização propriamente dita ainda não se concretizou. Eu diria que as Regiões de Saúde hoje estão formalmente constituídas, temos o desenho feito pela SESACRE que dividiu o Acre em três regiões de saúde. Fazemos parte da Região do Juruá, Tarauacá/Envira, mas a princípio ficou só no desenho. Têm os Colegiados Regionais de Gestão, no caso a CIR, que tem se reunido, estão tendo as primeiras reuniões dos secretários. Mas é uma coisa ainda meio que... eu diria, cartorial. É mais para atender os preceitos da legislação do Ministério da Saúde do que ela trazer efetivamente benefícios para a população na região como um todo. Na verdade, o processo de regionalização aqui nessa região precisa amadurecer muito. Está em passos lentos porque, para ter regionalização, precisam ser firmadas parcerias, definidos os fluxos, precisa ter capacitações sobre as políticas públicas, para que os gestores tenham esse conhecimento. Então acho que aqui estamos bem imaturos ainda, nos primeiros meses de gestação. Praticamente, as ações no nível de Região não acontecem aqui. Ainda é muito centralizado na Secretaria de Estado de Saúde. O processo da regionalização, no estado como um todo, é muito lento, muito moroso por parte da própria Secretaria. Vai fazer quase 10 anos do Pacto, e a gente vê que hoje tem os instrumentos de gestão, eles são feitos, mas não são consultados. Acho que não só o Acre, mas nos estados, eles se ressentem de capacidade instalada de oferta. No Acre só existe um desenho, não existe um plano estadual de regionalização. O detalhamento da regionalização ainda não foi feito, não foi construído um PDI [Plano Diretor de Investimento]. Se eu não me engano, em 2003/2004, o estado construiu um PDI que foi integralmente cumprido. Agora, é uma questão da gestão estadual da saúde organizar-se e focar no planejamento”. (DSC elaborado com depoimentos G1; G4; G7; G8; G11; G14)

Sobre a última característica do pilar regulatório da institucionalidade em análise, os gestores são categóricos em sua síntese: há uma “Centralização das Decisões na Secretaria de Estado da Saúde”, o que pode ser identificado no seguinte discurso:

“O estado tomou a iniciativa. Fez algumas reuniões na CIB [Comissão Intergestores Bipartite], na qual alguns municípios têm assento. E foi discutido lá e votado lá, mas não que foi chamado todo mundo, nem todos os gestores para um fórum ou para uma oficina para definir as Regiões. Isso não aconteceu. Foi discutido e, quando chamaram a gente para falar sobre as Regiões de Saúde, elas já vieram prontas. A gente não sentou, não teve debate para discutir o que era melhor nem o que não era. Eu acredito que o Estado, quando tinha que tomar essa iniciativa, dividir o seu território em Regiões, tomou essa iniciativa e pactuou na CIB que, teoricamente, tem a participação de alguns municípios porque têm assento na Comissão. É muito falado em regional que as coisas hoje têm que ser discutidas no âmbito regional. Mas, quando você observa, na verdade, as coisas ainda estão muito centralizadas na capital. O Estado é muito centralizador e, assim, as coisas não avançam. Não pode ser só no papel, porque o que adianta você criar Regiões de Saúde, definir os municípios que fazem parte, se tudo depende de Rio Branco? Hoje, eu acho que a Região só funciona no papel. Não tem nenhuma estrutura regional. Tudo é feito na sede da SESACRE. Se faltar alguma coisa, uma lâmpada queimada, uma torneira pingando, você tem que pedir para Rio Branco consertar. A Região de Saúde tem que funcionar com uma estrutura administrativa financeira. Aqui ainda somos muito vinculados a Rio Branco, que tem a mania de pensar pela gente. Nosso maior problema hoje é que as coisas sempre vêm de cima para baixo. Elas não nascem de baixo para cima. Então, o governo decide e a gente simplesmente só tem que aceitar”. (DSC elaborado com depoimento (G1; G5; G13; G9; G8)

O pilar normativo, vinculado à base legal e organizacional, emergiu nos discursos em duas ideias centrais, relacionadas com a “Conformação do Desenho da Região” (IC-4) e com os

“Instrumentos de Gestão Desatualizados” (IC-5). Sobre a “Conformação do Desenho da Região”, os gestores advertiam que:

“Quando você fala de Regiões de Saúde, tem a continuidade dos limites geográficos. Mas nós temos uma situação atípica que é o município de Jordão. Pela norma, ele deveria pertencer à Região do Juruá, Tarauacá/Envira, no entanto pertence à Região do Baixo Acre. Jordão fazia parte da Região, mas pediu para sair devido a longa distância para Cruzeiro do Sul. Aí a gente diz: por quê? Porque houve a escuta do município, porque não tínhamos na época um fluxo organizado de empresas que prestassem serviços [de transporte]. Teria que vir do Jordão para Tarauacá e de Tarauacá para Cruzeiro. E lá, na época, tinha a empresa Jordão-Rio Branco. Na discussão com as secretarias municipais ficou claro o que eles preferiam. Houve uma consulta à população, ao poder legislativo e à Câmara de Vereadores. O próprio prefeito, os profissionais de saúde, o Conselho Municipal de Saúde todo mundo era favorável para que esse município fosse vinculado à regional do Baixo Acre. O Ministério e a própria Tripartite [Comissão Intergestores Tripartite] nos devolveram para que justificássemos, explicássemos. Também tem que ver as peculiaridades e as realidades de cada estado, principalmente estados da Região Norte que têm municípios isolados como o nosso caso, pois não é em todo o período que você consegue chegar de barco. Você sai em um barco maior, chega num determinado canto que você tem que passar para um barco menor, tem que ir de canoa dependendo da época do ano. Então, só tem transporte aéreo, que também não é todo dia. Pensa bem, digamos que eu tenho uma urgência lá no Jordão. Entre eu fretar um aeromédico para buscar o paciente no Jordão, levar para Cruzeiro do Sul que poderá não ter a capacidade de resolver lá, embora tenha profissionais, um serviço que eu possa referenciar para lá. Mas de repente tem uma complexidade que eu vou ter de mandar para Rio Branco. Então, até pela otimização do recurso. Às vezes tinha uma urgência em Jordão, a gente queria mandar para Cruzeiro do Sul, mas não tinha avião lá. Então o avião tinha que sair de Rio Branco, ir para Jordão, para de lá levar a pessoa para Cruzeiro do Sul. Um custo muito alto. Melhor mandar logo para Rio Branco. É até mais prático porque tem casas de apoio, no Juruá ainda não tem. Quando a gente olha o mapa, o município está totalmente deslocado desta Região [Baixo Acre/Purus]. Mas, considerando essas situações operacionais, aprovamos essa passagem do município de Jordão. E fizemos toda uma justificativa. Porém, isso é um processo temporário porque depois de um tempo vai ter de fazer uma nova discussão e realinhar para que a gente atenda realmente o que está lá na legislação”. (DSC elaborado com depoimentos G3; G13; G15)

Ainda sobre a questão normativa, outra ideia central reiterada pelos gestores foram os “Instrumentos de Gestão Desatualizados”, conforme relatam:

“O Plano de Regionalização teria que ser atualizado porque isso foi feito em 2002. Teve muita modificação na ligação entre os municípios. Naquela época, não tinha estrada para Cruzeiro do Sul, era só avião. Hoje temos a estrada para Cruzeiro do Sul, Tarauacá, Feijó. Então, tem que atualizar a regionalização, tem que fazer outro tipo de trabalho, completar o trabalho, para definir o que essas unidades de saúde vão fazer. A gente sempre mostrou aos gestores essa necessidade, mas nenhum gestor levou em consideração. Não havia interesse mesmo. Hoje, precisaríamos atualizar o PDI, desde recursos humanos, qualificação, estrutura, equipamento, de tudo, ter um mapeamento disso porque a gente vem trabalhando aquilo que é para atender a legislação. Porque, minimamente, tem que ter em cada Regional de Saúde um CAPS, tem que ter vigilância, Atenção Básica e assistência. Isso está sendo executado porque está na construção, na habilitação no Juruá. Mas a gente precisaria de um Plano Diretor Investimento como foi feito antes, quando você ia captar recursos, você captava muito em cima daquilo que você planejou. Eu acho que há necessidade de a gente retomar isso, o Estado trabalhar um plano estadual regionalizado e não um plano único. Acho também que está na hora de rever a PPI [Programação Pactuada e Integrada], pois é lá onde está a organização dos serviços de referência”. (DSC elaborado com depoimento G7; G13; G15)

Por fim, o terceiro pilar de Scott (2001)¹⁴, referido à dimensão cultural-cognitiva, de acordo com a qual, no caso presente, a região de saúde precisa se reconhecer como tal, teve expressão nas IC que identificam os “Atores Envolvidos na Regionalização” (IC-6), o “Impacto dos Embates Político-Partidários na Implementação da Região de Saúde” (IC-7) e a “Falta de Empoderamento da Região” (IC-8), que se traduzem nos DSC dos gestores sobre essas ideias. Sobre os “Atores Envolvidos na Regionalização”, a síntese dos discursos aponta que:

“Ela [a CIR] é constituída pelo Estado e os sete municípios da Região e conta com uma equipe técnica indicada pelos municípios. Assim, ela é constituída pelos gestores municipais e membros da secretaria estadual, técnicos ou quem é denominado pelo secretário para estar junto. Como nossa região tem também saúde indígena, eles também são convidados para participar”. (DSC elaborado com depoimento G1; G2; G3; G4; G7)

A partir desse desenho regional, os gestores afirmaram que o “Impacto de Embates Político-Partidários na Implementação da Região de Saúde” é uma constante:

“Aqui na nossa Região tem muito essa questão política, essa divisão política entre os municípios é muito forte. Isto não permite uma união para uma gestão coletiva”. (Depoimento G1)

Acresce a “Falta de Empoderamento da Região”, enquanto elemento institucional, repercutindo na fragilidade dos aspectos políticos e operacionais:

“A CIR é como preconiza a legislação, com representação dos municípios, das unidades de saúde, da própria SESACRE. Nas reuniões são debatidos os assuntos. Às vezes, eu digo que as reuniões são feitas mais para a gente lamentar, colocar as angústias porque, por mais que a gente se reúna e debata, se não tiver também uma vontade dos governos para que aquilo de fato aconteça, fica tudo só nas reuniões, nos papéis, nas atas e não funciona muito, pois o produto daquilo não depende só das reuniões, da participação desse grupo, depende do todo para que seja cumprido. Por exemplo, nosso sonho de fortalecimento dessa regional é que os municípios comecem a tratar as coisas aqui e não com a capital. Isso discutimos desde o início, sempre discutimos. Mas tem sido levado a sério? Não. Por exemplo, nós temos que pegar na capital os insumos que vêm do Ministério para os municípios. Aí eu pergunto: por que não aqui mesmo na regional, já que o serviço deve ser organizado para ser assim? Por que gente tem que tratar lá na capital? Outro fator que atrapalha muito é que a Região não tem independência, o diretor não tem poder, principalmente financeiro, para fazer com que a Região de fato exista. Os próprios secretários preferem muito mais a CIB do que a CIR para tomar decisão, porque o diretor da Regional não tem poder para decidir e resolver os problemas aqui na Região. Então, eu vejo isso como fraqueza da Região”. (DSC elaborado com depoimentos G3; G5)

DISCUSSÃO

O processo de regionalização, desencadeado pela SESACRE em 2002, com a NOAS, é relativamente recente no Acre, conforme enfatiza a IC-1. Antes disso, a gestão da saúde ocorria segundo a divisão do Estado em cinco regiões político-administrativas. Não estava

institucionalizada, à época, a regionalização do SUS como expressão de “estratégias, políticas e projetos, compreendendo construções cognitivas e regras normativas integrantes do processo regulatório, que ao mesmo tempo contém e modela o comportamento social”^{15:19}.

Embora no âmbito nacional a estratégia de regionalização da saúde tenha ganhado maior visibilidade a partir dos anos 2000, há estados em que houve movimento anterior a esse período, como o Mato Grosso¹⁷. No Acre, porém, deu-se o oposto. De acordo com Albuquerque (2013)¹¹, o Estado não conheceu nenhum processo de regionalização específica da saúde, nem mesmo anterior ao ‘Pacto pela Saúde’, o que é paradoxal, pois, embora esse Estado tenha larga tradição de regiões administrativas para implementar ações de governo, a regionalização da saúde não foi impactada significativamente por essa experiência, sendo desencadeada pela edição da NOAS, com a elaboração do PDR que dividiu o estado em duas microrregiões e onze módulos assistenciais, definiu um PDI e propôs a readequação da PPI, em conformidade com o disposto na Portaria nº 373 de 27/2/2002.

Naquele momento, a elaboração dos instrumentos ficou centralizada na gestão estadual. Segundo Rodrigues et al. (2014)¹⁸, foi a partir do ‘Pacto pela Saúde’ que ocorreu um processo de regionalização, com discussões em fóruns de participação social, nos Conselhos Municipal e Estadual de Saúde, culminando com a pactuação do desenho aprovado pela Resolução nº 38/2009, da CIB^{18,19}. Lima et al. (2012)^{20:2885} enfatizam outros aspectos, assinalados nos DSC apresentados neste estudo, ligados à noção de institucionalidade, como “a trajetória da regionalização” e os elementos (conteúdos) levados em conta “no desenho das regiões de saúde no estado”.

Constata-se que a conformação das regiões de saúde no Acre levou em consideração, de modo pertinente e adequado, o perfil epidemiológico, a capacidade instalada e, dentre outros aspectos, a infraestrutura compartilhada de transportes. Isto fez, porém, que a Região do Juruá, Tarauacá/Envira tenha ficado em desacordo com o disposto no Decreto 7.508/11, por sua conformação atípica quando se considera a exigência de continuidade geográfica pelo agrupamento de municípios limítrofes para compor uma dada Região de Saúde. Jordão, um município inserido em seus limites geográficos, não faz parte de sua composição (Figura), como referido no DSC da IC-4. Essa alteração do desenho foi proposta, em 2011, na 2ª Conferência Municipal de Saúde de Jordão e, logo após, na 6ª Conferência Estadual de Saúde do Acre.

Conforme assinalado no DSC da IC-4, Jordão é um município isolado sem estradas ou rodovias, com acesso fluvial apenas nos períodos em que o rio está navegável. O Acre possui uma rede hidrográfica com rios dispostos transversalmente no sentido sudoeste-nordeste, o que impossibilita o acesso fluvial intermunicipal de maneira rápida e fácil²¹. Em consequência, o tempo estimado de viagem de barco para o referido município pode ser de até um mês. Assim, o acesso a Jordão é feito principalmente por via aérea. Ademais, não há fluxo de transportes

para Cruzeiro do Sul, sede da região. O fluxo ocorre em direção a Rio Branco, sede da Região de Saúde do Baixo Acre e Purus.

Esses fatos, dentre outros referidos no DSC, justificam a alocação de Jordão na região da qual faz parte, pois os custos financeiros e sociais de mantê-lo em sua região de espaço geográfico contínuo seriam muito maiores. Uma variável econômica, relacionada aos custos derivados na adoção do requisito da contiguidade, justifica a decisão de desconsiderá-lo, nesta situação específica. Trata-se de uma excepcionalidade cuja compreensão requer levar em conta a singularidade dessa região amazônica. O caso indica, contudo, a relevância de não se adotar acriticamente o critério de continuidade territorial, absolutizando-o e reduzindo-o a uma mera formalidade. O Decreto 7.508/11 não prevê, porém, a possibilidade de flexibilizar esse aspecto da norma, o que implica renunciar ao planejamento loco-regional, e das conformações que respeitem as características singulares e as dinâmicas territoriais próprias de cada região^{22, 23}.

Os gestores entrevistados nesta pesquisa expressaram consenso (DSC da IC-2) quanto ao estágio inicial da trajetória da regionalização no Acre, que não é efetiva na Região do Juruá, Tarauacá/Envira. A existência do desenho não corresponde à ocorrência de ações e operações cujas dinâmicas indiquem a existência de uma Região de Saúde. A CIR foi formalmente implantada, entretanto suas reuniões não registram deliberações que efetivamente sejam levadas em consideração na resolução de demandas da região.

Constata-se, além disso, que os instrumentos de gestão estão desatualizados (IC-5), uma vez que foram elaborados em 2002 e, desde sua publicação em 2003, não foram realizadas atualizações. Também o PDI não foi atualizado, tendo a última repactuação da PPI sido feita em 2011. O Mapa da Saúde não foi elaborado. Ocorreu apenas uma readequação do desenho das regiões com base no Pacto pela Saúde. Esses achados corroboram os resultados encontrados por Lima et al. (2012)²⁰ acerca de uma institucionalidade intermediária no Acre. A estagnação do aporte normativo revela fragilidade do pilar normativo, uma vez que instrumentos técnico-operacionais são necessários ao processo de gestão, pois, *pari passu* aos acordos políticos, dão origem aos arranjos e processos de gestão regionais²³.

No plano da formulação das Regiões de Saúde, a expectativa é que acumulem algum grau de poder decisório, suficiente para fazer cumprir seu papel de organizar a atenção à saúde, segundo os diferentes níveis de atenção, em seu respectivo território. No presente caso, porém, os entrevistados referem (IC-8) que a CIR como instância formal não consegue pôr em prática suas decisões, dependendo do aval da sede da SESACRE, em Rio Branco. Com essa centralização, como expressa a IC-3, a região não consegue se organizar para resolver as demandas que se originam no nível regional, acarretando a preferência dos gestores de se dirigirem à CIB em detrimento da CIR, permanecendo a CIB como instância de maior peso político-administrativo.

Os atores sociais envolvidos na regionalização são outro elemento a ser levado em consideração. O DSC da IC-6 revela que na região esses atores são os sete secretários municipais de saúde, os técnicos regionais da SESACRE e o representante do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), além da Comissão Técnica, acionada para assessorar nos assuntos técnicos das pautas das reuniões. Designado formalmente por meio de portaria, um membro da CIR representa o Hospital Regional do Juruá, gerenciado por uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP). Entretanto, esse representante não comparece às reuniões, conforme verificado *in loco* e nas atas de reuniões da CIR.

Um aspecto singular da Região de Saúde analisada no presente estudo, que a contrasta com a maioria das demais, é a ausência de influências diretas do setor privado, representado pela Saúde Complementar, nos processos decisórios. Os atores institucionais envolvidos são, exclusivamente, gestores e técnicos da administração direta. A OSCIP que gerencia o Hospital Regional trata de assuntos pertinentes diretamente com a SESACRE em Rio Branco, excluindo-se deliberadamente da organização do sistema de saúde em nível regional.

Sobre a participação do setor privado no processo de regionalização no Brasil, Albuquerque et al. (2011)²⁴ encontraram que este ator aparece como importante nas macrorregiões Nordeste e Centro-Oeste, tendo também forte influência e grande poder na organização do sistema nas macrorregiões Sul e Sudeste. Na macrorregião Norte, porém, esta influência é muito tênue, não adquirindo maior importância, conforme corroborado na presente análise, com foco específico no estado do Acre.

Os participantes desta pesquisa mencionam a ocorrência de interferências político-partidárias como expressa o DSC da IC-7, as quais se manifestam quando não há alinhamento político entre os partidos que, em determinado momento, estão à frente dos governos do estado e do município sede da região. Tal desalinhamento dificultaria a realização de pactuações e parcerias para executar ações e programas de saúde.

Não obstante, para Albuquerque et al. (2011)²⁴ haveria uma conjuntura favorável à regionalização no estado do Acre. Esses autores destacam, dentre outros aspectos, “o alinhamento político entre os partidos da Presidência da República e dos governos do estado e da capital”^{24:139}, no período analisado naquele estudo. Mas, se tal alinhamento político-partidário permite considerar o contexto favorável à regionalização no que diz respeito à capital, isto não se verifica na Região de Saúde do Juruá, Tarauacá/Envira. Por outro lado, é justamente nesse “desalinhamento” de governos da União, Estado e Municípios, quanto às coligações partidárias que dão sustentação político-administrativa aos respectivos governos, que residem as principais dificuldades para a criação e consolidação de processos de gestão participativa intergestores, no cenário federativo brasileiro, com força suficiente para viabilizar a institucionalização das regiões de saúde.

Embora reconheça-se que os atores são primordiais para o marco cultural-cognitivo da institucionalização da Região de Saúde, verifica-se que a regionalização no território estudado ainda não teve sua importância inculcada pelos gestores, acarretando a pouca relevância e mesmo um relativo esvaziamento de poder das instâncias regionais, principalmente da CIR.

CONCLUSÃO

O complexo processo de regionalização do SUS enfrenta percalços semelhantes nas diversas regiões de saúde do Brasil. Na região específica do território estudado na Amazônia Ocidental, foram identificados aspectos peculiares que exigem a flexibilização das normas vigentes no que se refere à definição de região de saúde, uma vez que a Região do Juruá, Tarauacá/Envira possui barreiras geográficas que requerem e definem um fluxo específico no deslocamento humano em seu território.

O tema deste estudo diz respeito à implementação de um aspecto da política pública de saúde no Acre, a regionalização do SUS, o qual afeta as relações entre os entes federativos no referido território. Autoridades públicas representativas desses entes são, portanto, porta-vozes dos entes aos quais estão vinculadas, o que as implica com as orientações políticas desses governos, o da União, o estadual e os municipais. O método empregado nesse estudo pressupõe que tais implicações se expressam no conteúdo das entrevistas analisadas. Mas essa análise dos discursos deve levar em conta exigências decorrentes de imperativos políticos que recaem sobre os entrevistados. Essas características dos sujeitos de pesquisa requerem cautela na análise das informações e, não obstante esse esforço tenha sido realizado, admite-se que, em certo sentido, tais implicações podem corresponder a alguma restrição ou limitação deste estudo.

A despeito dessa possível restrição, é lícito considerar que os pilares da institucionalidade da regionalização encontram-se fragilizados nessa área visto que, no marco regulatório, a instância regional encontra-se esvaziada de poder decisório, que se concentra na sede setorial de saúde do governo do estado. No marco normativo, as pactuações e instrumentos de gestão que dão o direcionamento para a organização das redes regionalizadas de atenção à saúde não existem ou estão desatualizados. E no marco cognitivo, os gestores sentem que suas demandas ainda são mais bem resolvidas quando encaminhadas diretamente à SESACRE, não se reconhecendo, efetivamente, a existência de uma Região de Saúde no território.

REFERÊNCIAS

1. Paim JS, Temporão JG, Penna GO, Santos NR dos, Pinto LF. Sistema Único de Saúde: 30 anos de luta! Cien Saude Colet. 2018; 23(6):1704.

2. Viana AL d'Ávila, Bousquat A, Melo GA, Filho ADN, Medina MG. Regionalização e Redes de Saúde. *Cien Saude Colet*. 2018; 23(6):1791–8.
3. Teixeira CF. Municipalização da saúde - os caminhos do labirinto. *Rev Bras Enfermagem*. 1991; 44(1):10–5.
4. Ribeiro JM, Moreira MR, Ouverney AM, Pinto LF, Silva CMFP da. Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. *Cien Saude Colet*. 2018; 23(6):1777–89.
5. Ouverney AM. A construção da municipalização da saúde: estratégias normativas. In: Fleury S, organizadora. *Democracia e inovação na gestão local da saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; FIOCRUZ; 2014. p. 81–120.
6. Scatena J, Tanaka O. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. *Saúde e Soc [Internet]*. 2001 [cited 2014 Feb 14]; 10(2):47–74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n2/05.pdf>
7. Mendes Á, Louvison M. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. *Saúde e Soc*. 2015; 24(2):393–402.
8. Goulart F. Descentralização e regionalização do SUS na década de 1990. In: Tasca R, organizador. *Redes e regionalização em saúde no Brasil e na Itália: lições aprendidas e contribuições para o debate*. 1a. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. p. 20–40.
9. Dowbor M. Da inflexão pré-constitucional ao SUS municipalizado. *Lua Nov Rev Cult e Política [Internet]*. 2009 [cited 2014 Feb 14]; 78:185–222. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-64452009000300010&script=sci_arttext
10. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011: Regulamentação da Lei nº 8.080/90. 1a. ed. 6a reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
11. Albuquerque MV de. O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2013. 280f.
12. Santos RN. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciênc. Saude Colet* 2018; 23(6):1729-1736.
13. Lefèvre F, Lefèvre AMC. *Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. 2a. ed. Caixias do Sul: Educs; 2005. 256p.
14. Scott WR. *Institutions and organizations*. Thousand Oaks: Sage; 2001.
15. Viana AL d'Á, Lima LD de, organizadoras. *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011.
16. Kehrig R, Martinelli N, Spinelli M, Gugelmin A, Scatena J. Aproximações à institucionalidade, governança e gestão na regionalização da saúde. In: Scatena J, Kehrig R, Spinelli M, Gugelmin S, Scatena J, organizadores. *Regiões de saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso*. São Paulo: Hucitec; 2014. p. 47-83.
17. Kehrig R, Martinelli N, Spinelli M, Scatena J, Ono P, Silva M da. Antecedentes históricos da regionalização da saúde em Mato Grosso. In: Scatena J, Kehrig R, Spinelli M, organizadores. *Regiões de saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato*. São Paulo: Hucitec; 2014. p. 111-133.
18. Rodrigues V, Santos CRI dos, Pereira MU. A experiência de planejar e operacionalizar o PMAQ-AB no estado do Acre. *Saúde em Debate*. 2014; 38(especial):122–7.
19. Secretaria de Estado de Saúde (Acre). Resolução CIB nº 38 de 31 de julho de 2009. Rio

Branco; 2009.

20. Lima LD, Viana ALD, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL, et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012 [cited 2013 Dec 10]; 17(11):2881–92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a04.pdf>
21. Secretaria de Estado de Saúde (Acre). Plano Diretor de Regionalização - PDR. Rio Branco: Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE; 2003.
22. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 48 p.
23. Lima LD, Viana ALD. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais o Sistema Único de Saúde. In: Viana AL d'Á, Lima LD de, organizadoras. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011. p. 39–63.
24. Albuquerque MV de, Mello GA, Iozzi FL. O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros. In: Viana AL d'Á, Lima LD de, organizadoras. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011. p. 117–72.

Artigo recebido em março de 2019
Versão final aprovada em abril de 2023