

Governabilidade do Sistema Único de Saúde em fronteiras interestaduais

Governability of the Unified Health System in interstate regions

Gobernanza del Sistema Unificado de Salud en las fronteras interestatales

Ítalo Ricardo Santos Aleluia <https://orcid.org/0000-0001-9499-6360>¹; Maria Guadalupe Medina <https://orcid.org/0000-0001-7283-2947>²; Ana Luiza Queiroz Vilasbôas <https://orcid.org/0000-0002-5566-8337>²

Resumo Este estudo analisou a governabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) em fronteira interestadual do Brasil. Trata-se de uma análise política em saúde em território constituído por 53 municípios, dois estados, uma comissão intergestora e central de regulação interestadual. A produção dos dados incluiu 499 documentos e entrevistas com 35 atores vinculados à gestão municipal e às organizações influentes na fronteira. Governar o SUS nas fronteiras interestaduais tem como obstáculos: a ausente institucionalidade para articulação interfederativa tripartite; a falta de arcabouço normativo com mecanismos de planejamento, financiamento e gestão interestadual do sistema; a baixa institucionalidade das pactuações no colegiado interestadual; as desigualdades fiscais e dependência financeira dos municípios com menor poder econômico; a alternância político-administrativa das esferas de gestão e a baixa governabilidade do serviço de regulação interestadual nos hospitais de média e alta complexidade do território estudado. Esta pesquisa contribuiu para revelar as forças políticas opostas do sistema político-social aos projetos de regionalização e gestão interestadual do SUS.

Palavras-chave Sistema Único de Saúde, Regionalização da Saúde, Política de Saúde, Federalismo

Abstract This study analyzed the governability of the Unified Health System (SUS) on Brazil's interstate border. This is a political analysis of health in a territory made up of 53 municipalities, two states, an intermanagement commission and a central interstate regulation committee. Data production included 499 documents and interviews with 35 actors linked to municipal management and influential organizations on the border. Governing the SUS at interstate borders has the following obstacles: the lack of institutionalization for tripartite interfederative coordination; the lack of a regulatory framework with mechanisms for planning, financing and interstate management of the system; the low institutionalization of agreements in the interstate collegiate; fiscal inequalities and financial dependence of municipalities with less economic power; the political-administrative alternation of management spheres and the low governability of the interstate regulation service in medium and high complexity hospitals in the studied territory. This research contributed to revealing the opposing political forces of the political-social system to SUS regionalization and interstate management projects.

Key words Unified Health System, Regional Health Planning, Health Policy, Federalism

Resumen Este estudio analizó la gobernanza del Sistema Único de Salud (SUS) en una región fronteriza interestatal de Brasil. Se trata de un análisis político de la salud en un territorio compuesto por 53 municipios, dos estados, una comisión intergerencial y un centro regulador interestatal. La recolección de datos incluyó 499 documentos y entrevistas con 35 actores vinculados a la gestión municipal y organizaciones influyentes en la región fronteriza. La gobernanza del SUS en las regiones fronterizas interestatales enfrenta obstáculos como: la ausencia de marcos institucionales para la articulación tripartita interfederativa; la falta de un marco normativo con mecanismos para la planificación, el financiamiento y la gestión interestatal del sistema; la baja institucionalización de los acuerdos dentro del cuerpo colegiado interestatal; las desigualdades fiscales y la dependencia financiera de los municipios con menor poder económico; la alternancia político-administrativa de los niveles de gestión; y la baja gobernanza del servicio regulador interestatal en hospitales de mediana y alta complejidad dentro del territorio estudiado. Esta investigación contribuyó a revelar las fuerzas políticas que se oponen al sistema político y social a los proyectos de regionalización y gestión interestatal del SUS.

Palabras clave Sistema Único de Salud, Regionalización de la Salud, Política de Salud, Federalismo

¹ Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Av. Carlos Amaral, R. do Cajueiro 1015. 44574-490 Santo Antônio de Jesus BA Brasil.

italoaleluia@ufrb.edu.br

² Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador BA Brasil.

Introdução

Regiões Interestaduais de Saúde (RIS) são territórios complexos e em sua estrutura intergovernamental incluem, além da União e diversos municípios, no mínimo, dois estados¹. A regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) reconhece formalmente apenas os territórios intraestaduais, que foram organizados em 438 regiões de saúde, distribuídas em 26 estados, um Distrito Federal e 5.570 municípios².

As RIS não assumiram centralidade na política de regionalização do SUS e o ordenamento jurídico-normativo do sistema deu ênfase à dinâmica de gestão no âmbito estado-município, mas não no âmbito estado-estado¹. Ainda que investimentos nacionais pontuais tenham contemplado, tardiamente, duas regiões interestaduais do país para qualificação da gestão do sistema, nenhuma delas obteve homologação jurídica a nível federal³.

Governar o SUS nas RIS não se desvincula de adversidades já existentes nos territórios intraestaduais, dada a complexa engenharia político-institucional, que combina autonomia e poder compartilhado entre três esferas de gestão⁴ e que difere de outros países que adotaram uma organização federativa com poder centralizado nacionalmente, como a França, Dinamarca, Reino Unido e Japão, e outros em províncias, como a Espanha, Itália e Canadá⁵, Argentina, Paraguai⁴ e Nova Zelândia⁶.

A autonomia dos entes federativos não anula as desigualdades regionais que condicionam a interdependência de poder político, decisório e administrativo entre eles². No Brasil, a ausência de autoridades sanitárias regionais para coordenar essa relação é uma realidade nacional⁷, o que resultou em obstáculos históricos na consolidação do papel estadual para mediar articulações interfederativas no SUS⁸. Isto coloca em questionamento a institucionalidade deste processo nas fronteiras interestaduais, onde há maior complexidade de coordenação interfederativa, por combinarem territórios locais, estaduais e macrorregionais díspares.

Distintas iniciativas nacionais voltadas à regionalização do SUS foram implementadas entre 2000 e 2011⁹, mas nada se evidenciou em relação aos territórios interestaduais. As tentativas de resgate do papel estadual não alcançaram o êxito pretendido e predomina a baixa institucionalidade das pactuações e dos interesses locais em detrimento de uma política de regionaliza-

ção¹⁰. Apesar da criação de colegiados deliberativos como espaços de negociação intergestores, a literatura aponta desafios para construir consensos e pactuações nas regiões mais desiguais como o Norte e o Nordeste¹¹. É possível que estas problemáticas se tornem mais complexas nas fronteiras interestaduais, que podem agregar vários colegiados regionais com dinâmica e perfis singulares, sem espaços cogestores de âmbito interestadual, além da forte dependência da participação federal para coordenar a relação interfederativa nesses territórios.

A regionalização do SUS também se configura como um processo político que combina múltiplos atores sociais e poder distribuídos assimetricamente⁷. Envolve sujeitos com graus distintos de governabilidade e recursos financeiros, políticos, simbólicos ou técnicos, gerando um arranjo decisório complexo e multifacetado¹². Esta multiplicidade de atores torna os cenários interestaduais mais desafiantes, dada a dependência de articulação interfederativa entre atores do cenário municipal ao nacional.

Há ainda, o subfinanciamento histórico e, mais recentemente, o desfinanciamento do SUS com a política de austeridade fiscal brasileira^{2,13}, que aprofunda os desafios para a gestão do sistema em fronteiras interestaduais, uma vez que estes territórios não dispõem de mecanismos legais e orçamentários para o custeio de atendimentos a migrações intermunicipais, mas lidam com o constante trânsito de pessoas buscando cuidados de saúde, sem contrapartidas financeiras de entes fronteiriços¹⁴.

Na literatura, as pesquisas sobre a gestão regional do SUS estão concentradas no âmbito intraestadual e com importante escassez de estudos sobre governar o sistema em fronteiras interestaduais. Os estudos publicados tratam de abordagens mais exploratórias e pouco avaliativas, com foco na implementação da gestão regionalizada¹⁵ e na formulação de projeto de rede interestadual de saúde¹⁶.

Neste artigo, analisou-se a governabilidade dos gestores do SUS em uma fronteira interestadual. Pretende-se contribuir para a análise dos principais obstáculos da gestão do SUS em fronteiras interestaduais, a partir da análise de experiência pioneira de Rede Interestadual de Saúde brasileira, com projeto político constituído por Comissão de Cogestão Interestadual de Saúde (CRIE) e Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL).

Metodologia

Trata-se de pesquisa de análise política em saúde, mediante realização de estudo de caso regional com abordagem intensiva e nível de análise centrado na RIS. Adotou-se a “governabilidade” enquanto categoria teórica do Triângulo de Governo proposto por Matus¹⁷ e entendida como:

*Poder dos atores sociais para governar um projeto, em função do controle individual ou compartilhado de variáveis decisivas que condicionarão situações favoráveis, adversas ou indiferentes à aceitação ou rejeição de um projeto*¹⁷.

Identificaram-se os principais obstáculos ao projeto político idealizado para a regionalização do SUS na fronteira interestadual pesquisada, composto por 53 municípios, dois estados e a União. A fronteira incluía as macrorregiões Norte da Bahia e do Vale do São Francisco, em Pernambuco, sendo 28 municípios baianos e 25 pernambucanos. Todas contavam com Comissões Intergestores Regional (CIR) e as sedes da RIS eram os municípios de Juazeiro-BA e Petrolina-PE¹⁸. O cenário estudado possuía cerca de dois milhões de habitantes¹⁹, 127.887,91 km² de extensão territorial e sediou a primeira experiência nacional de Rede Interestadual de Saúde (iniciada em 2008)¹⁸. Existia uma CRIE com proposta de gestão tripartite, instituída desde 2010 enquanto espaço deliberativo e constituída por gestores das três esferas administrativas. Também havia a CRIL, implementada em 2011, financiada e gerida pelos estados fronteiriços¹⁸.

A produção dos dados ocorreu entre outubro de 2017 e agosto de 2018 e combinou análise documental, entrevistas com informantes-chave e registros de diário de campo. Utilizaram-se documentos com recorte temporal de 2008 a 2018, período correspondente às principais decisões para implantação do desenho regional e a finalização da pesquisa. Analisaram-se 499 documentos, entre relatórios e projetos de grupos de trabalho na RIS, resoluções estaduais, portarias e documentos técnicos federais, atas das CRIL e da CIR, das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e da CRIE, planos e relatórios de gestão desde a esfera nacional ao âmbito dos municípios-sede da RIS, além dos Planos Diretores de Regionalização dos estados.

Os informantes-chave incluídos participaram do processo de formulação e implementação da Rede Interestadual de Saúde ou pertenciam a espaços de decisão e gestão de serviços de saúde na RIS ou eram aqueles apontados como influentes na dinâmica política regional. As entrevistas foram gravadas e transcritas na

íntegra. Entrevistaram-se 35 atores vinculados aos seguintes espaços: da gestão municipal à interestadual, Universidade Federal, organizações da administração indireta, Ministério Público Federal, grupos econômicos influentes no setor saúde e sindicato de médicos na região.

Processaram-se os dados no QRS NVivo11, pelo qual triangularam-se as fontes documentais com as entrevistas e os diários de campo. Codificaram-se as informações conforme os principais obstáculos ao projeto de regionalização interestadual do SUS, conforme as variáveis controladas e não controladas pelos gestores. Em seguida, o material foi cotejado com um plano analítico que orientou a construção dos resultados (Quadro 1).

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética da Universidade Federal da Bahia (CAAE 74178617.4.0000.5030) e os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Os resultados deste estudo foram organizados em tópicos correspondentes aos critérios de análise definidos a partir da categoria “governabilidade” (Quadro 1). Eles abordarão da coordenação federal e articulação dos entes federativos à governabilidade da regulação interestadual de leitos. Para cada seção, foram sistematizados excertos ilustrativos que sustentarão os argumentos apresentados nos resultados (Quadro 2).

Ausente coordenação federal e desarticulação interfederativa na fronteira interestadual

No desenho político da RIS foi instituída a CRIE enquanto espaço deliberativo das principais decisões relativas ao SUS no cenário estudado. Na sua composição, previa-se uma articulação tripartite com a participação do União, dois estados e 53 municípios do território. As entrevistas e atas analisadas ratificaram a ausente coordenação federal sobre as decisões ocorridas na gestão interestadual do SUS. Os únicos períodos de atuação do Ministério da Saúde no território pesquisado se limitaram à elaboração do Projeto de Rede Interestadual de Saúde, entre 2008 e 2009, e ao financiamento para implantação do Projeto QualiSUS-Rede entre 2011 e 2012.

As atas da CRIE revelaram que a única inserção da esfera federal na RIS correspondia à

Quadro 1. Recorte do plano analítico do estudo para a categoria “Governabilidade”, suas dimensões e critérios de análise.

Categoria analítica	Definição	Operacionalização	Dimensão analítica	Critérios de análise
Governabilidade	Grau de controle do(s) ator(es) que governa(m) sobre variáveis relevantes e decisivas para seu projeto de governo.	Principais obstáculos ou resistências políticas para os gestores das três esferas administrativas governarem o SUS em uma fronteira interestadual.	Coordenação federal	Participação federal na articulação interfederativa interestadual.
			Pactuação intergestores	Institucionalidade de pactuações em cenários interestaduais.
			Financiamento	Autonomia e interdependência fiscal de entes federativos fronteiriços.
			Alternância de poder político-partidário	Alternância de gestores das esferas administrativas.
			Regulação interestadual de leitos	Gestão de Central de Regulação Interestadual de Leitos.

Fonte: Autores.

diretoria do Hospital Universitário Federal em Petrolina-PE, através de servidores da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que possuíam assento na CRIE, mas sem qualquer relação com instâncias do Ministério da Saúde (MS). O governo federal já não participava das reuniões do colegiado desde 2013 até o período de encerramento da pesquisa. Este cenário colaborava para a inércia de decisões nas quais municípios e estados dependiam totalmente do MS, corroborando para a desarticulação interfederativa e estagnação das pactuações tripartites para avançar, por exemplo, na alocação de recursos financeiros e garantir a implantação do projeto de Rede Interestadual de Saúde idealizado para o território.

Por fim, as normativas sobre a política nacional de regionalização permitiram concluir que as diretrizes federais não contemplaram a gestão do SUS no âmbito interestadual, havendo um importante vazio no arcabouço legal para direcionar a ação dos gestores nestes territórios.

Baixa institucionalidade das pactuações interestaduais

Tanto as entrevistas como as atas analisadas ratificaram a baixa institucionalidade das pactuações interestaduais, o que comprometia possibilidades de planejamento regional integrado. Inexistiam métodos legais e operacionais para integrar os planos e programações físicas e orçamentárias de cada estado, colaborando para relações interfederativas operadas no plano da

informalidade, mediante a permuta de serviços de saúde entre gestores.

Havia diferentes tempos políticos e burocráticos na atualização da PPI dos dois estados (uma delas estagnada e outra em processo de atualização) que inviabilizavam pactuações interestaduais e corroborava para que a programação das ações e serviços fosse restrita a cada estado. Atas e entrevistas confirmaram a impossibilidade da PPI de cada estado acompanhar a velocidade das demandas flutuantes da população interestadual, uma vez que se tratam de necessidades imprevisíveis e não incluídas no rito de planejamento e pactuação formalmente instituído na política de regionalização do SUS.

Dois obstáculos à pactuação interestadual se destacaram. O primeiro, relativo à insuficiente oferta de serviços especializados na rede própria dos municípios de referência macrorregional. O segundo, concernente à estagnação das revisões da PPI de cada estado, que colaborava para a disputa entre os preços praticados na Tabela SUS e aqueles impostos pelo mercado de contratualização de serviços privados, criando impasses para a complementação de serviços constantes nas programações de saúde.

Registros de atas da CIR referiam que os preços praticados na Tabela SUS eram pouco atrativos para o mercado de serviços privados, nas negociações de contratos com os gestores. Propostas contratuais eram constantemente recusadas pelo setor privado, que alegava desinteresse em comercializar serviços com preços abaixo do praticado pelo mercado. Empresários

Quadro 2. Síntese de excertos ilustrativos segundo dimensões analíticas do estudo e seções do artigo.

Dimensão analítica	Seção do artigo	Principais excertos ilustrativos
Coordenação federal	Ausente coordenação federal e desarticulação interfederativa na fronteira interestadual	“Eu acho que o Ministério da Saúde é um pouco distante da realidade, principalmente agora.” (Gestor Regional de Saúde). “Só no começo. Eu não consigo sentir nenhuma representação do governo federal.” (Secretária Municipal de Saúde I). “O Ministério aprovou e acompanhou, de fato, só que depois ele não participou mais de nenhuma reunião, entendeu? Não existe mais esse acompanhamento assíduo da política pública do país em relação a isso. Era um modelo que poderia até servir para outros estados, né? Mas hoje eu sinto, particularmente, que essa ausência do Ministério da Saúde...” (Secretária Municipal de Saúde III). “Aí nessa discussão né, da rede, assim, se pensava no planejamento integrado, interestadual, um orçamento integrado, mas o que parece é que isso não vingou. Não caminhou uma PPI interestadual; um orçamento interestadual, porque o que algumas pessoas falam é assim: “Isso não é legislado. Ainda não é legislado”. Como eu pego recurso de um estado e passo para outro? Isso é legislado a nível estadual e municipal.” (Gestor de Regulação Interestadual). “Não existia forma legal até então para se transferir recursos. Então, na época, a ideia era trocar serviços.” (Gestor de Regulação Interestadual).
Pactuação intergestores	Baixa institucionalidade das pactuações interestaduais	“Muitas coisas não avançaram no financiamento e a questão da PPI, porque a gente não fez pactuação. Houve uma troca. Eu levo meu paciente para lá, porque lá é referência. Eles de lá trazem para cá, porque aqui é a referência. Mas isso não está dentro da PPI. É um acordo de cavalheiros.” (Secretária Municipal de Saúde V). “Então, não havia nenhuma discussão pelo estado de Pernambuco da PPI. E na Bahia já havia algo mais dinâmico. Como é que a gente ia fazer a PPI interestadual? Juntar os dois documentos? Pegar o recurso da atenção hospitalar da PPI dos dois estados e aí fazer a PPI interestadual? [...]” (Secretária Municipal de Saúde IV). “Se eu fosse dizer como eram nossos colegiados; quando iniciou... calorosos, sala cheia, todo mundo cheio de ideias, apontando estratégias para como a gente se conduzir ... esse era aquele cenário. Hoje, nós passamos o ano de 2015 e 2016 sem o colegiado conseguir se reunir [...] essa acomodação, essa não priorização, era apenas do estado da Bahia? Se eu fosse dizer que era apenas do Estado da Bahia, talvez eu não estivesse falando a verdade para você. Mas a gente percebe que Pernambuco também não tem priorizado mais essa rede” (Gerente Regional de Saúde I). “Como é que se consegue alguma coisa? E aí entra o que a gente acha que é a questão do arrumadinho ou influência ou tráfico de influência. Eu conheço fulano, que se eu ligar para ela, ela me consegue uma vaga para fazer um ergométrico, um ecocardiograma, uma eletroneuromiografia”. (Gerente regional de Saúde I).

continua

do setor saúde se destacavam pela concentração de poder nas negociações contratuais, pois controlavam os recursos e meios de produção de serviços saúde em cenário de oferta pública insuficiente e dependência dos gestores municipais e estaduais em relação ao setor privado.

Desigualdades fiscais intermunicipais e dependência financeira

A desigualdade fiscal entre os municípios relativizava a autonomia dos entes federados e condicionava os sistemas locais de pequeno porte a um cenário de dependência financeira em

Quadro 2. Síntese de excertos ilustrativos segundo dimensões analíticas do estudo e seções do artigo.

Dimensão analítica	Seção do artigo	Principais excertos ilustrativos
Financiamento	Desigualdades fiscais intermunicipais e dependência financeira	“Os municípios se queixem que não tem recursos e não podem andar sozinhos; preciso de apoio; se colocando sempre como o primo pobre. Não posso fazer e preciso de apoio sempre.” (Secretária Municipal de Saúde IV). “Petrolina tem recebido uma carga muito grande de demanda. Digamos assim ... que ele tem que assumir a maioria, não só Petrolina, mas todos os municípios-sede estão assumindo cada vez mais responsabilidades. E aí a gente vê que essa sua condição de ser um município-sede e ser sede para outros municípios vem estagnando. Vem diminuindo pela própria falta de condição de infraestrutura desses municípios e de dinheiro mesmo, de recurso, né?” (Secretária Municipal de Saúde I). “O que é repassado para esses municípios, também deixa muito a desejar, não contempla e as prefeituras da região como um todo percebendo isso, percebendo o subfinanciamento da saúde, investiram em ambulancioterapia.” (Representante de Grupo Econômico da Região).
Alternância de poder político-partidário	Alternância político-administrativa nas esferas de gestão	“Olhe, eu percebo assim, que os dois estados chegaram num momento que quando há troca da gestão, parece que os projetos são do gestor. O projeto da PEBA ficou na conta da gestão de Solla e na conta da gestão lá em Pernambuco. Mudou, é como se não existisse mais aquele ... e olhe que aqui na Bahia foi o mesmo partido que continuou.” (Gestora Estadual de Média e Alta Complexidade). “Infelizmente ou felizmente existe o período eleitoral. E o período eleitoral do município é diferente do estado. Então, o que é que ocorre? Os gestores, por exemplo, desse ano, são todos novos. E o que é que ocorre? A maioria dos gestores não tem conhecimento dessa rede interestadual e do que foi pactuado.” (Gestora de Regulação Interestadual II).
Regulação interestadual de leitos	Baixa governabilidade da regulação interestadual de leitos	“A CRIL não tem dificuldade no processo de regulação. O problema é o déficit de vagas, pois não temos garantia que o Regional de Juazeiro irá realizar as cirurgias de traumatologia-ortopedia que foram contratualizadas. Não temos como ampliar as cirurgias da SOTE; retomar as cirurgias do hospital em S. do Bonfim; regular paciente para o hospital da CHESF em Paulo Afonso etc. (Gestora de Regulação Interestadual II). “Então, o que é que ocorre? Na Bahia a gente utiliza o SUREN e em Pernambuco a gente utiliza para leito de UTI o SISREG, mas pra urgência e emergência é por e-mail. Então a gente utiliza vários sistemas e eles não se falam, não tem interação por unidade” (Gerente de Regulação Municipal).

Fonte: Autores.

relação aos entes municipais de maior porte e aos entes estadual e federal. Esta situação contribuiu para a saturação fiscal dos municípios-sede de macrorregião, que assumiam o maior ônus da oferta de serviços regionalizados, comprometendo, desse modo, sua capacidade financeira e instalada para assumir o papel de referência.

Como repercussão da dependência fiscal intermunicipal, gestores de municípios menores adotavam como estratégia política, a aquisição

de novas ambulâncias, o que segundo entrevistados, tornou-se uma dinâmica compensatória para garantir o encaminhamento de munícipes com demanda para serviços de média e alta complexidade aos serviços de referência localizados nos territórios das sedes macrorregionais.

Para garantir a oferta de serviços hospitalares de alta complexidade (ponto crítico da RIS), as atas da CIR revelaram constantes remanejamentos de recursos financeiros da média

complexidade nos municípios-sede. Com isso, a oferta de atenção ambulatorial especializada era comprometida, aprofundando barreiras de acesso à própria população do município-sede e dos entes locais limítrofes. A limitação fiscal dos municípios também era aprofundada por atrasos de repasses e insuficiente alocação de recursos estaduais destinados a investimentos necessários para a RIS. Os relatórios de gestão estadual evidenciaram descumprimentos de repasses estaduais para os municípios, justificados pela crise fiscal nacional e pela incapacidade financeira dos estados ampliarem a regionalização dos serviços de saúde. Como consequência, as atas e resoluções da CIB ratificaram constantes remanejamentos de recursos da PPI destinados à atenção especializada para a alta complexidade de urgência e emergência hospitalar, tornando ainda mais crítico, o cenário de iniquidade nos repasses financeiros.

Alternância político-administrativa nas esferas de gestão

As informações desse tópico se referem aos estados e aos municípios-sede de região de saúde da fronteira interestadual (Juazeiro, Senhor do Bonfim, Paulo Afonso, Petrolina, Ouricuri e Salgueiro). As sedes de regiões de saúde foram priorizadas nesta análise, por concentrarem a oferta de serviços de saúde e serem referência para os demais municípios de pequeno porte.

Evidenciou-se que a rotatividade de gestores estaduais afetou a participação dos estados nas decisões envolvendo a regionalização interestadual do SUS. Isto colaborou para rupturas com o projeto de Rede Interestadual de Saúde idealizado para o território pesquisado, diante da saída de atores dos espaços decisórios que contribuíram para a sua construção e da introdução de outros atores que não colaboraram para a manutenção de correlações de força favoráveis à implantação do projeto. No estado da Bahia, os entrevistados foram unânimes em afirmar sobre o fechamento de serviços de referência nas sedes regionais de Paulo Afonso e Senhor do Bonfim, a partir de 2015, após rotatividade de atores na gestão estadual.

Os relatórios do TSE entre 2007 e 2017 apontaram que o estado da Bahia teve continuidade político-partidária com o Partido dos Trabalhadores. Todavia, os planos estaduais de saúde permitiram identificar mudanças importantes na equipe de gestão da Secretaria Estadual da Bahia (SESAB) e ruptura entre o projeto de governo concebido na gestão Jorge Solla (2007-

2014) e a agenda de um novo projeto concebido pela gestão Fábio Vilasbóas, a partir de 2015. Vale ressaltar que o cenário nacional teve descontinuidade partidária em 2016, após o Golpe de Estado contra a Presidenta Dilma Rousseff (PT), o que pode ter aprofundado a desarticulação interfederativa no território estudado, por rupturas na correlação de forças entre gestores do executivo federal e estadual.

No âmbito municipal, os relatórios do TSE ratificaram que todos os municípios-sede da fronteira interestadual tiveram alternância político-partidária, exceto Juazeiro. Diversos entrevistados referiram que isso impôs desafios para consolidar relações cooperativas entre municípios e estados. Como exemplo, mencionaram-se impasses nas negociações entre a SESAB e a gestão de Senhor do Bonfim para ampliação de serviços de referência regional. Este cenário de alternância entre partidos políticos e gestores do SUS, de acordo com as entrevistas, postergava negociações importantes para avançar numa política interestadual de saúde, uma vez que a introdução de novos atores à dinâmica política interestadual requer maior tempo institucional para que estes se apropriem das singularidades de planejamento, articulação e decisão.

Baixa governabilidade da regulação interestadual de leitos

No projeto político da RIS instituiu-se uma CRIL em 2011, com proposta de cogestão entre os estados. O serviço de regulação interestadual tinha, como centralidade, a gestão de leitos de alta complexidade em urgência e emergência. Os fluxos estabelecidos para a regulação hospitalar foram pactuados entre os gestores municipais, estaduais, da CRIL e gerentes das unidades executantes e solicitantes.

A ampliação de leitos de urgências foi uma das propostas idealizadas no projeto regionalização interestadual do território pesquisado. Contudo, mesmo após anos de tentativas de implantação deste projeto, os RAG da Bahia, apresentavam registros que confirmaram a concentração de leitos de emergência hospitalares na capital e respectiva região metropolitana. A RIS estudada possuía menos de 2,0 leitos por 1.000 habitantes, de acordo com as atas da CRIE e relatórios da CRIL. Este cenário foi confirmado, também pelas entrevistas, que referiram a oferta insuficiente de leitos para atender às demandas de regulação interestadual.

Boa parte dos leitos de urgência e emergência se concentrava nas regiões sede da fronteira

(Juazeiro-BA e Petrolina-PE) em detrimento das demais como Paulo Afonso, Senhor do Bonfim, Salgueiro e Ourucuri. Os impasses sobre a oferta desigual de leitos nas regiões de saúde da Bahia, em especial, de Senhor do Bonfim e Paulo Afonso, foram justificados nas atas da CRIE. No primeiro caso, havia entraves políticos de negociação entre a SESAB e a gestão municipal, em função do único hospital da cidade ser filantrópico e se encontrar sob intervenção do município há mais de uma década. No segundo, referia-se ao fato do hospital regional ser privado e de propriedade da Companhia Hidrelétrica do São Francisco, o que repercutia em entraves para alocar financiamento público ou doar a estrutura hospitalar para a SESAB. Ambas as situações impediam a inclusão destes serviços como unidades executantes e reguladas pela CRIL.

O modelo de gestão dos hospitais regionais também afetava a governabilidade dos gestores da CRIL. Nos planos estaduais analisados, identificou-se que dos sete hospitais de referência da fronteira interestadual, quatro eram de natureza pública e sob gestão direta da SES. Na Bahia, dos sete hospitais referência regional, seis não eram públicos e o único pertencente à rede própria se encontrava em gestão indireta por uma Organização Social. Além disso, uma das principais unidades de alta complexidade da RIS era gerenciada pela EBSERH. Diante disso, os relatórios da CRIL apontaram um baixo poder administrativo e político dos gestores da central reguladora para impedir decisões unilaterais das direções hospitalares e que resultavam na desorganização dos fluxos de regulação interestadual. Pode-se citar, o exemplo de decisões arbitrárias dos dirigentes do hospital universitário, que adotaram novos critérios de acesso dos usuários para a unidade, de modo a restringir a regulação daqueles que não se enquadravam no perfil clínico definido pela administração do estabelecimento.

Entrevistados destacaram que a regulação interestadual também não contava com sistema integrado entre os estados, dificultando a padronização do processo regulatório entre as unidades executantes localizadas em limites administrativos estaduais distintos. Ademais, as atas da CRIE e das CIR foram concordantes sobre a insuficiente resolutividade dos hospitais de pequeno porte da fronteira interestadual, o que colaborava para a ocorrência constante de encaminhamentos de baixa urgência para unidades de alta complexidade e em desrespeito aos fluxos de regulação estabelecidos. Boa parte destes encaminhamentos ocorria sem regula-

ção médica e com informações divergentes do quadro clínico, acirrando conflitos de prestação do cuidado entre médicos reguladores, gestores municipais e dirigentes hospitalares.

Discussão

Governar exige forças políticas capazes de vencer a inércia, as contradições e as adversidades das circunstâncias, que podem fugir ao controle dos atores sociais¹⁷. Convém salientar, a diversidade de atores em ação numa fronteira interestadual, haja vista que o Brasil instituiu uma complexa engenharia político-institucional para a gestão do SUS, combinando autonomia e poder compartilhado entre a União, estados e municípios⁴. Nos cenários interestaduais, a articulação entre as três esferas administrativas se torna mais desafiante, por agregar além do ente federal e municipal, no mínimo, dois estados¹.

A ausente participação federal no cenário estudado foi um importante obstáculo de articulação interfederativa, dada sua interdependência tripartite. Autores têm destacado que mesmo nos territórios intraestaduais, a ausente participação da União é histórica e reflete uma herança da ênfase na municipalização do sistema, em detrimento da regionalização²⁰. A representação política do ente nacional nas regiões de saúde poderia articular melhor os gestores subnacionais e reduzir desigualdades na provisão de serviços públicos²¹.

Por outro lado, a ausência de diretrizes nacionais para a gestão do sistema de saúde nas RIS revela uma importante insegurança jurídica para os gestores e que limita a implantação de propostas de redes de atenção à saúde fronteiriças⁴. Este cenário corrobora com autores que assinalam a insuficiente legislação brasileira para abarcar todas as singularidades regionais^{22,23}. Há importantes desafios do marco legal brasileiro para conciliar objetivos interfederativos em cenários comumente atípicos, que negligencia a trama política da gestão na saúde²⁴.

Governar o SUS no âmbito interestadual requer a efetivação do planejamento interestadual integrado. Todavia, isto ainda é uma aposta distante de se concretizar, dada baixa institucionalidade dos instrumentos de planejamento nos próprios territórios regionais típicos⁷. Os obstáculos ao planejamento interestadual integrado evidentes nesse estudo apenas confirmaram a complexidade de instituir consensos e pactuações em cenários que agregam múltiplos entes federativos, com interdependência tripartite. Há

autores que justificam as adversidades de planejamento regional sob duas perspectivas: primeiro, o excesso de autonomia municipal como um indicativo da fragmentação do sistema; segundo, a limitação da autonomia financeira municipal como ponto crítico para estabelecer acordos políticos interfederativos²⁵.

Destacam-se nas regiões interestaduais, as demandas transitórias de usuários(as) que cruzam a fronteira em busca de acesso aos serviços de saúde. Trata-se de situação imprevisível para os gestores do SUS e que não encontra nos instrumentos de planejamento do sistema, o amparo legal que possibilite a realização de programações físicas e orçamentárias integradas. Assim, torna-se inviável instituir uma PPI interestadual, pois até mesmo nos cenários intraestaduais autores assinalam que este instrumento não tem garantido o acesso às demandas pactuadas²⁶. Os achados deste estudo são concordantes com outros artigos que evidenciaram a pactuação regional como um processo de difícil operacionalização²¹.

A institucionalidade da pactuação de ações e serviços de saúde numa RIS é dependente da alocação de investimentos financeiros complementares e suficientes para atender às necessidades destes territórios, uma vez que se trata não apenas de uma ampla extensão territorial, mas de um conjunto de regiões de saúde com importantes desigualdades fiscais e de oferta de serviços de saúde. Há estudos que corroboram sobre a falta de financiamento novo destinado a projetos de regionalização do SUS²⁷ e que até mesmo em regiões de maior desenvolvimento econômico há inviabilidade de pactuações sem financiamento complementar para ampliar a oferta de serviços e a capacidade fiscal dos entes federativos²⁸.

Neste estudo, duas questões sinérgicas merecem atenção: primeiro, como a crise fiscal dos estados tem limitado os repasses financeiros destinados ao custeio e ampliação de serviços de referência regional aos municípios, afetando a equidade na oferta de serviços. Segundo, como a insuficiente oferta pública de serviços em tais regiões promove um desequilíbrio entre oferta e demanda por serviços na fronteira interestadual e condiciona os gestores do SUS a contratações com preços inflacionados pelo empresariado regional. Outros autores ressaltam que no segundo caso, a desigualdade entre capacidade de contratação e as demandas regionais, contribui para que os prestadores tenham maior controle das decisões que afetam os serviços contratados e, conseqüentemente, reverberam sobre os acor-

dos intergestores²⁶.

Os constantes rompimentos de “acordos” intergestores evidentes nesta pesquisa chamam a atenção para duas questões sinalizadas nos estudos e que acirravam disputas intermunicipais de forma recorrente na RIS. A primeira é o fato do município demandante (de menor porte) alocar recursos previamente no município de referência, sem a certeza da garantia de acesso²⁶. A segunda, diz respeito a esta alocação prévia de recursos no município-sede colaborar para que sua gestão assumira posição vantajosa em relação aos demais, porque goza da prerrogativa de gerir recursos financeiros alocados mensalmente para atendimento à sua população e à referenciada¹¹.

A desigualdade fiscal intermunicipal identificada nesta pesquisa apontou que este cenário afeta regressivamente as possibilidades de relações federativas cooperativas e solidárias entre os entes, na gestão interestadual do SUS. Isto também é uma característica presente em outras regiões de saúde brasileiras⁴. Alguns autores problematizam que o agrupamento de municípios em recortes territoriais não é suficiente para eliminar as desigualdades fiscais²⁹ e trata-se de uma importante contradição da descentralização, que não propiciou a independência fiscal aos entes locais²⁷.

Vale salientar como a dependência financeira local pode se tornar mais complexa nas fronteiras interestaduais, que agregam diversos municípios fronteiriços e desiguais economicamente, além de, no mínimo, dois estados sem qualquer mecanismo legal de compensação financeira das demandas de saúde. Há artigos que defendem alternativas orçamentárias compensatórias entre cidades de fronteira entre países e que talvez possam ter utilidade institucional em fronteiras interestaduais. Elas incluem repasses complementares por procedimento realizado em pessoas que residam fora do limite territorial; a implantação de sistemas que registrem a demanda da população flutuante e a criação de estruturas administrativas e financeiras transfronteiriças⁴.

Os resultados desse estudo se assemelham aos de outros artigos que evidenciaram como a alternância político-administrativa contribuiu para rotatividade de gestores, altera a correlação de forças entre os entes federativos e fragmenta a capacidade deliberativa dos atores na política de regionalização²⁴. Esta rotatividade diversifica interesses em disputa e fragiliza grupos de atores já estabelecidos nas regiões de saúde²³, ao passo que territórios com continuidade administrati-

va apresentam mais facilidade para estabelecer consensos decisórios³⁰.

Os achados desse estudo evidenciaram como a ausência de coordenação dos estados na fronteira interestadual compromete de forma importante a implantação de colegiados gestores interestaduais e tornam projetos de regionalização interestadual do SUS incertos. A participação dos estados é um ponto fundamental nos processos de regionalização do sistema, dada a diversidade de atores e organizações que compõem as decisões regionais⁸. Em regiões com pouca atuação estadual predominam processos de gestão centrados na prestação de serviços em detrimento da coordenação dos sistemas regionais³¹, enquanto nas regiões com fóruns deliberativos atuantes há maior possibilidade de avanços na regionalização do sistema²¹.

A dificuldade de instituir fóruns deliberativos atuantes também é uma característica presente em regiões intraestaduais. As semelhanças entre os resultados desta pesquisa com as demais regiões brasileiras dizem respeito, principalmente, à dinâmica dos espaços deliberativos com atuação predominantemente formalista e burocrática, com baixa capacidade decisória, ausente coordenação dos estados e da gestão federal no apoio à política de regionalização^{27,32}.

Há estudos que corroboram com os achados dessa pesquisa, em regiões com característica semelhante quanto à predominância de leitos privados e de hospitais em gestão indireta^{27,33}. Os obstáculos de regulação interestadual identificados neste estudo foram semelhantes a desafios de regulação em outras regiões de saúde, ainda que com configurações intraestaduais. Existem semelhanças quanto à insuficiente oferta de leitos de alta complexidade³⁴; a inexistência de um sistema de regulação integrado e interferência dos prestadores privados e filantrópicos na governabilidade da regulação^{24,33}; e às interferências políticas de prefeitos e secretários de saúde nos fluxos assistenciais¹¹.

Registra-se a importante influência de pressões do setor privado sobre a dinâmica de regulação assistencial, resultando em baixa governabilidade de gestores e profissionais da central reguladora interestadual. A predominância de hospitais em modelo de gestão indireta ou contratados pelo SUS compromete diretamente o controle público sobre os fluxos de regulação previamente pactuados, gerando um cenário conflitivo e de incertezas. Isto confirma as proposições teóricas de Matus¹⁷ sobre a governabilidade enquanto reflexo da desigualdade de poder que os atores sociais têm para realizar o seu

projeto de governo mediante a coexistência de outros projetos em disputa. A governabilidade é, portanto, a relação entre variáveis controladas e não controladas pelos atores e relaciona-se com a influência que estes atores exercem sobre variáveis decisivas e seu grau de controle compartilhado com outros atores, de modo que, quanto maior o número de variáveis controladas por um ator, maior será sua liberdade de ação e, consequentemente, a governabilidade dele sobre projetos de governo idealizados.

Assim, ao analisar a gestão interestadual do SUS, este estudo contribuiu para o que destaca Matus¹⁷ sobre a possibilidade da categoria “governabilidade” revelar as forças opositoras exercidas pelo “sistema político-social sobre um determinado projeto de governo e aos atores deste projeto”. Destaca-se a limitação do tempo transcorrido da coleta dos dados, apesar da pouca probabilidade de mudanças do cenário do estudo, dada a inércia governamental em se avançar na regionalização interestadual.

Recentemente, foi aprovada a criação de Macrorregiões Interestaduais de Saúde em pactuação ocorrida na Comissão Intergestores Tripartite em setembro de 2024. Se tal criação for acompanhada de medidas efetivas de fortalecimento dos níveis federal e estadual na gestão dessas macrorregiões, com aumento do aporte de recursos financeiros e instituição de mecanismos planejamento, pactuação e regulação, pode ser possível reduzir os problemas de acesso da população a serviços de média e alta complexidade nesses territórios. Mas, as questões de natureza política tal como foram identificadas neste estudo não serão superadas apenas com o aumento da eficiência da gestão regional interestadual.

Os obstáculos de gestão do SUS identificados neste estudo revelam baixas possibilidades para governar o sistema em fronteiras interestaduais, sem uma articulação interfederativa tripartite com arcabouço legal e que inclua mecanismos de integração do planejamento, programação física e orçamentária entre os estados. Projetos de regionalização interestadual do SUS abarcam propósitos com objetivos significativamente redistributivos entre múltiplos atores de cenários e instituições diversas, exigindo correlações de forças suficientes para superar contradições transversais do cenário federal ao municipal, sem desvinculá-las daquelas impostas pelo poder do setor privado.

Em suma, há três relativizações importantes sobre a categoria “governabilidade” destacadas por Matus¹⁷ e que nos ajudam a compreender os obstáculos à gestão interestadual do SUS aqui

sumarizados. A primeira se refere ao fato do sistema possuir condições de governabilidade desiguais, já que os atores não possuem o mesmo controle em número e tipos de variáveis. A segunda relaciona a governabilidade do sistema ao conteúdo propositivo do projeto de gover-

no, onde objetivos mais modestos aumentam a probabilidade de melhores condições de governabilidade, ao contrário de objetivos muito ambiciosos. A terceira, diz respeito à governabilidade do sistema ser diretamente proporcional à capacidade de governo dos atores.

Colaboradores

Todos os autores participaram igualmente na concepção e delineamento do estudo, produção dos dados, análise e interpretação dos resultados.

Declaração de disponibilidade de dados

As fontes de dados utilizados na pesquisa estão indicadas no corpo do artigo.

Referências

1. Aleluia IRS, Medina MG, Vilasbôas ALQ, Viana ALD. Gestão do SUS em regiões interestaduais de saúde: análise da capacidade de governo. *Cien Saude Colet* 2022; 27(5):1883-1894.
2. Geremia DS, Dain S. Federalismo e gestão metropolitana: subsídios para o planejamento territorial dos serviços de saúde. *Tempus Actas Saude Colet* 2018; 11(2):255-256.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. *Relatório de progresso do Projeto QualiSUS-Rede*. Brasília: MS; 2013.
4. Aikes S, Rizzotto MLF. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. *Cad Saude Publica* 2018; 34(8):1-11.
5. Barker P, Church J. Revisiting Health Regionalization in Canada. *Int J Health Serv* 2017; 47(2):333-351.
6. Tenbensel T. Health System Regionalization - the New Zealand Experience. *Healthc Pap* 2016; 16(1):27-33.
7. Lima LD, Albuquerque MV, Scatena JHG. *Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil? Contribuições para o estudo da governança regional na saúde*. São Paulo: Região e Redes; 2017.
8. Jaccoud L, Vieira FS. *Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação*. Rio de Janeiro: Ipea; 2018.
9. Silva RCF, Santos ERR, Martelli PJJ, Lorena Sobrinho JE, Souto CCL. A governança e o planejamento na perspectiva regional de saúde. *Physis* 2020; 30(3):e300331.

10. Menicucci TMG, Costa LA, Machado JA. Pacto pela saúde: abordagens e colisões na arena federal. *Cien Saude Colet* 2018; 23(1):29-40.
11. Oliveira JS, Santos AM, Santos HLPC, Afonso GV, Biscarde DGS, Santos TBS, Prado NMBL. Gestão e planejamento integrado em saúde no SUS: análise da capacidade governamental em região de saúde da Bahia. *Physis* 2024; 34:e34052.
12. Aleluia IRS, Medina MG, Vilasboas ALQ. Desafios da gestão regionalizada no Sistema Único de Saúde. *Rev Gest Países Língua Portuguesa* 2021; 20(2):104-120.
13. Santos AM. *Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração e coordenação do cuidado*. Salvador: EDUFBA; 2018.
14. Aikes S, Rizzotto MLF. A saúde em região de fronteira: o que dizem os documentos do Mercosul e Unasul. *Saude Soc* 2020; 29(2):1-14.
15. Casanova AO, Cruz MM, Giovannella L, Alves GR, Cardoso GCP. A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualisUS-Rede. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1209-1224.
16. Pereira APCM, Viana ALD. Da formação da agenda à implementação da política: o caso da Rede Interestadual de Saúde Pernambuco-Bahia. *Rev Bras Gestão Desenvol Reg* 2019; 15:99-112.
17. Matus C. *Teoria do Jogo Social*. São Paulo: FUNDAP; 2005.
18. Bahia. Pernambuco. *Projeto de implementação da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco*. 2009.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estimativa populacional 2018 do IBGE*. Rio de Janeiro: IBGE; 2018.
20. Nogueira MSL, Oliveira LC, Costa LFA. Comissão Intergestores Regional como mecanismo de governança da política de saúde no Ceará. *Saude Debate* 2021; 45(129):263-274.
21. Ouverney AM, Ribeiro JM, Moreira MR. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1193-1207.
22. Carvalho GP. Desigualdades regionais e o papel dos recursos federais no SUS: fatores políticos condicionam a alocação de recursos? *Cien Saude Colet* 2021; 26(2):3409-3421.
23. Souza JCDS, Santos AO. Os desafios da regionalização do SUS no contexto federativo brasileiro. *Cad Ibero-Amer Dir Sanit* 2018; 7(2):29-47.
24. Ribeiro JM, Moreira MR, Ouverney AM, Pinto LF, Silva CMFP. Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1777-1789.
25. Duarte LS, Mendes ÁN, Louvison MCP. O processo de regionalização do SUS e a autonomia municipal no uso dos recursos financeiros: uma análise do estado de São Paulo (2009-2014). *Saude Debate* 2018; 42(116):25-37.
26. Saldanha FGP, Jorge MSB, Linard CFBM. A Programação Pactuada e Integrada enquanto Instrumento de Planejamento e Gestão na Gestão Hospitalar: uma revisão de escopo. *Res Soc Develop* 2022; 11(10):1-10.
27. Moreira MR, Ribeiro JM, Ouverney AM. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1097-1108.
28. Peixoto LT, Coelho TCB, Peixoto MT. Caminho da Programação Pactuada Integrada (PPI 2009) na Bahia. In: Coelho TCB, organizadora. *Regionalização, articulação e regulação do SUS: valorizando os aportes locais*. Feira de Santana: UEFES Editora; 2016. p. 83-130.
29. Viana ALD, Bousquat A, Melo GA, Negri-Filho A, Medina MG. Regionalização e Redes de Saúde. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):791-1798.
30. Albuquerque MV, Lima LD, Oliveira RAD, Scatena JHG, Martinelli NL, Pereira AMM. Governança regional do sistema de saúde no Brasil: configurações de atores e papel das Comissões Intergovernamentais. *Cien Saude Colet* 2018; 23(10):3151-3161.
31. Biscarde DGS, Vilasbôas ALQ, Trad LAB. Consenso e pactuação regional entre gestores do SUS no nordeste do Brasil. *Cien Saude Colet* 2019; 24(12):4519-4526.
32. Mello GA, Pereira APCM, Uchimura LYT, Iozzi FL, Demarzo MMP, Viana ALD. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1291-1310.
33. Silva JFM, Carvalho BG, Domingos CM, Mendonça FF. A relação público-privada em uma região de saúde: influências sobre a organização da oferta e da demanda de média complexidade no Sistema Único de Saúde em pequenos municípios. *Saude Soc* 2020; 29(4):1-13.
34. Garbelo L, Sousa ABL, Silva CO. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1225-1234.

Artigo apresentado em 09/07/2024

Aprovado em 10/02/2025

Versão final apresentada em 12/02/2025

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva, Vania de Matos Fonseca