

O Contexto Político-Administrativo da Implantação de Distritos Sanitários no Estado da Bahia, Brasil

The Political and Administrative Context of the Implementation of Health Districts in the State of Bahia, Brazil

Carmen F. Teixeira¹; Jairnilson S. Paim¹; Eliane C. Araújo¹
Vera L. A. Formigli¹ & Heloniza G. Costa¹

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; ARAÚJO, E. C.; FORMIGLI, V. L. A. & COSTA, H. G. *The Political and Administrative Context of the Implementation of Health Districts in the State of Bahia, Brazil*. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (1): 79-84, jan/mar, 1993.

This investigation was conducted in order to determine the political and administrative context prevailing during the implementation of health districts in the state of Bahia, Brazil. The documentary review includes laws, agreements, and contracts at the State and Federal levels from 1987 to 1989. This period corresponded to the first phase of the State government after the 1986 elections. Information was also obtained from key informants and former directors of the State Secretariat of Health at the central level. We describe how the policy for regionalization by territory and population was formulated, and we review both State and national planning procedures, identifying the events leading to the decision to create health districts. We list the political instruments related to this decision and analyze the positions of the various actors in the Brazilian Health System in relation to this strategic choice. Brief comments are given about the difficulties faced by this proposal during the period studied..

Keywords: *Health Policy; Health Planning; Regionalization; Health Districts; Local Health System*

INTRODUÇÃO

A reorientação do Sistema de Saúde brasileiro é um dos objetivos que compõem o amplo leque de propostas formuladas no seio do movimento pela Reforma Sanitária (Escorel, 1989). desencadeado há mais de quinze anos, este movimento, desde os seus primórdios, visa a conformação de um sistema único de saúde descentralizado e democrático em sua gestão, universal, equitativo e integralizado no que respeita à organização da oferta de serviços à população.

Nos anos 80, várias iniciativas governamentais se encontraram dinamicamente com as

linhas gerais da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) e, assim, estratégias de reorganização do sistema, como as Ações Integradas de Saúde (AIS) (Paim, 1986), foram consideradas “estratégias-ponte” para a construção da viabilidade político-institucional, financeira e técnico-organizativa do SUS.

Em meados dos anos 80, mais precisamente em 1987, com a mudança da correlação de forças a nível estadual, ocorrida com as eleições para os governos dos estados, em 1986, foram criados os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) em todos os estados da Federação.

A Bahia foi o primeiro estado a assinar o convênio SUDS e, por circunstâncias específicas da situação baiana as quais nos propomos a descrever neste artigo, além das propostas gerais relativas ao financiamento, gestão e desenvolvimento da infra-estrutura da rede pública de serviços, incorporou como estratégia

¹ Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Rua Padre Feijó, 29, 4º andar, Anexo II, 40110-170, Salvador, BA, Brasil.

de reorganização dos **serviços a criação dos Distritos Sanitários (DS).**

Registrar este contexto político-administrativo específico através da descrição da situação existente em termos das políticas de reorganização dos serviços com base territorial/populacional e das formas como se dava a planificação de saúde a níveis nacional e estadual constitui a primeira parte do texto. Acrescentamos a descrição dos eventos que conduziram à decisão política de se criar Distritos Sanitários e os instrumentos de política que foram elaborados para materializar esta decisão na prática institucional.

Em seguida, tentamos caracterizar as distintas posições políticas e a correlação de forças dos atores sociais envolvidos neste processo, com o intuito de localizar a opção estratégica pelos Distritos Sanitários no contexto geral dos enfrentamentos em torno da direcionalidade (Fundap, 1980) a ser impressa ao Sistema de Saúde brasileiro nos planos nacional e estadual.

As informações que serviram de base para a elaboração deste artigo foram obtidas através da revisão documental abordando o período 87 — 89, principalmente documentos elaborados pelo nível central da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (Sesab). Também foram obtidas informações através de **entrevistas semi-estruturadas com “informantes-chave” e ex-dirigentes** da Sesab no período estudado.

CONTEXTO POLÍTICO

Política de Regionalização Territorial/Populacional

De acordo com as informações obtidas através das entrevistas, durante a gestão 87/89 da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia não existia uma política explícita de regionalização territorial/populacional. Existiam elementos, inclusive normativos, que apontavam para uma política de regionalização. Assim, a Reforma Administrativa do Estado da Bahia, implementada na passagem da década do 60 para a de 70, já dividia o território baiano em regiões geo-econômicas que passaram a ter sedes em “Centros Executivos Regionais”. Posteriormente, outros estudos combinaram inúmeras variá-

veis econômicas, demográficas, sociais, climáticas, entre outras, que possibilitaram a identificação de 17 regiões — reconhecidas como “regiões administrativas” —, que, no âmbito da Secretaria de Saúde, foram contempladas como Diretorias Regionais de Saúde (Dires). Tais regiões foram sendo subdivididas em outras oportunidades, de modo que em 1987 havia 27 e atualmente existem 30.

No que se refere a Salvador, capital do estado, foi aprovado um projeto de lei que permitia a divisão de áreas da cidade, aproveitando-se de zonas de informação trabalhada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Fibge) e pela Companhia de Desenvolvimento da Região Metropolitana de Salvador (Conder), no intuito de permitir a instalação da “administração descentralizada”.

Finalmente, a proposta de Distritos Sanitários apresentada pela administração da Sesab a partir de 1987 selecionava, em um primeiro momento, oito áreas para a implantação dos DS, sendo três em Salvador. Estas assumiram a divisão utilizada pela Prefeitura, enquanto as demais foram trabalhadas a partir dos limites dos respectivos municípios ou aglomerações de municípios. Neste período, foi formada pela Coordenação de Programas Especiais (Copes), pela Superintendência de Saúde (Supes) e pela Sesab uma proposta de criação de 104 DS até o final do governo, o que implicava um novo desenho do território baiano em que se consideravam as possibilidades de organização do “modelo assistencial” (centros de saúde mais hospitais públicos e/ou filantrópicos), a população (50 a 200 mil habitantes) e os limites da Dires.

Este projeto preliminar, embora fosse assimilado pelo governo através do seu Plano de Ação (1988 - 1991), não foi debatido no sentido de compatibilizá-lo com uma política explícita de regionalização territorial/populacional.

Processo de Planificação a Níveis Nacional e Estadual

Apesar das tentativas de planificação ao longo da década de 60, é no período pós-74 que ocorre um maior dinamismo no setor saúde, pelo menos no que se refere à elaboração de planos e programas. Estes tinham como referên-

cia o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), que no Ministério da Saúde traduzia-se em programas especiais tais como: Programa de Saúde Materno-Infantil, Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, Programa Especial de Controle da Esquistossomose, e Programa de Interiorização das Ações e Saneamento do Nordeste.

Estes são, na realidade, programas verticais de saúde pública de um ministério política e financeiramente frágil que, a partir de 1979, procuraram certa compatibilização intraministerial.

A política não-planificada explicitamente se efetivava, na realidade, no âmbito da Presidência Social e da Caixa Econômica Federal, através de portarias e da aprovação de projetos de financiamento de contratos e credenciamentos com o setor privado.

Apesar de existir um conselho de desenvolvimento social, este não se constituiu em instância privilegiada de formulação e implementação de políticas públicas. Daí a instalação da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação das Ações de Saúde (Ciplan), na passagem da década de 70 para a de 80, que compatibilizava certas propostas interministeriais (Saúde e Previdência, especialmente) e que, a partir de 1984, com a incorporação de representantes do Ministério da Educação e Cultura (MEC) e, depois, do Ministério do Trabalho, desempenhou um papel importante no processo de planificação em saúde, exigindo projetos para a adesão de estados e municípios às AIS (1988 — 1989).

Na Bahia, antes da implantação da Programação — Orçamentação Integrada (POI), a Sesab elaborava anualmente o seu “Plano Operacional”, e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), paralelamente, fazia a sua programação visando a distribuição do seu orçamento, que privilegiava o setor privado. Com a POI elaborada para 1986 e 1987, pelo menos superpõem-se as programações da Universidade, da Fundação Serviço de Saúde Pública (SESP) e da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) com as do Inamps e da Sesab, considerando-se algum grau de integração.

Na elaboração da POI — 88, privilegiou-se

um processo de descentralização, chegando-se a desagregar a análise da situação de saúde e formulação de proposições a nível de municípios e distritos sanitários.

Eventos que Conduziram à Decisão: Distritos Sanitários

Ainda que não tenha havido, a nível nacional, uma decisão política de dividir o território para a implementação dos Distritos Sanitários, algumas iniciativas capazes de facilitar tal decisão podem ser enumeradas:

- a) existência de movimentos pela municipalização da saúde, inspirados em propostas existentes antes de 1964, que ganharam corpo como as pressões pela Reforma Tributária e pela descentralização nos anos 80;
- b) postulação do movimento de democratização da saúde por um sistema único de saúde descentralizado e democrático, desde finais dos anos 70;
- c) proposta aprovada na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) apontando para a descentralização e para o comando único do sistema de Saúde em cada esfera de governo (março de 1986);
- d) documento da Comissão de Reforma Sanitária, em 1986, recomendando a instalação de Distritos Sanitários, reforçando propostas formuladas no interior do Inamps a partir de 1985;
- e) a nível estadual, “o Plano dos 100 Dias”, contemplando, na parte de saúde, a proposta de criação de 8 DS (março — junho de 1988);
- f) projeto para a instalação do SUDS-BA, incluindo a proposta de criação de DS (maio de 1987);
- g) projeto de cooperação técnica Organização Panamericana de Saúde (OPS)/Sesab para apoio à implantação dos DS de Itapagipe, Camaçari e Mundo Novo (1987 — 88);
- h) POI-88, contemplando a expansão dos DS a partir de projetos elaborados na Copes/Supes/Sesab;
- i) Plano Estadual de Saúde e Plano Estratégico de Ação do Governo, assumindo a proposta dos DS e estabelecendo metas para expansão até 1991.

Outros eventos encontram-se referidos no tópico “Política de Regionalização Territorial/Populacional. Todavia, é válido destacar cinco elementos estratégicos da nova política que resultaram na opção da Secretaria de Saúde pela implantação dos DS:

- a) **“imagem inovadora” da organização dos serviços, enfatizando a acessibilidade à população**, a integração das atividades preventivas e curativas e a responsabilidade de unidades de saúde pela integralidade e continuidade do cuidado. Uma preocupação, enfim, com a organização de serviços com outro padrão de qualidade. Uma explicitação de que o planejamento contemplaria necessidades, e não apenas a racionalidade da oferta de serviços, significando, portanto, um compromisso com investimentos;
- b) **a preocupação com a “ponta-de-linha” da rede de serviços, exigindo melhorias imediatas dos serviços prestados (3º turno, pronto atendimento)**. Este ponto revela a preocupação com a adesão da população à Reforma Sanitária porque traduzia concretamente este projeto a nível dos serviços. Do ponto de vista dos trabalhadores de saúde, permite a introdução e a revisão das práticas de saúde e do processo de trabalho (recriação das práticas de saúde via integração docente assistencial, conselhos técnicos e comunitários);
- c) a possibilidade de superar as intermináveis discussões sobre a reorganização administrativa e os limites dos projetos de desenvolvimento institucional que atuavam sobre a burocracia, mas que não tinham impacto imediato a nível dos serviços;
- d) o caráter necessariamente experimental de tais iniciativas poderia estimular um monitoramento contínuo que facilitasse a ampliação do processo;
- e) o reconhecimento da impossibilidade da Sesab recuperar, em um curto espaço de tempo, um número expressivo de unidades de saúde de **uma rede “sucateada”, bem como modificar rapidamente a estrutura burocrática para trabalhar com eficiência e efetividade**. Embora não explicitada publicamente, tal consequência levaria à necessidade de se apontar uma proposta que nortearia a política de saúde, ao mesmo tempo

em que fossem sendo recuperadas as unidades e reorganizada a máquina administrativa. A idéia de DS integrava-se muito bem a tal perspectiva.

Instrumentos de Políticas: Leis, Convênios, Acordos

Os elementos jurídicos e administrativos que se constituíram, nos anos recentes, em instrumentos de políticas de saúde que criaram condições à decisão de implantar os DS incluem as resoluções do Conselho Estadual de Saúde (CES) e da Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), bem como decretos, convênios e termos de adesão, resoluções da Secretaria de Saúde etc. Também fazem parte deste conjunto os instrumentos de política, a nível federal, que configuraram o quadro normativo em que se movia o SUDS-BA.

POSIÇÕES POLÍTICAS E CORRELAÇÕES DE FORÇAS ENTRE OS ATORES SOCIAIS DO SISTEMA DE SAÚDE

O “mapeamento” dos atores sociais envolvidos na formulação e implementação das políticas de saúde no Brasil, e, por conseguinte, no estado da Bahia, é um processo complexo.

Chama a atenção a grande heterogeneidade dos produtos de serviços, **que se organizam como “grupos de pressão” e estabelecem lobbies**, anéis burocráticos com as instituições estatais, polarizando-se, segundo vários autores, em torno de três projetos tendenciais:

- **o projeto conservador, que aglutina representantes do setor privado nacional de caráter médico-assistencial lucrativo**, historicamente articulado a instituições financeiras estatais, como o Inamps, e que subordina um conjunto de prestadores de serviços, articulando-se aos produtores de bens, conhecimento e formação de pessoal no processo de reprodução do modelo;
- **ao lado deste, e tendencialmente hegemônico nesta conjuntura, um projeto neoliberal de privatização radical de determinados segmentos da produção de serviços que tendem**

a articular-se às companhias seguradoras privadas-multinacionais e nacionais (bancos), **mantendo uma articulação com o setor de “ponta” da produção de bens** e induzindo a uma diferenciação cada vez maior no perfil de pessoal. A este projeto interessa, inclusive, que o Estado continue se responsabilizando pelo fomento e até pela produção direta de serviços a parcelas da população que não têm condições de arcar com os custos da assistência de alta sofisticação tecnológica;

- por fim, um projeto racionalizador-democrático, progressivamente articulado a partir dos anos 70 por um conjunto de setores avançados da burocracia estatal, que tomou como objeto de intervenção os problemas mais dramáticos da relação Estado-setor privado, como a ineficiência, ineficácia, desorganização e corrupção administrativas, visando potencializar o uso dos recursos públicos sem necessariamente alterar o modelo hegemônico.

O modelo hegemônico-assistencial/privatista começa a ser ameaçado na **medida em que intelectuais oriundos do chamado “Movimento Sanitário”**, de orientação democratizante, passam a participar na formulação de políticas e no desenho de estratégias a níveis nacional, estadual e municipal, a exemplo do SUDS, respaldados na luta política a nível dos órgãos legislativos — Constituintes, Câmara de Deputados etc —, contando com a possível ascensão e fortalecimento de um processo de democratização da sociedade brasileira a partir dos anos 80.

A proposta de criação de um sistema único de saúde é explicitada no seio do Movimento Sanitário em 1970, incorporado à nova Constituição em 1988, constituídos no plano político-institucional com a implantação das AIS-SUDS (83-88), no bojo das quais aparece a proposição de se criar Distritos Sanitários, como referido anteriormente.

A proposta de Distritos Sanitários, entretanto, não é consensual nem **mesmo no interior do “bloco” que se articula em torno das políticas** racionalizadoras, uma vez que estas enfatizam a recriação político-administrativa da gestão e do financiamento do sistema de saúde, não sendo uma preocupação proeminente a busca de reorientação do modelo assistencial.

Ainda assim, esta reorientação do modelo assistencial é **entendida, restritamente, como “integração” de atividades** preventivas e curativas, reduzindo-se a perspectiva transformadora de mudanças das práticas de saúde.

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Proposta de descentralização da gestão do Sistema de Saúde surge como componente da política estadual de saúde desde o Plano dos 100 Dias. Ela se materializa na delimitação e na organização dos Distritos Sanitários, que passam a se constituir em unidades de planejamento e gestão local dos serviços de saúde, e na transformação de centros de saúde em unidades gestoras.

Este projeto de distritalização pode ser considerado como uma das prioridades governamentais expressas no discurso institucional e traduzidas na realização de diversos eventos relacionados com a criação de viabilidade política, tais como seminários e debates, cuja institucionalização utilizou-se de estruturas organizacionais específicas, como a Copes, as Comissões Executivas dos Distritos Sanitários (CEDS) e, posteriormente, a Gerência de Organização de Serviços (GOS).

No entanto, tal projeto enfrentou dificuldades de diversas ordens na sua formalização e operacionalização, em decorrência, por um lado, das pressões provenientes do funcionamento da rede própria da Sesab, oriundas do atendimento à demanda espontânea, e, por outro, devido às resistências difusas e localizadas, no âmbito político-institucional da Secretaria Estadual de Saúde.

Estas resistências ganharam corpo no plano

federal a partir do primeiro semestre de 1989 e, especificamente na Bahia, se expressaram numa intensa “campanha contra o SUDS” (Teixeira et al., 1990), veiculada inclusive através da grande imprensa.

O acirramento das dificuldades e divergências na condução do processo de descentralização ocasionou a mudança de direção do Inamps a níveis federal e, subseqüentemente, estadual. Aliado a outros fatores já analisados em outros artigos (Paim, 1989), este acirramento levou a mudanças no corpo dirigente da Sesab em meados de 1989, com a reorientação dos rumos da política estadual de saúde.

Os Distritos Sanitários, entretanto, permaneceram a despeito do grau de informalização ainda existente. Um estudo acerca do seu desenvolvimento neste novo contexto extrapola os limites deste trabalho.

RESUMO

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; ARAÚJO, E. C.; FORMIGLI, V. L. A. & COSTA, H. G.

O Contexto Político-Administrativo da Implantação de Distritos Sanitários no Estado da Bahia, Brasil. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (1): 79-84, jan/mar, 1993.

O presente trabalho foi realizado com o objetivo de caracterizar o contexto político-administrativo da implantação dos Distritos Sanitários na Bahia. Procedeu-se a uma revisão documental abrangendo acordos, convênios e leis, nos âmbitos estadual e federal, no período compreendido entre 1987 e 1989, correspondente à primeira fase da gestão estadual após as eleições de 1986. As informações foram completadas através de entrevistas com informantes-chave e ex-dirigentes do nível central da Secretaria Estadual de Saúde. Descreve-se o processo de formulação da política de regionalização territorial e populacional e faz-se uma revisão do processo de planificação, a níveis nacional e estadual, com a identificação dos eventos

que conduziram à decisão de se criar os Distritos Sanitários. São listados os instrumentos de política que materializaram esta decisão e analisada a posição dos distintos atores do sistema de saúde em relação a esta opção estratégica de reorientação da organização dos serviços. Conclui-se com breves comentários sobre as dificuldades que esta proposta encontra para institucionalizar-se no período em estudo.

Palavras-Chave: Política de Saúde; Planejamento de Saúde; Regionalização; Distritos Sanitários; Sistemas Locais de Saúde

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- SCOREL, S., 1989. *Reviravolta na Saúde*. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública.
- FUNDAP (Fundação de Apoio ao Desenvolvimento Administrativo), 1988. *Perspectivas Institucionais da Descentralização na Saúde*. São Paulo: DT.
- PAIM, J. S., 1986. As AIS: por que não dois passos atrás? *Cadernos de Saúde Pública*, 2: 167-183.
- _____, 1989. A gestão do SUDS na Bahia. *Cadernos de Saúde Pública*, 5: 365-375.
- TEIXEIRA, C. F.; GUIMARÃES, M. C. L.; COSTA, H. & MENEZES, G. M., 1987. Estudo sobre o desenvolvimento das AIS-SUDS na Bahia. Relatório Preliminar, Salvador: Finep/Abrasco. (Mimeo.)
- SUDS-BA (Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - Bahia), 1987. Documentos Técnicos, Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. (Mimeo.)