

REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA: A EXPERIÊNCIA DO ESTADO DA BAHIA, BRASIL *

José Duarte de ARAÚJO **
Emerson S. M. FERREIRA ***
Gabriel Cedraz NERY ****

RSPU-B/156

ARAÚJO, J. D. DE et al. — *Regionalização dos serviços de saúde pública: a experiência do Estado da Bahia, Brasil. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 7: 1-19, 1973*

RESUMO: Após historiar a evolução dos serviços de Saúde Pública no Estado da Bahia, no aspecto de sua estrutura administrativa, foi apreciada a Reforma Administrativa do Estado (1966) no setor saúde, e analisado em pormenor o sistema de regionalização através da implantação de centros regionais no interior do Estado. Ao lado da apresentação da nova estrutura administrativa foram comentadas as dificuldades surgidas na implantação do novo sistema, bem como as numerosas vantagens dele decorrentes. Concluiu-se que a regionalização administrativa mostrou-se vantajosa não só para uma mais efetiva prestação de serviços de saúde no interior do Estado, como também para a implantação do processo de planejamento de saúde.

UNITERMOS: *Serviços de saúde (Regionalização) *; Administração sanitária*; Bahia (Brasil) **

1. INTRODUÇÃO

A necessidade de regionalizar os serviços de Saúde Pública, sobretudo em Países ou Estados de grande extensão territorial, é hoje reconhecida internacionalmente ^{7, 8, 9}.

Entre as teses que a Reforma Administrativa do Governo do Estado da Bahia em 1966 ¹ admitiu como válidas, contava-se a da descentralização executi-

va, que encontrou instrumentalidade no sistema de administração regionalizada.

Como a Secretaria de Saúde Pública foi o primeiro órgão de nível estadual na Bahia a implantar tal sistema, em 1967, julgamos oportuno tecer algumas considerações que são fruto de nossa experiência no particular, ao longo dos 4 anos em que participamos da adminis-

* Trabalho do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal da Bahia e da Assessoria Setorial de Programação e Orçamento (ASPO) da Secretaria de Saúde Pública do Estado da Bahia.

** Do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal da Bahia — Rua João das Botas, s/n — Salvador, BA., Brasil. Ex-Secretário da Saúde Pública do Estado da Bahia.

*** Do Hospital Prof. Edgard Santos — Canela, Salvador, BA., Brasil. Ex-Chefe da ASPO da Secretaria de Saúde Pública — Bahia.

**** Da Assessoria Setorial de Programação e Orçamento (ASPO) da Secretaria da Saúde Pública — Salvador, BA., Brasil.

tração da Saúde Pública naquele Estado.

Em 1968 já havia sido apresentada uma análise crítica preliminar do sistema após os primeiros 18 meses de sua implantação⁵. LESER et al.⁶ apresentaram trabalho relatando experiência semelhante no Estado de São Paulo.

2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

A Lei n.º 30, de 29 de agosto de 1892, criou o primeiro órgão, a nível estadual, na Bahia, incumbido da realização de funções específicas de Saúde Pública. Foi a Inspetoria de Higiene, a qual ficou subordinada diretamente ao chefe do poder executivo. Refletindo as necessidades da época, tal órgão desenvolvia atividades concernentes à epidemiologia, à política sanitária e à fiscalização do exercício profissional.

Pela Lei n.º 115, de 16 de agosto de 1895, esses serviços foram vinculados à Secretaria do Interior e Justiça. Graças à Lei n.º 1811, de 29 de julho de 1925, os mesmos serviços readquiriram autonomia, com a criação da Sub-Secretaria de Saúde e Assistência Pública. Data também, daquele ano, o antigo Código Sanitário⁴ que somente foi revogado em 15 de fevereiro de 1971 quando foi promulgado o novo Código de Saúde do Estado da Bahia.³

A partir de 1925, quando foi criada a Secretaria de Estado da Educação, Saúde e Assistência Pública, por diversas modificações passaram os serviços de saúde, de acordo com a mentalidade e as práticas políticas que vicejaram durante o período. Assim, até 1951, a execução dos serviços médico-assistenciais prestados pelo poder público, de nível estadual, esteve a cargo do Departamento de Saúde, órgão dessa Secretaria de Educação e Saúde, que em fevereiro de 1951 foi desdobrada, passando os serviços de saúde e assistência em geral a integrar um novo órgão, a Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social

(SSPAS), a qual, no mesmo ano, o Decreto n.º 14.864 regulamentou. Cabe esclarecer que a maioria dos serviços que passaram a constituir a nova Secretaria tinham sido criados, esparsamente, por atos emanados do Poder Legislativo, daí argüir-se não poder o Decreto de n.º 14.864, como ato do poder executivo, modificar ou extinguir os órgãos existentes. Diante de tal dúvida e antes que a nova estrutura fosse instalada, o então Chefe do Governo encaminhou à Assembleia Legislativa um ante-projeto de lei, com o que as dúvidas levantadas seriam dirimidas. Esse ante-projeto jamais logrou aprovação, de modo que até à implantação da recente reforma administrativa a estrutura da então Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social persistiu sem base legal.

3. ESTRUTURA ANTERIOR A REFORMA

A estrutura real da Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social existente antes da reforma foi objeto de uma análise contida no documento básico¹⁰ sobre saúde oferecido aos Simpósios de Políticas Governamentais em 1965. Neste documento, no capítulo dedicado à "Organização" lê-se: "Do ponto de vista da organização a Secretaria vem se caracterizando pela criação de serviços esparsos, postos em marcha em função de conceitos obsoletos e sem nenhuma análise da realidade sobre a qual se pretendeu trabalhar, num quase que completo alheamento do sentido sócio-econômico da Saúde Pública moderna".

Em outro trecho, diz o mesmo documento¹⁰: "Para prestar assistência médica em suas várias formas, criou-se o Departamento de Saúde, o Departamento da Criança e o Serviço Assistencial Prioritário, como que, se aspectos ou diferentes criações técnicas, dentro das mesmas atividades, justificassem a existência de órgãos administrativos autônomos, com uma duplicação de atividades

meio, estupidamente onerosa para o orçamento estadual, quando é a mesma atividade fim". Mais adiante, pode ser lido: "Não dispondo de um sistema de coordenação e de supervisão, os serviços da SSPAS funcionam desarticuladamente e a atividade dos órgãos se concentra à Capital, sendo comparativamente mínima a assistência prestada às populações interioranas. É essa, por exemplo, a característica do Serviço de Saúde do Interior: esse Serviço, até bem pouco tempo, supervisionava toda a numerosa rede de Postos de Higiene distribuída numa superfície das proporções da do Estado da Bahia, com apenas um escritório central de diretoria localizado em Salvador. A Divisão Técnica Central é, concomitantemente, normativa e executiva.

É portanto, ao mesmo tempo, órgão de *staff* e de linha".

Este absurdo da Divisão Técnica Central atingia a todos os órgãos, pois, todos eles possuíam, ao mesmo tempo, atribuições normativas e executivas. Por sua vez, as unidades que executavam atividades finais vinculavam-se, diretamente, aos órgãos centrais, pouco importando a localização geográfica das mesmas, de vez que as tentativas de criação de um sistema de administração regionalizada, no campo da saúde, conforme será mostrado mais adiante, não chegaram à concretização.

Assim, princípios como o da centralização normativa e o da descentralização executiva, entre outros, vinham sendo ignorados pela organização existente.

TABELA 1

Distribuição das Regiões Administrativas — Sede e Municípios Componentes — Estado da Bahia — 1967

Região Administrativa	Sede	Municípios Componentes
1. ^a	Salvador	Amélia Rodrigues — Camaçari — Catu — Conceição de Jacuípe — Itanagra — Itaparica — Lauro de Freitas — Mara de São João — Pojuca — Salina das Margaridas — Santo Amaro — São Francisco do Conde — São Sebastião do Passé — Simões Filho — Teodoro Sampaio — Terra Nova Vera Cruz — Salvador.
2. ^a	Feira de Santana	Antonio Cardoso — Água Fria — Anguera — Brejões — Candeal — Castro Alves — Coração de Maria — Feira de Santana — Ichu — Ipecaetá — Ipirá — Lamarão — Nova Itarana — Milagres — Ouricangas — Pedrão — Riachão do Jacuípe — Santa Bárbara — Santanópolis — Santa Terezinha — Santo Estevão — São Gonçalo dos Campos — Serra Preta — Tanquinho.
3. ^a	Santo Antonio de Jesus	Amargosa — Aratuípe — Cachoeira — Conceição de Feira — Conceição de Almeida — Cruz das Almas — D. Macedo Costa — Elísio Medrado — Governador Mangabeira — Jaguaripe — Lage — Maragogipe — Muniz Ferreira — Muritiba — Nazaré — Santo Antonio de Jesus — São Felix — São Felipe — São Miguel das Matas — Sapeaçu.

(continua)

TABELA 1 — (Continuação)

Região Administrativa	Sede	Municípios Componentes
4. ^a	Alagoinhas	Alagoinhas — Acajutiba — Aporá — Aramari — Cardeal da Silva — Crisópolis — Conde — Entre Rios — Esplanada — Inhambupe — Itapicuru — Jandaíra — Nova Soure — Olindina — Rio Real — Sátiro Dias.
5. ^a	Serrinha	Araçá — Beritinga — Cansanção — Conceição do Coité — Euclides da Cunha — Monte Santo — Queimadas — Quinjeiro — Retrolândia — Santa Luz — Serrinha — Teofilândia — Tucano — Valente.
6. ^a	Itaberaba	Baixa Grande — Boa Vista do Tupim — Iaçú — Ibiquera — Itaberaba — Lagedinho — Macajuba — Mairi ou Monte Alegre — Marcionílio Souza — Piritiba — Ruy Barbosa — Tapiramutá.
7. ^a	Jequié	Aiquara — Barra do Rocha — Boa Nova — Cravolândia — Dário Meira — Ibirataia — Irajuba — Itagi — Itagiba — Itaquara — Itiruçu — Jaguaquara — Jequié — Jiquiriçá — Jitaúna — Lafayette Coutinho — Manoel Vitorino — Maracás — Mutuipe — Planaltino — Santa Inês — Ubaíra.
8. ^a	Valença	Cairu — Camamu — Gandu — Ibirapitanga — Itamarí — Ituberá — Maráu — Nilo Peçanha — Tape-roá — Teolândia — Valença — Venceslau Guimarães.
9. ^a	Ribeira do Pombal	Abaré — Antas — Cícero Dantas — Cipó — Coronel João Sá — Chorrochó — Glória — Jeremoabo — Mucururê — Paripiranga — Paulo Afonso — Pedro Alexandre — Ribeira do Amparo — Ribeira do Pombal — Santa Brígida — Rodelas.
10. ^a	Senhor do Bonfim	Antônio Gonçalves — Campo Formoso — Itiúba — Jaguarari — Pindobaçu — Senhor do Bonfim.
11. ^a	Jacobina	Caen — Cafanaum — Caldeirão Grande — Canarana — Ibititá — Irecê — Jacobina — Miguel Calmon — Mirangaba — Morro do Chapéu — Saúde — Serrolândia — Várzea do Poço.
12. ^a	Seabra	Andaraí — B. Macaúbas — Barra do Mendes — Boninal — Botirama — Ibicoara — Ibititanga — Iraquara — Iramaia — Ipuriana — Itaeté — Lençóis — Morporá — Mucugê — Oliveira dos Brejinhos — Palmeira — Seabra — Souto Soares — Utinga — Ibiraitá — Wagner.
13. ^a	Brumado	Abaíra — Água Quente — Aracatu — Barra da Estiva — Boquirá — Botuporá — Brumado — Caculé — Contendas do Sincurá — D. Basílio — Ibiasucê — Ituaçu — Jacaraci — Jussiape — Licínio de Almeida — Livramento do Brumado — Macaúbas — Malhada de Pedras — Mortugaba — Paramirim — Piatá — Rio de Contas — Rio do Antônio — Rio do Pires — Tanhaçu. (continua)

TABELA 1 — (Continuação)

Região Administrativa	Sede	Municípios Componentes
14. ^a	Juazeiro	Campo Alegre de Lourdes — Casa Nova — Curaçá — Juazeiro — Pilão Arcado — Remanso — Sento Sé — Uauá.
15. ^a	Xique-Xique	Central — Gentio do Ouro — Jussara — Presidente Dutra — Uibaí — Xique-Xique.
16. ^a	Barreiras	Angical — Barra — Baianópolis — Brejolândia — Catolândia — Cotegipe — Crisópolis — Formosa do Rio Preto — Governador Balbino ou Barreiras — Sta. Rita de Cássia — Riacho das Neves — São Desidério — Tabocas de Brejo Velho.
17. ^a	Santa Maria da Vitória	Canápolis — Carinhanha — Côcos — Coribe — Correntina — Santa Maria da Vitória — Santana — Serra Dourada.
18. ^a	Caetité	Bom Jesus da Lapa — Caetité — Candiba — Guanambi — Igaporã — Malhada — Palmas do Monte Alto — Paratinga — Pindaí — Sebastião Laranjeiras — Urandí — Riacho de Santana.
19. ^a	Vitória da Conquista	Anagé — Barra do Choça — Belo Campo — Caatiba — Cândido Sales — Condeúba — Cordeiros — Encruzilhada — Ibicuí — Iguai — Itambé — Itapetinga — Itarantim — Macarani — Maiquinique — Nova Canaã — Planalto — Pirapá — Poções — Presidente Jânio Quadros — Tremedal — Vitória da Conquista.
20. ^a	Itabuna e Ilhéus	Almadina — Aurelino Leal — Barro Preto — Belmonte — Buerarema — Camacá — Canavieiras — Coaraci — Firmino Alves — Floresta Azul — Gongogi — Ibicaraí — Ilhéus — Itabuna — Itacaré — Itagimirim — Itaju de Colônia — Itajuípe — Itapé — Itapebi — Itapitanga — Itororó — Mascote — Pau Brasil — Potiraguá — Santa Cruz da Vitória — Ubaitaba — Ubatá — Una Uruçuca.
21. ^a	Medeiros Neto	Alcobaça — Caravelas — Guaratinga — Ibirapóá — Itamaraju — Itanhém — Lagedão — Medeiros Neto — Mucuri — Nova Viçosa — Pôrto Seguro — Prado — Santa Cruz Cabralia.

4. ESTRUTURA SURGIDA COM A REFORMA

Não apenas para a função Saúde, mas para todas as funções do Governo, a nova estrutura, objeto da Lei n.º 2321, de 11 de abril de 1966¹, pode ser descrita como

comportando três níveis: um nível de política, governo e programação, um nível normativo e um nível executivo. Como pilares fundamentais, percorrem toda a estrutura, dois sistemas: um de “programação e orçamento” e um de “administração geral”. Assim como existem, ao

nível do Governo Estadual, um Departamento de Administração Geral (DAG) e uma Assessoria Geral de Programação e Orçamento (AGPO), existem a nível das Secretarias, Serviços de Administração Geral (SAG) e Assessorias Setoriais de Programação e Orçamento (ASPO). O sistema de administração regionalizada (que obviamente torna viável a descentralização executiva) apoia-se nas 21

Regiões Administrativas (Tabela 1) em que foi dividido o Estado, cobrindo cada região um grupo de municípios e sendo sede cada região, de um Centro Executivo Regional (Figura 1). A lei prevê ainda a nível executivo, nos Centros Executivos, Serviços Regionais de Administração Geral e Assessorias Regionais de Programação e Orçamento.



Fig. 1 — Regiões administrativas do Estado da Bahia (Lei n.º 2321 — Organização da Administração Estadual — Anexo I).

A Lei 2321, no âmbito da Secretaria de Saúde Pública (SESAP) encontrou regulamentação no Decreto 19.931, de 28/09/66, que aprovou o Regimento deste órgão. A função Assistência Social foi desvinculada da Saúde Pública e passou à responsabilidade da Secretaria do Trabalho e Bem Estar Social, criada pela mesma Lei 2321. A nova estrutura da Secretaria de Saúde Pública está expressa no organograma (Figura 2). Nesta nova estrutura existem, ao lado dos órgãos de apoio (Gabinete, SAG, ASPO), os Serviços Técnicos Especializados (Bioestatística e Fiscalização do

Exercício Profissional), os órgãos normativos (Departamento de Assistência e de Higiene com as respectivas divisões), e os órgãos executivos, os Centros Executivos Regionais. Paralelamente, sob a forma de Administração Descentralizada existem 3 Fundações: a Fundação Hospitalar do Estado da Bahia, responsável pela rede hospitalar do Estado, a Fundação Hospitalar Octavio Mangabeira, responsável pelo setor hospitalar especializado em tuberculose e a Fundação Gonçalo Moniz que funciona com laboratório de Saúde Pública e centro de pesquisas.

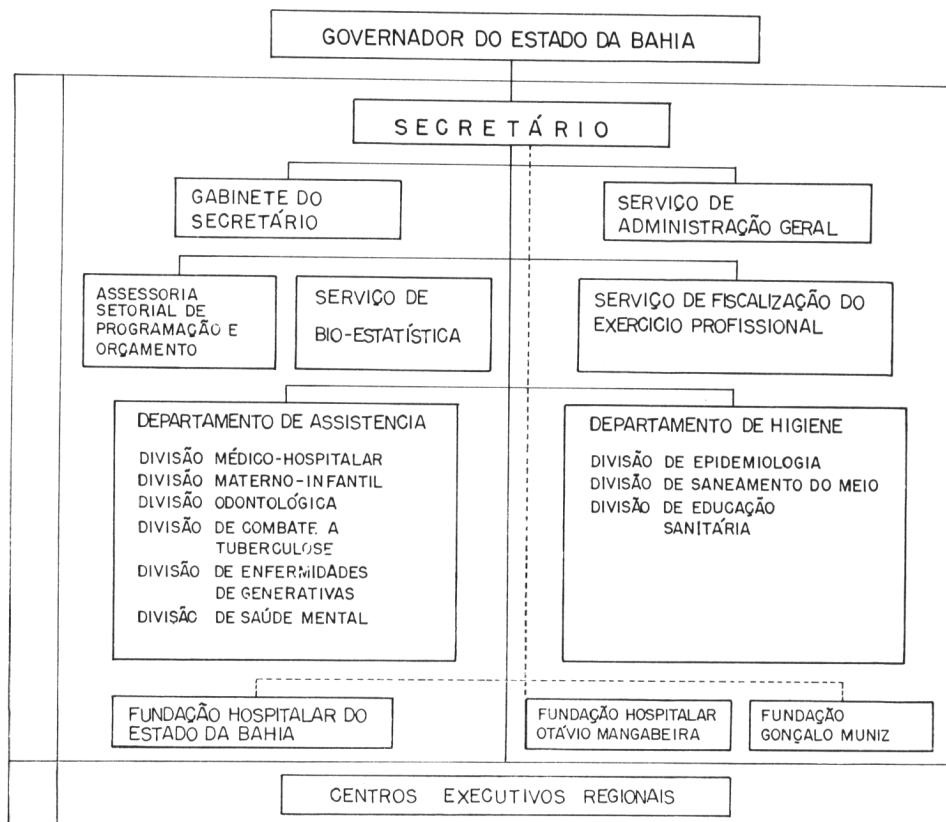


Fig. 2 — Organograma da Secretaria da Saúde Pública da Bahia

5. CENTROS EXECUTIVOS REGIONAIS

Antes da Lei 2321 tinham ocorrido algumas tentativas de descentralização executiva e de regionalização das atividades da Secretaria da Saúde. Assim, já a Lei 1811, de 29 de julho de 1925, que organizou a Sub-Secretaria de Saúde e Assistência Pública, no artigo 51 (Secções VIII e IX) diz, textualmente: "Para tornar mais fácil a administração geral, serão instalados nos centros urbanos de mais importância do interior do Estado, em vez de Postos Municipais de Higiene, quatro sub-diretorias sanitárias: uma no Norte, outra no Sul, e duas no Centro, as quais, além de executarem os programas de que trata o artigo precedente possuirão Hospital Regional para isolamento, e todo o aparelhamento necessário ao combate imediato de qualquer surto epidêmico de doença transmissível". Vê-se, portanto, que já àquela época, existiam preocupações com descentralizar e regionalizar ao menos algumas das atividades da Secretaria de Saúde.

Mais adiante, em 17/12/1948, o Decreto n.º 134 criou 8 Distritos Sanitários: Feira de Santana, Alagoinhas, Jequié, Jacobina, Vitória da Conquista, Caetité, Canavieiras e Juazeiro, este último com um sub-distrito na cidade de Barra.

Aos 2 de abril de 1964, o Decreto n.º 19.151, dividiu o Estado da Bahia em 9 Regiões de Saúde: Salvador, Feira de Santana, Alagoinhas, Santo Antônio de Jesus, Jequié, Itabuna, Conquista, Juazeiro e Bom Jesus da Lapa. Por sua vez, a Portaria n.º 96, de 19/03/65, dando cumprimento ao disposto no art. 5.º do citado decreto, veio regulamentar as atividades das chefias das regiões de saúde, tudo no espírito da descentralização.

Fica assim patente que embora em sua estrutura anterior à reforma, a Secretaria da Saúde Pública apresentasse as falhas já apontadas, inerentes em grande parte ao próprio sistema administrativo

do Estado, foi ela historicamente o primeiro órgão do Estado a preocupar-se com a regionalização dos seus serviços e a levar a cabo as primeiras experiências, nem sempre bem sucedidas, no campo da descentralização executiva.

O Decreto n.º 19.931 de 28/09/1966, que aprovou o Regimento da Secretaria da Saúde, determinou a implantação dos Centros Executivos Regionais de Saúde em Salvador, Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus, Jequié e Itabuna — Ilhéus, de vez que faltavam ao Estado, na prática, condições para que pudessem ser instalados, de imediato, os 21 Centros Executivos que a Lei 2321 previa.

Em 1966 todavia foi instalado apenas o 1.º Centro Executivo Regional de Salvador, e antes que os demais fossem implantados, decidiu a Secretaria, em 1967, reexaminar a questão. Assim, diante da própria necessidade premente de implantação do sistema de administração regionalizada, de um lado, e, de outro, das diversas limitações próprias ao Estado para atingir este objetivo do modo que a Lei estabelecia, a Secretaria, baseando-se, principalmente, em um estudo da Assessoria Geral de Programação e Orçamento (AGPO) — do qual foram tomados determinados indicadores (equipamento comercial e de serviços, relações da cidade com o mundo rural, atividade industrial e função de centros de comunicação) — decidiu alterar o Decreto n.º 19.931, não implantando, como este determinava, apenas alguns dos 21 Centros que a Lei 2321 estabelecia. Preferiu, como base no estudo citado, dividir o Estado em macro-regiões, correspondendo a cada uma delas um Centro Executivo, o qual deveria ser localizado em cidade que a própria Lei 2321 já definia como destinada à sede de órgão de administração regionalizada, ficando, assim, coberto todo o território do Estado. Fruto deste estudo foi o Dec. 20356, de 25 de setembro de 1967, que determinou, além

do de Salvador, a instalação dos Centros Executivos Regionais de Saúde em Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus, Jacobina, Juazeiro, Ilhéus, Vitória da Conquista e Barreiras, como sede de 8 macro-regiões de saúde, cuja extensão e relação com as 21 regiões administrativas originais estão explícitas na Tabela 2 e na

Figura 1. Deste modo, teve a Secretaria da Saúde montado, para todo o Estado, seu sistema de administração regionalizada, embora a delegação das atividades passasse a ser feita por etapas, inclusive no que se refere à execução orçamentária.

TABELA 2

Centros Executivos Regionais, Sede e Municípios Componentes — Estado da Bahia — 1967

Centros Executivos Regionais	Sede	Municípios Componentes
1.º	Salvador	Os da 1.ª Região Administrativa
2.º	Feira de Santana	Os Municípios da 2.ª, 4.ª, 5.ª, e 9.ª Região Administrativa
3.º	Santo Antonio de Jesus	Os Municípios da 3.ª Região Administrativa
11.º	Jacobina	Os Municípios da 6.ª, 10.ª, 11.ª, e 12.ª, Região Administrativa
14.º	Juazeiro	Os Municípios da 14.ª e 15.ª Região Administrativa
16.º	Barreiras	Os Municípios da 16.ª e 17.ª Região Administrativa
19.º	Vitória da Conquista	Os Municípios da 7.ª, 13.ª, 18.ª, 19.ª Região Administrativa
20.º	Itabuna - Ilhéus	Os Municípios da 8.ª, 20.ª e 21.ª Região Administrativa.

Cabe referir, que um fato fez com que este último decreto fosse diferente das tentativas anteriores de regionalização: a existência de uma Lei (a qual ele veio regulamentar) que reformulara toda a organização administrativa estadual, incorporando nesta reformulação os princípios da descentralização e da regionalização. Todos os decretos anteriores à reforma administrativa procuraram descentralizar e regionalizar as atividades de nível executivo da função saúde, quando todas as atividades de nível executivo das demais funções do Governo encontravam-se sobre rígida centralização. Ademais, nenhuma das tentativas anteriores incluía qualquer modificação

nos órgãos centrais da Secretaria da Saúde Pública que continuavam com atribuições normativas e executivas, fato que só veio a ser modificado pela reforma.

Após 2 anos de implantação dos 7 primeiros Centros Executivos no interior, com os resultados positivos que a seguir apreciaremos, resolveu a administração, em 1969, dar prosseguimento ao processo de descentralização instalando os Centros Executivos de Senhor do Bonfim, Jequié e Ribeira do Pombal e, subsequentemente, os de Itaberaba e Medeiros Neto, totalizando assim 13 Centros Executivos, o da Capital e 12 no interior (Tabela 3).

TABELA 3

Centros Executivos Regionais, Sedes e Regiões Administrativas Componentes em 1970, Estado da Bahia.

Regiões Administrativas Componentes	Sede	Centros Executivos Regionais
1. ^a	Salvador	1. ^o
2. ^a e 5. ^a	Feira de Santana	2. ^o
3. ^a e 8. ^a	Santo Antônio de Jesus	3. ^o
6. ^a	Itaberaba	6. ^o
7. ^a	Jequié	7. ^o
4. ^a e 9. ^a	Ribeira do Pombal	9. ^o
10. ^a	Senhor do Bonfim	10. ^o
11. ^a e 12. ^a	Jacobina	11. ^o
14. ^a e 15. ^a	Juazeiro	14. ^o
16. ^a e 17. ^a	Barreiras	16. ^o
13. ^a , 18. ^a , e 19. ^a	Vitória da Conquista	19. ^o
20. ^a	Itabuna — Ilhéus	20. ^o
21. ^a	Medeiros Neto	21. ^o

Em 1/12/1969 foi baixado, através Decreto n.º 21.589, o Regimento dos Centros Executivos Regionais (Apêndice), consolidando a sua estrutura e definindo de modo formal suas responsabilidades e atribuições.

6. DIFICULDADES SURGIDAS

Diversos fatores dificultaram o processo de implantação do sistema. Dentre eles, podemos citar como principais os seguintes:

a) as deficiências quantitativas de pessoal e, principalmente, as distorções na sua distribuição, surgiram como um grande empecilho, de vez que, não dispunha a Secretaria de mão-de-obra qua-

lificada em quantidade suficiente no interior do Estado. Basta que se diga que do pessoal existente nos quadros da Secretaria, apenas 28,3% dos médicos, 27,3% dos dentistas, 11,4% das enfermeiras e 30% do pessoal auxiliar localizavam-se no interior, onde se encontra 88% da população do Estado;

b) as deficiências qualitativas do pessoal, sem atualização dos seus conhecimentos, sem treinamento em práticas administrativas e técnicas mais modernas, desconhecendo os novos conceitos de rendimento e de custos de serviços de saúde, criado na tradição dos velhos sistemas de administração. Em sua maioria, o pessoal não estava preparado para compreender e aceitar os novos conceitos e,

consequentemente, apresentava sérias resistências ao desempenho das novas práticas;

c) a inexistência de um manual de normas e rotinas o qual somente passou a ser elaborado à medida em que era implantada a regionalização.

d) a inexistência de uma padronização das unidades de saúde, trabalho que veio a ser iniciado também em concomitância com o processo de implantação da nova estrutura e concluído em 1969;

e) as dificuldades decorrentes do fato da subordinação direta dos Centros Executivos ao Secretário, conforme a Lei prevê, o que levou à publicação de portaria, delegando a função de coordenação dos Centros Executivos para a chefia do Gabinete;

f) o fato de que apenas a Secretaria da Saúde Pública, na prática, antecipou-se na implantação do sistema regionalizado, enquanto, somente mais tarde, outras Secretarias vieram a fazê-lo e, até 1970, a Secretaria da Fazenda não o fez, o que tornou particularmente difícil a prática da execução orçamentária, embora os Centros Executivos tivessem dotação própria;

g) os valores de remuneração definidos na atual política salarial, os quais não se constituem em atrativo que venha a possibilitar o deslocamento para as áreas do interior de mão-de-obra melhor qualificada, e sua fixação nessas mesmas áreas;

h) a realidade sócio-cultural de certas comunidades do interior que sustenta determinados hábitos políticos, típicos de comunidades fechadas, influenciando negativamente os elementos das equipes dos Centros Executivos, e conduzindo-os ocasionalmente na prática, à adoção de uma conduta mais política do que técnico-administrativa;

i) as deficiências de transportes e comunicações, próprias de área subdesenvolvida, e agravadas pela extensão territorial de nosso Estado;

j) algumas distorções cometidas quando da definição das macro-regiões, fato que, em parte, pode ser explicado pela necessidade imperiosa de implantar imediatamente o novo sistema. Destas distorções, uma das que mais tem criado problemas, principalmente no que se refere à supervisão e ao controle, é a decorrente de um conhecimento falho do sistema viário, o que fez com que determinada região fosse vinculada a um Centro, quando deveria ter ficado ligada a outro de mais fácil acesso.

7. VANTAGENS DO SISTEMA

A despeito dos pontos de estrangulamento acima enumerados, diversos fatos positivos podem ser assinalados, sem dúvida nenhuma melhorando sensivelmente o rendimento dos serviços de Saúde Pública no Estado. Assim, a criação dos Centros Executivos Regionais:

a) tornou viável a montagem de um real sistema de informações, cujo fluxo tem sido mantido através de malotes enviados semanalmente através de rodovias. Deste modo, melhorou-se a coleta dos dados de produção de serviços de saúde no interior;

b) permitiu maior eficiência aos órgãos de supervisão e controle, ao tempo em que, liberando o Secretário e os órgãos centrais de grande número de contactos, forneceu aos mesmos um maior controle da gestão;

c) possibilitou um maior conhecimento das unidades locais e facilitou a elaboração de programas regionais;

d) tornou factível a preparação de um orçamento-programa por zonas e criou condições para que a execução orçamentária também seja regional;

e) abriu maiores possibilidades para a prestação de assistência técnica às unidades locais;

f) tornou viável a elaboração de um Plano de Saúde que contemple a realidade do Estado em suas diversidades regionais, considerando o Centro Executivo como área programática. Dentro desta orientação já foram elaborados planos para as regiões programáticas de Santo Antônio de Jesus e Jequié e iniciados os estudos para a elaboração do plano para as regiões de Feira de Santana e Senhor do Bonfim;

g) permitiu pela primeira vez a coleta de dados da estatística vital referentes ao interior do Estado, ensejando um melhor conhecimento dos níveis de saúde de nossas populações;

h) tornou possível o atendimento pronto a condições de emergência no interior do Estado, tais como surtos epidêmicos e situações de calamidade pública (enchentes, desastres, etc.);

i) reduziu consideravelmente as pressões políticas sobre a Secretaria, vez que,

a delegação de poderes a um órgão regional apolítico constituiu-se numa barreira às solicitações que contrariassem a orientação dos órgãos técnico-normativos da Secretaria.

8. COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

A experiência da Secretaria da Saúde Pública do Estado da Bahia com o sistema de descentralização executiva através de Centros Executivos Regionais, durante 4 anos de administração (1967 a 1971), sem solução de continuidade, demonstrou as nítidas vantagens que oferece a regionalização dos serviços de saúde não só para uma mais efetiva prestação de serviços como também para o processo de planejamento de saúde. Reconhecendo os méritos do sistema de regionalização, a Assembléia Legislativa, ao elaborar o novo Código Sanitário do Estado em 1971, no artigo 130, recomendou expressamente a sua manutenção. Essa experiência permitiu ainda a apreciação das dificuldades para a implantação do sistema, bem como a identificação das medidas que devem ser tomadas para assegurar o melhor êxito do sistema de administração regionalizada em outros Estados que venham a optar pela regionalização dos seus serviços de Saúde Pública.

RSPU-B/156

ARAÚJO, J. D. de et al. — [Regionalization of public health service: the experience of the State of Bahia, Brazil.] *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 7: 1-19, 1973.

SUMMARY: After making a historic review of Public Health Service organization in Bahia, the Administrative Reform enacted in 1966, was analyzed and studied in particular the system of regionalization of Public Health Services, through Regional Executive Centers in the interior. Besides presenting the various aspects of the new structure, the difficulties presented in implantation, and the various advantages resulting from its application were commented. It was concluded that the regionalization of Public Health Services is advantageous not only for a more efficient delivery of health services, but also as a basis to establish a process of health planning.

UNITERMS Public health services (Regionalization)*; Health administration*; Bahia (Brazil)*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BAHIA. Secretaria da Saúde Pública. *Reforma administrativa*. Salvador, BA., Imprensa Oficial, 1966.
2. BOLETIM INFORMATIVO ANUAL. Estatísticas Vitais. (Secretaria da Saúde Pública). Salvador, BA. 1969.
3. CÓDIGO de Saúde do Estado: Lei n.º 2904. *Diário Oficial do Estado da Bahia*, 15 fev. 1971.
4. CÓDIGO Sanitário. Salvador, BA., Imprensa Oficial, 1926.
5. FERREIRA, E. S. M.; NERY, G. C. & CAMPOS, M. — A descentralização executiva dos Serviços da Secretaria de Saúde Pública da Bahia (Análise Crítica) [Trabalho apresentado ao Congresso Brasileiro de Higiene. 17.º, Salvador, 1968].
6. LESER, W. et al. — Reorganização da Secretaria de Saúde Pública do Estado de São Paulo. [Trabalho apresentado ao Congresso Brasileiro de Higiene, 17.º, Salvador, 1968].
7. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Sistemas para aumentar la cobertura de los servicios de Salud en las áreas rurales*. Washington, D. C., 1968. (Publicaciones científicas, 170).
8. RUTSTEIN, D. D. — *The coming revolution in medicine*. Cambridge, M. I.T. Press, 1967.
9. SEMINÁRIO sobre a PROBLEMÁTICA de SAÚDE no NORDESTE, Garanhuns, 1967. *Documento final*. Recife, SUDENE. Divisão de Recursos Humanos, 1967.
10. SIMPÓSIO DE POLÍTICAS GOVERNAMENTAIS: 13.º Simpósio — Saúde. *Documento informativo*. Salvador, BA., 1965.

Recebido para publicação em 10-11-1972

Aprovado para publicação em 29-1-1973

APÊNDICE

DECRETO N.º 21.589 DE 01.12.1969, PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DA BAHIA DE 02.12.1969.

REGIMENTO DOS CENTROS EXECUTIVOS REGIONAIS DA SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA.

CAPÍTULO I

Das Subfunções

Artigo 1.º — Os Centros Executivos Regionais, instalados ou que vierem a se instalar, na forma da Lei n.º 2321, de 11 de abril de 1966, com sede e jurisdição nas Regiões Administrativas do Estado, reger-se-ão pelo disposto no presente Regimento e terão a seu cargo a execução das Subfunções previstas no Regimento da Secretaria da Saúde Pública, Decreto n.º 19.931, de 28 de setembro de 1966.

§ 1.º — As Subfunções de Administra-

ção Geral, no âmbito dos Centros Executivos Regionais, são da Competência da Secção de Administração Geral, prevista no Artigo 2.º deste Regimento, na conformidade do disposto no Regimento dos Órgãos do Sistema de Administração Geral.

§ 2.º — As Subfunções de Programação, Orçamento e Organização, no âmbito dos Centros Executivos Regionais, são da competência da Assessoria Setorial de Programação e Orçamento da Secretaria da Saúde Pública e da Secção de Administração Geral prevista no Artigo 2.º deste Regimento, na conformidade do disposto no Regimento dos Órgãos do Sistema de Planejamento.

§ 3.º — As Subfunções de Procuradoria, no âmbito dos Centros Executivos Regionais, serão exercidas na forma da Lei n.º 2320 de 4 de abril de 1966, e em conformi-

dade com o disposto no Regimento dos Órgãos do Sistema de Procuradoria.

CAPÍTULO II

Da Estrutura

Artigo 2.º — A Estrutura dos Centros Executivos Regionais compreende, basicamente, os seguintes Órgãos:

1. Chefia do Centro Executivo Regional
2. Coordenação da Execução Técnica
3. Secção de Administração Geral
4. Unidades de Execução.

§ 1.º — Em cada Centro Executivo Regional haverá as Unidades de Execução necessárias à prestação dos Serviços de Saúde Pública, as quais serão classificadas, padronizadas e instaladas mediante ato do Secretário da Saúde Pública.

§ 2.º — Ficam criados, em cada Centro Executivo Regional na forma da legislação vigente, as Funções Gratificadas, relacionadas no Anexo I, que é parte integrante deste Regimento.

§ 3.º — O provimento das Funções Gratificadas será feito por ato do Secretário da Saúde Pública, atendendo às necessidades dos Serviços.

CAPÍTULO III

Das Atividades

Artigo 3.º — As Atividades dos Centros Executivos Regionais, além das relativas às Subfunções a que se referem os § 1.º, 2.º e 3.º do Artigo 1.º deste Regimento, compreendem a execução das Subfunções específicas previstas no Regimento da Secretaria da Saúde Pública, em conformidade com o que dispuserem Instruções, Manuais ou Ordens de Serviço, e ainda, as a seguir enumeradas, a cargo da Coordenação da Execução Técnica:

1. Assistência à Chefia do Centro Executivo, visando à coordenação dos vários serviços em execução;

2. Coordenação, do ponto de vista técnico, da execução dos programas em desenvolvimento no Centro Executivo Regional;

3. Avaliação técnica dos trabalhos que realizam as Unidades de Execução;

4. Desempenho de outras tarefas que lhes sejam cometidas pelo Chefe do Centro Executivo Regional.

CAPÍTULO IV

Das Atribuições

Artigo 4.º — O exercício de cargo de direção ou função de Chefia, no âmbito dos Centros Executivos Regionais, condiciona-se ao desempenho das atribuições a seguir enumeradas, segundo os titulares respectivos:

I — Chefe de Centro Executivo Regional

a) orientar, coordenar, controlar e dirigir as atividades do Centro Executivo Regional;

b) representar o Secretário na jurisdição do Centro Executivo Regional;

c) exercer as competências relativas a dirigentes de unidades orçamentárias;

d) proceder à avaliação sistemática e encaminhar ao Secretário de Estado relatórios mensais e anuais sobre as atividades do Centro;

e) constituir equipes e grupos de trabalho, em caráter eventual, para execução de tarefas específicas.

II — Chefe da Coordenação da Execução Técnica

a) coordenar, orientar, controlar e dirigir os trabalhos a cargo da Coordenação da Execução Técnica;

b) sugerir medidas e providências de natureza técnica visando ao melhor rendimento da prestação dos serviços;

c) promover medidas visando a ação coordenada dos órgãos e entidades públicas ou privadas, para o melhoramento e expansão dos serviços existentes na Região.

III — Chefe de Unidade de Execução

a) orientar, coordenar e dirigir os trabalhos da Unidade;

b) sugerir medidas e providências visando ao aperfeiçoamento do nível de prestação dos serviços;

c) exercer as tarefas que lhe foram cometidas pelo Chefe do Centro Executivo Regional.

IV — Chefe da Seção de Administração Geral

a) executar, na área de sua competência, as atividades previstas no Regimento do Sistema de Administração Geral, Decreto n.º 19.874, de 20 de julho de 1966;

b) orientar, coordenar, controlar a execução das atividades de administração geral, sugerindo medidas e providências de natureza administrativa, visando melhorar as práticas administrativas.

CAPÍTULO V

Das Substituições

Artigo 5.º — As substituições dos titulares de cargos e funções de chefia, no âmbito dos Centros Executivos Regionais, nas faltas e impedimentos eventuais dos respectivos titulares, far-se-ão da maneira seguinte:

I — o Chefe do Centro pelo Chefe da Coordenação da Execução Técnica;

II — o Chefe da Coordenação da Execução Técnica por um dos Coordenadores;

III — o Chefe da Seção de Administração Geral por um dos funcionários da mesma Seção;

IV — o Chefe das Unidades de Execução por um dos funcionários da mesma Unidade.

Parágrafo único — Haverá sempre funcionário designado para as substituições de que trata este artigo.

CAPÍTULO VI

Disposições Gerais e Especiais

Artigo 6.º — A medida que cada Centro Executivo Regional dispuser de efetivas condições de funcionamento, segundo a programação estabelecida pela Assessoria Setorial de Programação e Orçamento ficam desligadas dos Departamentos de Assistência e de Higiene da Secretaria da Saúde Pública as atividades de execução, compreendida nas sub-funções de Saúde Pública previstas no Regimento da Secretaria da Saúde Pública.

Artigo 7.º — Quando os Centros Executivos Regionais abrangerem mais de uma Região Administrativa, deverá o Decreto de sua criação indicar a sede que será da Região Administrativa prevista em Lei.

Artigo 8.º — A denominação genérica de Unidade de Execução abrange quaisquer unidades administrativas que prestem serviços de Saúde Pública.

Parágrafo único — A Secretaria da Saúde Pública no prazo de 60 dias após a publicação deste Regimento baixará portaria classificando as Unidades de Execução de acordo com a especialização e o nível de complexidade dos seus serviços.

Artigo 9.º — As Unidades de Execução existentes, ou que venham existir na 1.ª Região Administrativa ficarão subordinadas aos respectivos Centros de Saúde, de

acordo com a área geográfica de sua jurisdição estabelecida em portaria do Secretário da Saúde Pública.

Artigo 10.º — Fica extinto, a partir da publicação deste Regimento o cargo de Secretário Assistente, símbolo 2-F, dos atuais Centros Executivos Regionais.

Parágrafo único — Os atuais ocupantes da função gratificada de Secretário Assistente passam automaticamente à função gratificada de Chefe de Seção de Administração Geral.

Artigo 11.º — Aos dirigentes ou responsáveis pelos serviços a cargo das diversas Unidades Sanitárias, são conferidas as atribuições previstas na legislação vigente, em matéria de administração geral, para os Chefes de Seção, além das de direção imediata dos respectivos serviços específicos.

Artigo 12.º — A Unidade Sanitária especializada "Dispensário Ramiro de Azevêdo", órgão integrante de estrutura, do 1.º Centro Executivo Regional, ficará no mesmo nível hierárquico dos Centros de Saúde, subordinada à chefia do 1.º C.E.R.

Artigo 13.º — A Unidade Sanitária especializada de combate à lepra "Dispensário Octávio Tôrres" órgão integrante do 1.º Centro Executivo Regional passará a fazer parte da estrutura do 2.º Centro de Saúde.

Artigo 14.º — A Unidade Sanitária especializada, Centro de Orientação Infanto-Juvenil (COIJ), integrante da estrutura do 1.º Centro Executivo Regional, ficará no mesmo nível hierárquico dos Postos de Saúde e subordinada diretamente à Chefia do 1.º Centro Executivo Regional.

Artigo 15.º — O Laboratório Bromatológico existente na área do 1.º Centro Executivo Regional, pela sua natureza, e amplitude dos seus serviços, como órgão de controle de produtos alimentares de âm-

bito estadual, fica subordinado à Divisão de Saneamento do Meio do Departamento de Higiene, no mesmo nível hierárquico da Chefia da Seção Técnica daquela Divisão.

Artigo 16.º — Os atuais Centros Executivos Regionais, instalados na Secretaria da Saúde Pública — 1.º Centro Executivo Regional Salvador, 2.º C.E.R. Feira de Santana, 3.º C.E.R. Santo Antonio de Jesus, 4.º C.E.R. Alagoinhas, 6.º C.E.R. Itaberaba, 7.º C.E.R. Jequié; 9.º C.E.R. Ribeira do Pombal, 10.º C.E.R. Senhor do Bonfim, 11.º C.E.R. Jacobina, 14.º C.E.R. Juazeiro, 16.º C.E.R. Barreiras, 19.º C.E.R. Vitória da Conquista e 20.º C.E.R. Itabuna-Ilhéus, passarão a funcionar com a estrutura constante do Anexo I, que faz parte integrante deste Regimento.

Artigo 17.º — Ficam criados os Centros Executivos Regionais da 6.ª Região Administrativa com sede em Itaberaba, e da 21.ª Região Administrativa com sede em Medeiros Neto.

Artigo 18.º — Os casos omissos serão resolvidos pelo Secretário de Saúde Pública.

Artigo 19.º — Este Regimento entrará em vigor na data da sua publicação.

Artigo 20.º — Revogam-se as disposições em contrário.

Palácio do Governo do Estado da Bahia, em 1.º de dezembro de 1969.

Ass.) LUIZ VIANA FILHO — José Duarte.

ANEXO I

(Estrutura dos Centros Executivos Regionais com as respectivas funções gratificadas).

1.º Centro Executivo Regional — Salvador
— 1.ª Região Administrativa.

1 — Chefe de Centro Executivo Regional — Símbolo 10 F

1 — Chefe de Coordenação da Execução Técnica	9 F	1 — Chefe de Secção de Administração Geral	4 F
3 — Coordenadores	8 F	6.º Centro Executivo Regional — 6.ª Região Administrativa	
5 — Chefe de Unidades de Execução Polivalentes — Centros de Saúde	8 F	ITABERABA	
1 — Chefe de Unidade de Execução Especializada — Ramiro de Azevêdo	8 F	1 — Chefe de Centro Executivo Regional — Símbolo	10 F
1 — Chefe de Unidade de Execução Especializada — Centro de Orientação Infanto-Juvenil	7 F	1 — Chefe de Unidade de Execução	7 F
1 — Chefe de Secção de Administração Geral	4 F	1 — Coordenador	8 F
2.º Centro Executivo Regional — 2.ª Região Administrativa		1 — Chefe de Secção de Administração Geral	4 F
FEIRA DE SANTANA		7.º Centro Executivo Regional — 7.ª Região Administrativa	
1 — Chefe de Centro Executivo Regional — Símbolo	10 F	JEQUIÉ	
1 — Chefe de Coordenação da Execução Técnica	9 F	1 — Chefe de Centro Executivo Regional — Símbolo	10 F
2 — Coordenadores	8 F	1 — Chefe de Coordenação da Execução Técnica	9 F
1 — Chefe de Unidade de Execução Polivalente — Centro de Saúde	8 F	2 — Coordenadores	8 F
1 — Chefe de Secção de Administração Geral	4 F	1 — Chefe de Unidade de Execução Polivalente — Centro de Saúde	8 F
3.º Centro Executivo Regional — 3.ª Região Administrativa		1 — Chefe de Secção de Administração Geral	4 F
SANTO ANTÔNIO DE JESÚS		9.º Centro Executivo Regional — 9.ª Região Administrativa	
1 — Chefe de Centro Executivo Regional — Símbolo	10 F	RIBEIRA DO POMBAL	
1 — Chefe de Unidade de Execução	7 F	1 — Chefe de Centro Executivo Regional — Símbolo	10 F
1 — Coordenador	8 F	1 — Coordenador	8 F
		1 — Chefe de Unidade de Execução	7 F
		1 — Chefe de Secção de Administração Geral	4 F

10.º Centro Executivo Regional — 10.ª Região Administrativa		BARREIRAS	
SENHOR DO BONFIM		1 — Chefe de Centro Executivo Regional — Símbolo	10 F
1 — Chefe de Centro Executivo Regional — Símbolo	10 F	1 — Coordenador	8 F
1 — Coordenador	8 F	1 — Chefe de Unidade de Exe- cução	7 F
1 — Chefe de Unidade de Exe- cução	7 F	1 — Chefe de Secção de Adminis- tração Geral	4 F
1 — Chefe de Secção de Adminis- tração Geral	4 F	19.º Centro Executivo Regional — 19.ª Região Administrativa	
11.º Centro Executivo Regional — 11.ª Região Administrativa		VITÓRIA DA CONQUISTA	
JACOBINA		1 — Chefe de Centro Executivo Regional — Símbolo	10 F
1 — Chefe de Centro Executivo Regional — Símbolo	10 F	1 — Chefe de Coordenação da Execução Técnica	9 F
1 — Chefe de Coordenação da Execução Técnica	9 F	2 — Coordenadores	8 F
2 — Coordenadores	8 F	1 — Chefe de Unidade de Exe- cução Polivalente — Centro de Saúde	8 F
1 — Chefe de Unidade de Exe- cução Polivalente — Centro de Saúde	8 F	1 — Chefe de Secção de Adminis- tração Geral	4 F
1 — Chefe de Secção de Adminis- tração Geral	4 F	20.º Centro Executivo Regional — 20.ª Região Administrativa	
14.º Centro Executivo Regional — 14.ª Região Administrativa		ITABUNA	
JUAZEIRO		1 — Chefe de Centro Executivo Regional — Símbolo	10 F
1 — Chefe de Centro Executivo Regional — Símbolo	10 F	1 — Chefe de Coordenação da Execução Técnica	9 F
1 — Coordenador	8 F	2 — Coordenadores	8 F
1 — Chefe de Unidade de Exe- cução	7 F	1 — Chefe de Unidade de Exe- cução Polivalente — Centro de Saúde	8 F
1 — Chefe de Secção de Adminis- tração Geral	4 F	1 — Chefe de Secção de Adminis- tração Geral	4 F
16.º Centro Executivo Regional — 16.ª Região Administrativa			

ARÚJO, J. D. de et al. — Regionalização dos serviços de saúde pública: a experiência do Estado da Bahia, Brasil. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 7: 1-19, 1973.

21.º Centro Executivo Regional — 21.ª	1 — Coordenador	8 F
Região Administrativa	1 — Chefe de Unidade de Exe-	
	cução	7 F
MEDEIROS NETO		
1 — Chefe de Centro Executivo	1 — Chefe de Secção de Adminis-	
Regional — Símbolo	tração Geral	4 F
		10 F