

## ARTIGO ORIGINAL DE TEMA LIVRE

**A DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA LABORATORIAL NO ESTADO DA BAHIA: A EXPERIÊNCIA DA REDE DE LABORATÓRIOS DE SAÚDE PÚBLICA***Rosane Maria Magalhães Martins Will<sup>a</sup>**Edivânia Lúcia Araújo Santos Landim<sup>b</sup>**Maria do Carmo Lessa Guimarães<sup>c</sup>**Edna Maria Pagliarini<sup>d</sup>**Cristiane Oliveira da Mota<sup>e</sup>***Resumo**

Este artigo analisa a experiência da descentralização e regionalização da Rede de Vigilância Laboratorial no estado da Bahia, no contexto de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do federalismo sanitário brasileiro. Para tanto, discute-se as novas configurações da rede de atenção integral à saúde, em especial a estruturação da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública (RELSP), com ênfase para a implantação dos Laboratórios Municipais de Referência Regional (LMRRs) nos municípios-sede de Regiões de Saúde. Foi priorizado esse foco de análise, uma vez que inexistiam, até o ano de 2007, serviços dessa natureza para atender de forma descentralizada e regionalizada doenças e agravos de vigilância epidemiológica, situação essa que reproduzia as iniquidades regionais e comprometia a expansão da cobertura diagnóstica por eventos de interesse para a Saúde Pública e a integralidade da atenção à saúde. Para tanto, utilizou-se de análise de documentos institucionais, normativos e observação participante por considerar que a maioria dos autores integra o quadro de técnicos do Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN-BA). Os resultados revelam que houve expressivo esforço indutor da esfera estadual para fomentar o processo de descentralização e regionalização das ações de vigilância laboratorial no estado da Bahia, porém não foi suficiente para superar as desigualdades regionais, as diferentes capacidades organizativas do sistema de saúde em âmbito local, uma vez que essa situação reflete a dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro e a conformação do modelo de atenção à saúde no Brasil.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. Descentralização. Regionalização. Federalismo.

<sup>a</sup>Diretoria do Laboratório Central de Saúde Pública; Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB – Salvador (BA), Brasil.

<sup>b</sup>Coordenação de Planejamento do Laboratório Central de Saúde Pública; SESAB – Salvador (BA), Brasil.

<sup>c</sup>Faculdade de Farmácia e Núcleo de Pós-Graduação em Administração – NPCA; Universidade Federal da Bahia – UFBA – Salvador (BA), Brasil.

<sup>d</sup>Coordenação de Gestão da Rede do Laboratório Central de Saúde Pública; SESAB – Salvador (BA), Brasil.

<sup>e</sup>Coordenação de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica do Laboratório Central de Saúde Pública; SESAB – Salvador (BA), Brasil.

**Endereço para correspondência:** Rosane Maria Magalhães Martins Will – Rua Dr. José Peroba, 225, apto. 804 – Costa Azul – CEP: 41770-235 – Salvador (BA), Brasil – E-mail: rosanewill@gmail.com

### **Abstract**

This article analyzes the experience of decentralization and regionalization of Laboratory Vigilance Network in the State of Bahia, in the context of consolidation of the Unified Health System (SUS) and the Brazilian health federalism. Therefore, it is discussed the new network comprehensive health care configurations, in particular the structure of the State Network of Public Health Laboratories (RELSP), based on the Municipal Regional Reference Laboratories (LMRRs) implementation in the municipalities headquarters Health Regions. The priority on this analysis considered the inexistence of decentralized and regionalized services until 2007 to attend diseases and vigilance of diseases, a situation that reproduced the regional inequalities and committed to expansion diagnostic coverage for events of interest to public health and the completeness of health care. Therefore, data were obtained from analysis of institutional, normative documents and participant observation considering that most authors integrates the technical staff of the Central Public Health Laboratory (LACEN-BA). The results indicate that there was significant inducer of state level efforts to promote the process of decentralization and regionalization of laboratory vigilance actions in the state of Bahia, but it was not enough to overcome regional inequalities, the different organizational health system capacity at the local level since this situation reflects the political dynamics of the Brazilian health federalism and the conformation of the health care model in Brazil.

**Keywords:** Unified Health System. Decentralization. Regional health planning. Federalism.

### DESCENTRALIZACIÓN Y REGIONALIZACIÓN DE ACCIONES DE VIGILANCIA DE LABORATORIO EN EL ESTADO DE BAHIA: LA EXPERIENCIA DE LA RED DE LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA

### **Resumen**

En este artículo se analiza la experiencia de descentralización y regionalización de la Red de Vigilancia de Laboratorio en el estado de Bahia, en el contexto de la consolidación del Sistema Único de Salud (SUS) y del federalismo de salud brasileño. Por lo tanto, se discuten las nuevas configuraciones de red de atención integral de salud, en particular la estructura de la Red Estatal de Laboratorios de Salud Pública (RELSP), con

ênfasis en la aplicación de los Laboratorios de Referencia Regional de Municipal (LMRRs) en los municipios sede de Regiones de Salud. Se dio prioridad en este enfoque de análisis, ya que no existía hasta 2007, este tipo de servicios para satisfacer de manera descentralizada y regionalizada a las enfermedades de vigilancia epidemiológica, una situación que reproducía las desigualdades regionales y comprometía la expansión de cobertura de diagnóstico para los eventos de interés para la salud pública y la integridad de la atención sanitaria. Por lo tanto, se utilizó el análisis de los documentos normativos, institucionales y observación participante teniendo en cuenta que la mayoría de los autores integra el personal técnico del Laboratorio Central de Salud Pública (LACEN-BA). Los resultados mostraron que hubo un expresivo esfuerzo inductor a nivel estatal para promover el proceso de descentralización y regionalización de las acciones de vigilancia de laboratorio en el estado de Bahia, pero no fue suficiente para superar las desigualdades regionales, la distinta capacidad del sistema de salud de la organización a nivel local ya que esta situación refleja la dinámica política del federalismo salud brasileño y la conformación del modelo de atención de salud en Brasil.

**Palabras clave:** Sistema de Salud. Descentralización. Regionalización. Federalismo.

## INTRODUÇÃO

A descentralização é considerada uma estratégia estruturante dos processos de reformas dos Estados Nacionais, tanto na Europa Ocidental como na América Latina. Iniciou-se no final da década de 1970 no Brasil, e o setor saúde é considerado emblemático pela defesa da descentralização do sistema de saúde. Em países desenvolvidos, como Inglaterra, Itália, Alemanha e Canadá, a descentralização da política de saúde ocorreu de forma articulada ao processo de regionalização, mediante a organização de redes de serviços associadas ao fortalecimento de autoridades sanitárias regionais, com vistas a alcançar a transparência e a democratização dos processos decisórios e o aumento do grau de eficiência e efetividade do sistema de saúde. Contudo, na América Latina, a estratégia da descentralização e regionalização foi implementada com graus variados de articulação, com maior ênfase para a descentralização.<sup>1</sup>

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil ocorreu em uma conjuntura política e econômica marcada por reformas macroeconômicas, incentivadas pelo Banco Mundial e outros organismos multilaterais, centradas essencialmente em uma visão economicista de ajuste fiscal, com ênfase na eficácia, seletividade e focalização dos serviços e das ações de saúde. Para a universalização do acesso, a descentralização da saúde é considerada pelo movimento da Reforma Sanitária uma condição substantiva, haja vista que concebe o

deslocamento do poder decisório para o município mais facilmente permeável ao exercício da participação e do controle social, sendo tal concepção um indicativo da identidade entre o ideário da Reforma Sanitária e o processo de democratização do país.<sup>2</sup>

Em meio aos desafios de natureza conjuntural e estrutural, a implementação do SUS ocorreu, conforme Noronha, Lima e Machado,<sup>3</sup> de forma gradual e exigiu a adoção de mecanismos dinâmicos que possibilitassem identificar e corrigir problemas no decorrer do processo. Entre esses mecanismos, destacam-se o processo de habilitação de estados e municípios para o recebimento de repasse automático de recursos financeiros, por meio da modalidade fundo a fundo, e a formulação de Normas Operacionais Básicas (NOBs), utilizados como reguladores da descentralização. Para Noronha, Lima e Machado,<sup>3</sup> estes dois mecanismos articulados — normatização e repasse financeiro — constituíram a base da regulação da descentralização da gestão do sistema de saúde no Brasil.

As normas operacionais de saúde e as portarias que as complementam se tornaram os principais instrumentos de regulação do processo de descentralização. A NOB 96 foi a mais significativa para o avanço do processo de descentralização, visto que possibilitou que estados e municípios escolhessem o nível de gestão a se credenciar, ou seja, implicava em graus diferenciados de contrapartidas e de responsabilidades pela assistência à saúde em seus respectivos territórios. Contudo, para Dourado e Elias,<sup>4</sup> o foco direcionado para a descentralização na primeira década do SUS mostrou que a estratégia da municipalização não era suficientemente capaz de ofertar as condições para a realização plena dos objetivos do sistema nacional de saúde, em face da heterogeneidade inter e intrarregional que caracteriza a Federação brasileira. Para Dourado e Elias (p. 207), tornou-se evidente a “necessidade de racionalização do sistema para equacionar a fragmentação na provisão dos serviços e as disparidades de escala e capacidade produtiva existentes entre os municípios, sob o risco de perda de eficiência [...]”.<sup>4</sup> Tal situação contribuiu para trazer à cena do debate a regionalização das ações e dos serviços de saúde, por meio das edições das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOASs).

A NOAS 2001 apresentou como um dos seus principais destaques o fortalecimento do papel da esfera estadual nas funções de coordenação do SUS, mantendo-se o comando único na gestão do sistema, com o objetivo de ampliar o acesso da população às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Para tanto, propôs a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e de diretrizes para organização regionalizada dos serviços.<sup>5</sup> Tal NOAS torna visível, do ponto de vista normativo, a estratégia de regionalização para ampliação do acesso universal ao sistema, uma vez que, embora não tenha trazido

avanços significativos para adequação regional ao processo de descentralização, estimulou o planejamento regional no âmbito dos estados.<sup>1</sup>

A norma seguinte, a NOAS 01/2002, reitera a regionalização, mediante elaboração do PDR, como instrumento de ordenamento por meio de territórios (macro e microrregiões e módulos assistenciais), com qualificação das microrregiões, por meio de um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade, como primeiro nível de referência intermunicipal, hierarquização da rede de serviços, estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência entre os diversos níveis de complexidade (atenção básica, especializada e hospitalar).<sup>6</sup>

De acordo com Dourado e Elias,<sup>4</sup> as NOASs tentaram reeditar o federalismo sanitário brasileiro, ao propor a criação de módulos assistenciais, regiões, macrorregiões entre estados e municípios, porém manteve a lógica de operação do sistema nos moldes já instituídos com a gestão descentralizada para os municípios, o que criou um forte constrangimento para a regionalização como diretriz organizativa do sistema, tendo como resultado o acirramento das disputas entre governos estaduais e municipais em relação à gestão dos serviços. Agregado a isso, os autores afirmam que a capacidade indutora do governo federal não foi suficiente para construir espaços de coordenação federativa nos níveis subnacionais.

Entretanto, o esforço normativo do governo federal para avançar na implementação dos princípios constitucionais do SUS não se encerra nessas normas operacionais, tendo sido instituído, em 2006, o Pacto pela Saúde, por meio da Portaria GM nº 399, composto de três dimensões (Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS) alinhadas a uma unidade de princípios.<sup>7</sup>

O Pacto de Gestão do SUS reforça a proposta de descentralização do sistema de saúde, estabelece como diretriz política a regionalização e institui o Colegiado de Gestão Regional (CGR) e blocos de financiamento para custeio de sistema de saúde, com alterações nas regras até então praticadas.<sup>7</sup>

Em 2011, mais um passo é dado pelo governo federal na estratégia de fortalecimento do processo de regionalização da atenção à saúde, ao publicar o Decreto nº 7.508/11, que estabelece no seu artigo 2º, incisos I e II, respectivamente, a Região de Saúde e o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, sendo este um instrumento jurídico-normativo a ser firmado pelos entes federados com a finalidade de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada.<sup>8</sup>

Observa-se, assim, o esforço normativo do governo federal para induzir o processo de descentralização, com ênfase mais recente na regionalização das ações

e dos serviços de saúde. Vale ressaltar, contudo, que a estratégia normativa do governo federal não vem sendo suficiente para garantir o aprofundamento da descentralização e da regionalização, uma vez que ainda se constata as iniquidades do sistema de saúde e as desigualdades intra e inter-regionais, o que tem provocado constrangimentos à estratégia de descentralização e regionalização das ações e dos serviços de saúde.

De acordo com Viana, Lima e Ferreira,<sup>1</sup> o processo de descentralização no SUS contribuiu para a expansão da cobertura dos serviços de saúde e a ampliação do financiamento público em saúde, pelas esferas estaduais e municipais, porém não foi capaz de resolver as imensas desigualdades no acesso, as dificuldades na gestão do gasto público e a formação de arranjos mais cooperativos.

Sob essa perspectiva, Castro e Ribeiro<sup>9</sup> consideram que essa situação é agravada pela heterogeneidade dos municípios brasileiros, no tocante ao seu tamanho populacional, condições econômicas e capacidade fiscal e gerencial, adicionados a fragilidades nos canais de escuta e participação da sociedade na formulação de políticas públicas, seja nos municípios ou nas demais esferas de governo da Federação, incluindo o reduzido envolvimento da sociedade civil no controle das políticas públicas e sociais. Os autores afirmam que essas fragilidades também ocorrem no campo do monitoramento e avaliação dos resultados, na disseminação das informações para os usuários do sistema e na institucionalização de mecanismos para auscultar a satisfação do cidadão acerca da qualidade do bem ou serviço público prestado à sociedade.<sup>9</sup>

A regionalização dos serviços e ações de saúde está essencialmente vinculada à organização federativa brasileira e às suas expressões no âmbito sanitário, cuja dinâmica política requer a busca constante do equilíbrio entre centralização e descentralização, o que exprime a essência do próprio federalismo. Embora reconheçam os benefícios na estratégia descentralizadora com relação direta com os municípios, Castro e Ribeiro<sup>9</sup> apontam alguns constrangimentos ao processo de implementação da regionalização. Ressaltam, por exemplo, que inexistem condições no federalismo brasileiro para que a livre negociação entre os gestores municipais seja suficiente para conduzir a política de saúde, em observância aos princípios e às diretrizes constitucionais, haja vista que existe uma grande assimetria de informações e de poder político entre os diversos municípios da unidade federada, o que inviabiliza o uso exclusivo desse modelo de gestão, sob pena de agravar as desigualdades intra e inter-regionais, gerando mais barreiras ao acesso aos serviços e às ações públicas.<sup>4</sup>

Uma hipótese explicativa para isso, já alertada por Guimarães,<sup>10</sup> consiste em compreender a descentralização como um fenômeno eminentemente político, que, por sua

vez, implica em redistribuição de poder entre as unidades subnacionais, favorecendo conflitos e disputas intergovernamentais, em face, principalmente, das transferências de recursos e de encargos, que passam a ocorrer concretamente na etapa de sua implementação.

Segundo a autora, tais embates adquirem especificidades a depender do contexto histórico, social, cultural e econômico em que tais transferências ocorrem. Nesse sentido, os processos de descentralização de políticas públicas em Estados federais podem, por exemplo, reforçar ou não os princípios da separação de competências, da autonomia e da participação dos níveis de governo, orientadores da Federação e que são também potenciais focos de tensão e conflitos de interesse. Por essa razão, os conflitos decisórios na implantação de políticas descentralizadoras nacionais somam-se àqueles decorrentes da própria estrutura federal.<sup>11</sup>

O que se observa é que os resultados do processo de descentralização estão circunstanciados a fatores de natureza histórica, estrutural, conjuntural, política, social, econômica e cultural, cujos resultados têm se apresentado bastante heterogêneos no território brasileiro, como também em outros países.<sup>1,2,10</sup>

Nesse sentido, estudos empíricos realizados por Landim,<sup>2</sup> Barreto e Guimarães<sup>12</sup> e Santos<sup>13</sup> sobre a avaliação da gestão descentralizada dos serviços e ações de saúde reforçam a heterogeneidade de respostas desse processo nas unidades subnacionais, evidenciando a permeabilidade desse fenômeno a fatores históricos, políticos, sociais, econômicos e culturais. Embora haja um consenso acerca dos benefícios e resultados diferenciados da descentralização e regionalização, como também dos efeitos diversos de sua operacionalização, essa estratégia não pode ser compreendida como a solução para todas as iniquidades do sistema, pois a descentralização e a regionalização, enquanto diretrizes organizativas do SUS, são fenômenos eminentemente políticos, portanto, permeáveis a um conjunto de fatores e interesses de natureza distinta que se inter-relacionam.

Este artigo descreve a implantação da rede de vigilância laboratorial do estado da Bahia, como parte da estratégia para a consolidação da descentralização e regionalização do SUS, com ênfase para a implantação dos Laboratórios Municipais de Referência Regional (LMRRs), uma vez que inexistiam, até no ano de 2007, unidades descentralizadas nas Regiões de Saúde, o que, por sua vez, reproduzia as iniquidades regionais e afetava o planejamento de ações de saúde, de média e alta complexidade, mais aderentes ao perfil epidemiológico da população baiana. Ao direcionar o foco para a implantação dessas unidades laboratoriais, este artigo objetiva analisar os desafios enfrentados na implantação e conformação do modelo de gestão da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública

(RELSP), no contexto do federalismo sanitário brasileiro. Para tanto, foram analisados os relatórios de gestão produzidos pelo Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN-BA) de 2007 a 2014, documentos normativos e jurídicos do SUS e da observação participante, considerando que a maioria dos autores pertence ao quadro técnico da organização. Os resultados dos dados levantados estão apresentados nos itens seguintes.

#### A DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA LABORATORIAL NO ESTADO DA BAHIA: A CONFORMAÇÃO DA REDE ESTADUAL DE LABORATÓRIOS DE SAÚDE PÚBLICA

A discussão sobre redes, embora recente, tem atingido dimensões muito amplas, pois tem contemplado inclusive as novas formas de organização social do estado e da sociedade, intensivas em tecnologia da informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia envolvendo ator(es) e as relações entre eles, entre grupos ou subgrupos, organizações, podendo coexistir redes inter e intraorganizacionais, formais e informais.<sup>14</sup>

A formação de redes, segundo Rovere,<sup>15</sup> requer alguns níveis de reconhecimento correlacionados a valores, como:

1. associar-se: compartilhar objetivos e projetos (confiança);
2. cooperar: compartilhar atividades e/ou recursos (solidariedade);
3. colaborar: prestar ajuda/atuação solidária(reciprocidade);
4. conhecer: conhecimento do que o outro é e faz (interesse);
5. reconhecer: a existência do outro (aceitação).

As vantagens da formação e gestão de redes, de acordo com Fleury e Ouverney,<sup>16</sup> são:

1. pluralidade de atores;
2. relações horizontais com autonomia político-administrativa;
3. maior capacidade para mobilizar, potencializar e/ou ampliar recursos;
4. flexibilidade e adaptabilidade à dinâmica loco-regional;
5. negociação constante;
6. corresponsabilização e compromisso compartilhado;
7. capilaridade dos serviços e ações.

Em face dessa diversidade de requisitos valorativos, é possível compreender as redes como processos mobilizadores que geram conexões solidárias, formadas por atores, recursos, percepções e regras, envolvendo ações conjuntas de cooperação em torno de um

problema e de soluções compartilhadas e negociadas.<sup>16</sup> Isso porque o trabalho em redes requer compatibilidade dos membros, ou seja, congruência de valores e de objetivos, o que coloca como desafio a conciliação permanente entre o objetivo comum da rede e os objetivos específicos de cada programa e/ou projeto.

Nas relações de interdependência o conflito é inevitável e deve ser aproveitado em seus aspectos construtivos — como ajustamento de poder e de recursos entre os diferentes parceiros. O trabalho em rede requer ainda ambiente de mobilização de recursos, ou seja, disponibilidade de fundos e tipo de controle sobre esses recursos.<sup>16</sup>

Assim, em contextos democráticos, a rede de serviços e programas possibilita a construção de novas formas de coletivização, socialização, organização solidária e coordenação social e enseja relações baseadas na confiança (capital social) e processos gerenciais horizontalizados e pluralistas (esfera pública democrática).

Além disso, a literatura tem afirmado que as redes favorecem a redução da fragmentação, a geração de consensos, as condições de governabilidade, o aumento das inter-relações em todos os níveis do governo e da sociedade.<sup>16</sup> Tal desiderato, no âmbito da Administração Pública, em face de sua complexidade, requer o desenvolvimento de formas de coordenação descentralizadas e flexíveis.

O entendimento acima sobre redes e seus desafios operacionais orientou a definição da proposta de estruturação da RELSP, seu arcabouço normativo, sua configuração e seus objetivos, conforme descrito a seguir.

### **As bases normativas para conformação da Rede de Laboratórios de Saúde Pública**

O propósito de descentralizar as ações de vigilância laboratorial<sup>3</sup> no estado da Bahia existia no LACEN-BA como um projeto embrionário desde o início do ano 2000. Contudo, somente a partir de 2007, com o governo do PT, quando a base política de coalização de centro-esquerda ascendeu ao poder executivo estadual, a proposta inicial foi revista e assumida como uma ação estratégica e prioritária de governo.

---

<sup>3</sup>A Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA), a qual o LACEN-BA é uma das diretorias integrantes, aprovou na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a Resolução nº 084/2011, que estabeleceu o Sistema Estadual de Vigilância em Saúde e respectivas competências entre as esferas, estadual e municipal. Nessa resolução foi definido que as atividades laboratoriais são em sua essência ações de vigilância, de modo que foi cunhado o termo vigilância laboratorial compreendido como um “conjunto de ações transversais aos demais sistemas de vigilância em saúde, que propiciam o conhecimento e investigação diagnóstica de agravos e verificação da qualidade de produtos de interesse de saúde pública, mediante estudo, pesquisa e análises de ensaios relacionados aos riscos epidemiológicos, sanitários, ambientais e da saúde do trabalhador”. Em 2014, a CIB aprovou a Resolução nº 249, que revisa a Resolução nº 084/2011, tendo sido mantido o conceito de vigilância laboratorial.

A formulação do Plano Diretor de Descentralização das Ações de Vigilância Laboratorial sustenta-se nas diretrizes e nos princípios do SUS explicitados na Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/90. Essa Lei Orgânica do SUS dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, sendo os princípios de universalização do acesso, integralidade da atenção à saúde, equidade, participação social e descentralização orientadores desse novo modelo de gestão dos serviços e ações de Saúde Pública.

Em relação à regulação das ações laboratoriais, a Portaria GM nº 2.031/2004 estabelece as condições para reestruturação e funcionamento do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, conferindo aos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACENs) dos Estados da Federação brasileira o papel de referência estadual e coordenador de rede, com competências para descentralizar, monitorar e avaliar serviços e ações laboratoriais de interesse para a Saúde Pública. No que se refere ao repasse de recursos para o desenvolvimento das ações laboratoriais, convém destacar a Portaria GM nº 3.271/2007, que regulamenta o repasse de recursos financeiros para os Laboratórios de Saúde Pública para execução das ações de vigilância sanitária.

Ainda compõe este arcabouço jurídico-normativo para regulação das ações laboratoriais a Portaria GM nº 2.606/2005, que, ao considerar a função estratégica dos LACENs para os sistemas de vigilância em saúde e sanitária, estabelece critérios para classificação desses laboratórios e institui seu fator de incentivo para repasse de recursos financeiros. Recentemente essa portaria foi revogada pela Portaria GM nº 183/2014, que regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, previsto no artigo 18, inciso I, da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 09 de julho de 2013, com a definição dos critérios de financiamento, monitoramento e avaliação.

Aliado ao arcabouço jurídico-normativo observou-se uma lacuna na organização assistencial da rede SUS-BA, concernente à atenção integral à saúde da população no que diz respeito ao diagnóstico laboratorial de eventos de interesse para a Saúde Pública. Essa lacuna, por sua vez, reproduzia as iniquidades regionais, comprometendo o cenário mais fidedigno do perfil epidemiológico do estado da Bahia, com reflexos no planejamento e na oferta das ações de média e alta complexidade para a população baiana.

Em face do exposto, a estruturação da RELSP foi assumida como uma ação prioritária de governo, cuja proposta foi previamente submetida a análise e apreciação do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e aprovada pela Comissão

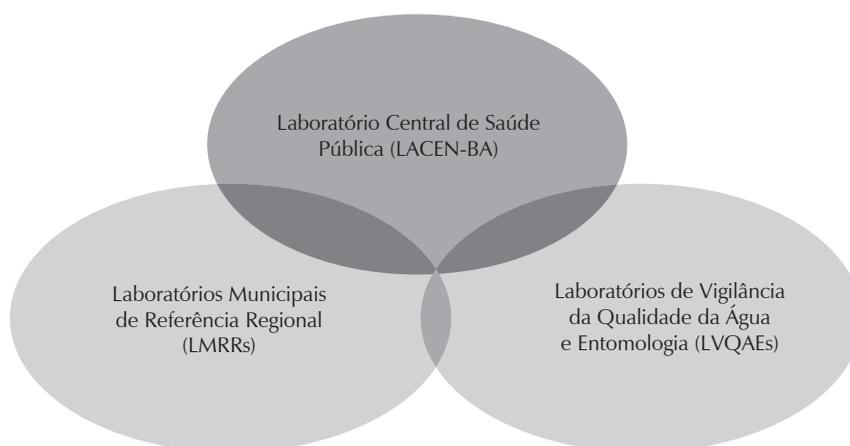
Intergestores Bipartite (CIB), por meio da Resolução nº 106/2008, sendo inserida no Plano Estadual de Saúde (PES) e na Agenda Estratégica de Saúde. Assim, foram dadas as bases normativas para a constituição da RELSP na Bahia.

### **Configuração da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública e sua estrutura de governança**

A RELSP tem como objetivo garantir a descentralização das ações laboratoriais e o fortalecimento do processo de regionalização, com vistas a ampliar a cobertura diagnóstica de ensaios de interesse da Saúde Pública e contribuir para o desenvolvimento integrado de ações de promoção, prevenção e controle dos fatores de risco e agravos à saúde individual e coletiva.

Para atender a esse objetivo, a RELSP foi desenhada sob três eixos estruturantes, que se interpenetram e mantêm relação entre si, a saber:

1. Vigilância Epidemiológica: LMRRs, implantados nos municípios-sede de microrregiões de saúde, em conformidade com o PDR;
2. Vigilância Entomológica e Vigilância em Saúde Ambiental, respectivamente: Laboratórios de Vigilância Entomológica (LVEs) e Laboratórios de Vigilância da Qualidade da Água (LVQAs), ambos com sede nas Diretorias Regionais de Saúde (DIRES);
3. Vigilância Sanitária: laboratórios centralizados no LACEN-BA, conforme Figura 1.



Fonte: LACEN-BA

**Figura 1** – Configuração da Rede Estadual de Saúde Pública

Para viabilizar a estruturação e o funcionamento dessa rede, em especial os LMRRs, por se tratar de uma relação entre diferentes esferas de governo e também por ainda

não existir anteriormente nenhuma unidade implantada pelo LACEN-BA, nessa modalidade, foram estabelecidos alguns critérios:

1. implantação das unidades descentralizadas em municípios-sede de microrregião de saúde com população superior a 60.000 habitantes;
2. abrangência regionalizada para atender um público superior a 200.000 habitantes;
3. análise do perfil epidemiológico de cada região para definição do elenco de exames a ser realizado pelo LMRR, cujo quantitativo mês deveria ser superior a 10.000 análises, incluindo análises clínicas e de interesse para a Saúde Pública;
4. equipe mínima de profissionais de nível médio e universitário, para contratação pelo município;
5. implantação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), do Sistema de Gestão da Qualidade e Biossegurança Laboratorial (SGQB) e do Sistema de Informação para Gerenciamento das Amostras e Relatórios de Ensaio;
6. adesão ao Termo de Compromisso.

Em relação à gestão dos LMRRs, optou-se por um modelo de gestão compartilhada entre o município-sede do Laboratório e a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), por meio da formalização de um Termo de Compromisso em que são estabelecidas responsabilidades entre as partes, cabendo à SESAB, por meio do LACEN-BA:

1. repasse de recursos financeiros para reforma e adequação da área física;
2. logística de insumos estratégicos: planejamento de necessidades, programação de compras, aquisição e gerenciamento da distribuição de insumos e equipamentos para a rede;
3. desenvolvimento profissional e organizacional: promoção e apoio institucional para ações de educação permanente direcionadas para o desenvolvimento de habilidades e competências técnicas, gerenciais e de gestão da qualidade e biossegurança, incluindo a transferência de tecnologias para implantação das metodologias analíticas;
4. tecnologia da informação: implantação de sistemas de informação laboratorial, visando o gerenciamento de dados, informações e comunicação em rede;
5. manutenção: contratação de serviços especializados para suporte operacional na área de calibração e manutenção de equipamentos disponibilizados pelo LACEN-BA;

6. monitoramento e avaliação: acompanhamento sistemático das ações e funcionalidade da rede.

Aos municípios-sede de LMRR compete essencialmente:

1. dispor de área física para realização de obras de infraestrutura para implantação do laboratório;
2. realizar processo licitatório para contratação de serviços especializados para realização das obras de reforma e/ou ampliação do laboratório;
3. contratação de pessoal, incluindo encargos sociais e trabalhistas;
4. atender aos municípios de sua área de abrangência;
5. custear as despesas de manutenção do laboratório.

No tocante aos Laboratórios de Vigilância da Qualidade da Água e Entomologia (LVQAEs), por estarem localizados nas ex-DIRES, atualmente Núcleos Regionais de Saúde (NRSs), em observância a Lei nº 13.204, de 11 de dezembro de 2014, e serem estas unidades uma representação regional da SESAB, as responsabilidades do LACEN-BA são as mesmas para os LMRRs, com exceção de repasse de recursos financeiros para custeio de obras de reforma e/ou ampliação desses laboratórios, sendo esta ação de competência da própria esfera estadual.

Em ambos os modelos de gestão, entre unidades subnacionais (Estado e municípios, a exemplo do LMRR) e interníveis de governo (nível central e regional, representada pelos NRSs e Bases Regionais de Saúde – BRSs<sup>b</sup>, as quais são sede dos LVQAEs), os princípios orientadores da RELSP são:

1. atuação articulada, compartilhada e solidária;
2. acessibilidade;
3. resolutividade;
4. qualidade, agilidade e confiabilidade das análises;
5. interdisciplinaridade e corresponsabilização;
6. fortalecimento do SUS e do processo de regionalização para ampliar a capilaridade do sistema e a universalização da atenção integral à saúde da população.

---

<sup>b</sup>A Lei nº 13.204, de 11 de dezembro de 2014, não regulamenta as 22 BRS, porém as mesmas existem, no momento, como propostas da gestão da SESAB, para atuar em âmbito regional, de forma articulada com os 9 NRSs e territórios de saúde.

### Estrutura atual da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública

O projeto inicial previa a criação de 31 LMRRs, visando atender às demandas de investigação diagnóstica laboratorial, relacionadas às doenças e aos agravos de vigilância epidemiológica, em conformidade com a Portaria Estadual nº 1.736, de 23 de dezembro de 2014, incluindo outras doenças de interesse para a Saúde Pública. Atualmente, o estado da Bahia conta com 12 LMRRs, instalados nos municípios de Salvador, Teixeira de Freitas, Vitória da Conquista, Senhor do Bonfim, Bom Jesus da Lapa, Brumado, Serrinha, Paulo Afonso, Guanambi, Porto Seguro e Ibotirama, e 1 Laboratório Estadual de Referência Regional (LERR) em Jequié. No momento, essas 12 unidades descentralizadas são responsáveis por atender um conjunto de 167 municípios, representando 40% do total do Estado, com alcance aproximado de 50% da população da baiana.

Além da implantação dos LMRRs, estava prevista também a estruturação de 21 LVQAES, localizados nos atuais NRSs e BRSs, uma vez que todas as unidades contavam com um Núcleo de Vigilância Entomológica que desempenha ações de identificação, monitoramento e controle dos vetores responsáveis pela manutenção das doenças de interesse para a Saúde Pública.

Quanto ao monitoramento da qualidade da água para consumo humano, a RELSP possui em funcionamento nove laboratórios descentralizados nas regionais de Teixeira de Freitas, Vitória da Conquista, Serrinha, Alagoinhas, Brumado, Feira de Santana, Salvador, Santo Antônio de Jesus e Senhor do Bonfim para atender à demanda do território de abrangência, incluindo a unidade do LACEN-BA, aos demais municípios baianos e aos procedimentos de maior complexidade.

Convém salientar que o LACEN-BA desenvolve ações de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental, entomológica e saúde do trabalhador, sendo que as ações de vigilância sanitária e saúde do trabalhador estão concentradas nesta organização, uma vez que não foram descentralizadas, em razão da relação custo-benefício.

No que se refere à produção da RELSP, observa-se que de janeiro a dezembro de 2014 foram realizadas 1.653.939 análises, incluindo produção de insumos (Tabela 1).

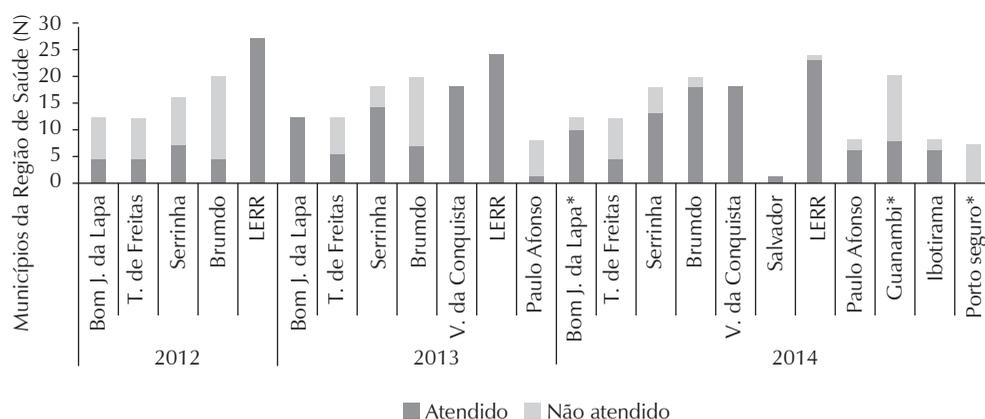
**Tabela 1** – Quantitativo de análises e produção de insumos realizados no período de 2011 a 2014 — Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública

Vigilância laboratorial	2011	2012	2013	2014
Epidemiológica	929.627	896.319	935.100	1.237.983
Sanitária e Ambiental	69.239	61.982	57.921	245.207
Produção de Insumos Estratégicos	186.189	146.724	170.197	170.749
Total	1.185.055	1.105.025	1.163.218	1.653.939

Fonte: LACEN-BA, 2014

Os dados acima apontam um incremento em 2014 de todas as ações desenvolvidas, tanto da vigilância epidemiológica quanto da sanitária e ambiental, decorrente da ampliação da ação regionalizada dos laboratórios no Estado, em razão da estruturação da RELSP.

No Gráfico 1 está representado o número de municípios atendidos pelos LMRRs nas Regiões de Saúde, as quais foram expandidas em decorrência da ampliação da RELSP nos últimos oito anos. Os dados apontam um incremento no quantitativo de municípios atendidos em 2014, especialmente pelos LMRRs de Brumado e Paulo Afonso. Destaca-se, ainda, que algumas unidades estão atendendo municípios além da sua área de abrangência.



Fonte: LACEN-BA, 2014

\*Unidades que atenderam municípios além da sua Região de Saúde; LERR: Laboratório Estadual de Referência Regional

**Gráfico 1** – Quantitativo de municípios atendidos na área de abrangência do Laboratório Municipal de Referência Regional de 2012 a 2014 — Laboratório Central de Saúde Pública, Bahia

### Redesenho da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública para o período de 2015 a 2019

Em face das diretrizes do governo do estado da Bahia para a gestão de 2015 a 2019, reavaliou-se o desenho da RELSP, tendo sido apresentada uma nova proposta para implantação de unidades descentralizadas, em observância à Reforma Administrativa definida pelo executivo estadual, que estabelece um novo reordenamento na organização e disposição das extintas DIRES, em conformidade com a Lei nº 13.2004/2014.

Sendo assim, a nova proposta da RELSP para o período de 2015 a 2019, em consonância com o novo Plano Plurianual (PPA 2016–2019), consiste na estruturação de LMRR e LVQAE (Quadro 1).

**Quadro 1** – Proposta de implantação da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública para o período de 2015 a 2019

Macrorregiões de saúde/tipo de laboratório	LMRR	LVQAE
Centro-Oeste	2 (Barreiras e Luís Eduardo Magalhães)	2 (Barreiras e Ibotirama)
Sul	1 (Itabuna)	2 (Ilhéus e Jequié)
Extremo-Sul	–	1 (Eunápolis)
Norte	1 (Juazeiro)	1 (Juazeiro)
Centro-Leste	1 (Feira de Santana)	1 (Itaberaba)
Centro-Norte	1 (Jacobina)	2 (Jacobina e Irecê)
Nordeste	1 (Alagoinhas)	–
Total	7	9

LMRR: Laboratório Municipal de Referência Regional; LVQAE: Laboratório de Vigilância da Qualidade da Água e Entomologia

Com a nova proposição, a RELSP passará a contar com unidades nas Regiões de Saúde apresentadas nas Figuras 2 e 3.



LERR: Laboratório Estadual de Referência Regional; LACEN: Laboratório Central de Saúde Pública

**Figura 2** – Configuração da Rede de Laboratórios Municipais de Referência Regional para o período de 2015 a 2019



LERR: Laboratório Estadual de Referência Regional; LACEN: Laboratório Central de Saúde Pública

**Figura 3** – Configuração da Rede de Laboratórios de Vigilância da Qualidade da Água e Entomologia para o período de 2015 a 2019

### **A implantação da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública: desafios enfrentados na estruturação dos Laboratórios Municipais de Referência Regional**

Conforme mencionado, a estruturação da RELSP previa inicialmente a implantação de:

- 1) 31 LMRRs, atualmente conta-se com 12 unidades;
- 2) 21 LVQAs, estando 9 em funcionamento, e
- 3) 31 LVEs, dos quais 2 foram reformados.

Muitos desafios condicionaram o não alcance das metas previstas, em especial dos LMRRs, os quais foram registrados nos relatórios de gestão referentes ao quadriênio 2007–2010<sup>17</sup> e 2011– 2014<sup>18</sup> e estão, em um esforço de síntese, apontados a seguir. Entre os desafios de natureza técnica e político-institucional, destacam-se:

- o superdimensionamento da meta, considerando a capacidade instalada do LACEN-BA, no que se refere ao quadro de pessoal para atender às atividades finalísticas e ao reposicionamento estratégico da organização com

competências legais-normativas para implantar unidades descentralizadas. O que se observou no decorrer desses oito anos de gestão foi uma redução gradativa do quadro de pessoal, decorrente de aposentadorias, sem que o suprimento de profissionais fosse capaz de ampliar o quadro, em face do crescimento da demanda. Agregado a isso, a gestão de uma rede descentralizada requer o desenvolvimento de novas habilidades e competências do grupo funcional, tendo sido realizado investimento maciço em capacitações, porém o processo de aprendizagem e transferência do conhecimento e sua difusão não podem ser medidos pelo tempo serial;

- ausência de modelos descentralizados nos moldes de cogestão, para servir de referência, de modo que o aprendizado foi ocorrendo *pari passu* com o processo de implantação das unidades descentralizadas;
- mudança de gestão e gestores em âmbito loco-regional, por vezes, contribuiu para frear o diálogo e o processo de implantação das unidades descentralizadas e, por outras, para avançar e reafirmar compromissos. Como efeito dessas mudanças observou-se a precarização dos vínculos de trabalho, não sendo raro ocorrer demissão de pessoal, recontrações, entre outras situações, o que requeria do LACEN-BA investimento adicional em capacitações para dotar as novas equipes de competências necessárias;
- atrasos na realização do processo licitatório para contratação de serviços especializados para realização da reforma e ampliação das unidades laboratoriais, bem como execução da obra, conforme projeto arquitetônico disponibilizado pelo LACEN-BA. Em algumas situações, as obras tiveram de ser readequadas, afetando o cronograma de entrega, além de gerar custos adicionais ao projeto;
- recusa por parte de alguns gestores municipais em aderir ao Termo de Compromisso para implantação dos LMRRs, com a justificativa de que a contratação de serviços do setor privado consistia de vantagem adicional na relação custo-benefício. O que se observou foi um campo tenso de conflitos, por vezes antagônicos aos interesses de estruturação de uma rede própria de serviços laboratoriais, uma vez o que modelo proposto pela esfera estadual colide com os interesses dos prestadores de serviços privados em âmbito local;
- resistência de alguns municípios-sede de LMRR para atender à demanda regionalizada, replicando o campo de conflito entre os entes federados na disputa por recursos, evidenciando, entre outros aspectos, fragilidade

do processo de pactuação. Para superar essa adversidade, foi criada pela SESAB e aprovada, em janeiro de 2014, a Portaria nº 42, que regulamenta a transferência, do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, de recursos relativos ao Fator de Incentivo para implementação e melhoria do desempenho da RELSP. Para tanto, foi estabelecido um teto fixo, considerando-se o número de habitantes do município-sede de LMRR e um valor variável, condicionado ao número de municípios da região que referenciam amostras para a unidade descentralizada.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os dados relativos à conformação da rede de vigilância laboratorial evidenciam os desafios decorrentes do contexto complexo do estado da Bahia em face da heterogeneidade do seu território sob a perspectiva econômica, técnica e política. Essa situação não difere do encontrado na literatura sobre as desigualdades intra e inter-regionais e as diferentes capacidades organizativas das unidades subnacionais na implementação de ações e serviços de atenção integral à saúde no contexto de federalismo sanitário brasileiro.

O papel indutor do governo federal, por meio da edição de um arcabouço normativo e jurídico para implementar o processo de descentralização e regionalização, embora tenha contribuído para a expansão da cobertura dos serviços e a ampliação do financiamento público em saúde, pelas esferas estaduais e municipais, não tem sido suficiente para superar as iniquidades regionais, as desigualdades no acesso e a formação de arranjos mais cooperativos.

Ilustra essa situação a resistência de alguns municípios-sede de LMRR em atender à demanda regionalizada, demonstrando fragilidades no processo de pactuação, assimetrias nas relações de poder, típicas de relações federalistas pouco cooperativas. Nesse sentido, depreende-se que a dinâmica do processo de descentralização e regionalização de serviços e ações de saúde expressa a essência do próprio federalismo sanitário brasileiro, em que a redistribuição de poder entre as unidades subnacionais favorece conflitos e disputas intergovernamentais, em face das transferências de recursos e de responsabilidades.

Além disso, a existência de forças contrárias à implantação de uma rede própria de laboratórios descentralizada com competências para atuar regionalmente evidencia que a implementação da RELSP envolve a participação de múltiplos atores, com interesses divergentes, capaz de gerar conflitos decisórios, o que confirma que o processo de

descentralização e regionalização é também um fenômeno político, permeável a um conjunto de forças institucionais, sociais e políticas que atuam nas arenas decisórias do SUS.

Em que pese o consenso acerca dos benefícios do processo de descentralização e regionalização para a organização da atenção integral à saúde da população, essas diretrizes do SUS não podem ser compreendidas como a solução para todas as iniquidades do sistema, haja vista a sua permeabilidade a um conjunto de fatores de natureza histórica, conjuntural, social, política e econômica que se inter-relacionam e que conformam o modelo de atenção à saúde no Brasil.

### **AGRADECIMENTOS**

As autoras agradecem aos trabalhadores do LACEN-BA, por abraçarem de forma tão dedicada e comprometida o projeto de estruturação da RELSP; aos gestores e técnicos dos municípios-sede de LMRR e LVQAE; à SUVISA e as demais superintendências e diretorias que integram a gestão da SESAB, pela contribuição para o processo de descentralização e regionalização das ações para uma atenção integral à saúde da população baiana; à servidora Erika Cardoso, pela disponibilidade em colaborar para o tratamento das imagens.

### **REFERÊNCIAS**

1. Viana AL, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciênc Saúde Colet.* 2010;15(5):2317-26.
2. Landim ELAS. Descentralização da gestão do Programa de DST/AIDS no Estado da Bahia: desafios para o município como território de práticas de saúde [Dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2008.
3. Noronha JC, Lima LD, Cristiani VM. A gestão do sistema único de saúde: características e tendências. In: Serruya S, Guimarães R, Tuesta A (orgs.). *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa.* (Série B Textos Básicos de Saúde). 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia; 2006. p. 45-94.
4. Dourado DA, Elias PEM. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Rev Saúde Pública.* 2011;45(1):204-11.
5. Ugá MAD, Marques RM. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: Lima N, Gerschman S, Edler F, Suárez J (orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p. 193-233.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS SUS 01/02). Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
8. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei Nº 8.080/90. Brasília: Presidência da República; 2011.
9. Castro JA, Ribeiro JAC. As políticas sociais e a Constituição de 1988: conquistas e desafios. Políticas Sociais: acompanhamento e análise - Vinte Anos da Constituição Federal. Introdução IPEA. 2009;17:17-96.
10. Guimarães MCL. Descentralização da saúde, interesses e conflitos decisórios: o processo de decisão nas instâncias colegiadas estaduais, Bahia, 1993-1998 [Tese]. Salvador: Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia; 2000.
11. Guimarães MCL. Processo decisório e conflitos de interesses na implementação da descentralização da saúde; um estudo das instâncias colegiadas na Bahia. Caderno CRH. 2003;39:105-32.
12. Barreto JL, Guimarães MCL. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos. Brasil. Cad Saúde Pública. 2010;26(6):1207-20.
13. Santos SSBS, Melo CMM, Costa HOG, Tanaka OY, Ramos FM, Santana MCC, et al. Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia. Ciênc Saúde Colet. 2012;17(4):873-82.
14. Castells M. A sociedade em rede. São Paulo: Editora Paz e Terra; 1999.
15. Rovere M. Redes em salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad, Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión) Extraído de [[http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAAahUKEwi6656G3IHHAhXKuB4KHbY2Czc&url=http%3A%2F%2Fwww.saludcolectiva-unr.com.ar%2Fdocs%2FSC-121.pdf&ei=9n-5VbqYAcxerbtLgD&usg=AFQjCNE2PTXnXKiUws1g\\_2GGSB4KNcvV-A&sig2=X2-xjYyIQpjc5vsDA6DiKQ&bvm=bv.99028883,d.dmo](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAAahUKEwi6656G3IHHAhXKuB4KHbY2Czc&url=http%3A%2F%2Fwww.saludcolectiva-unr.com.ar%2Fdocs%2FSC-121.pdf&ei=9n-5VbqYAcxerbtLgD&usg=AFQjCNE2PTXnXKiUws1g_2GGSB4KNcvV-A&sig2=X2-xjYyIQpjc5vsDA6DiKQ&bvm=bv.99028883,d.dmo)], acesso em [29 de julho de 2015].
16. Fleury S, Ouverney AM. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007. 204 p.
17. Laboratório Central de Saúde Pública. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Relatório de Gestão do Quadriênio 2007-2010. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia; 2010.
18. Laboratório Central de Saúde Pública. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Relatório de Gestão do Quadriênio 2011-2014. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia; 2014.