

Análise da Organização da Rede de Saúde da Paraíba a Partir do Modelo de Regionalização

Organizational Analysis of Paraíba State Health Network From the Regionalization Model

ISABEL CRISTINA ARAÚJO BRANDÃO¹
CLAUDIA SANTOS MARTINIANO²
AKEMI IWATA MONTEIRO³
EMANUELA DE CASTRO MARCOLINO⁴
SAMARA KEYLLA DANTAS BRASIL¹
JULIANA SAMPAIO⁵

RESUMO

Objetivo: Este artigo analisa a organização da rede de saúde da Paraíba a partir do modelo de regionalização proposto pelo estado da Paraíba. *Material e Métodos:* Trata-se de um estudo documental que tomou por base, prioritariamente, o Plano Diretor de Regionalização da Paraíba e os documentos oficiais do Ministério da Saúde que orientam a construção dos mesmos pelos Estados. *Resultados:* A análise dos dados revelou alguns limites no processo de implantação do PDR/PB, tais como a ausência de análise das características sociais, econômicas e culturais durante a escolha das sedes das regiões de saúde e a inexistente descrição da organização da assistência à saúde do território estadual. *Conclusão:* O processo de regionalização e a formulação do PDR da Paraíba não seguiram a Instrução Normativa do Ministério da Saúde em alguns aspectos, desconsiderando as especificidades de cada região de saúde, o que pode resultar em problemas no acesso e na articulação da rede de serviços com vistas à legitimação das regiões de saúde desse Estado.

DESCRIPTORIOS

Sistema Único de Saúde. Descentralização. Regionalização.

SUMMARY

Objective: This article analyses the organization of the Paraíba state public health network from the regionalization model proposed by the Paraíba state government. *Material and Methods:* This is a documentary study that was primarily based on the Master Regionalization Plan (MRP) and on official documents of the Ministry of Health that guide the construction of these sorts of plans by the states. *Results:* Data analysis revealed some limitations in the process of implementation of the MRP/Paraíba, such as: (i) absence of social, economic and cultural analyses when selecting venues to represent health regions and (ii) lack of description regarding organization of health care in the state territory. *Conclusion:* The process of regionalization and the development of MRP in Paraíba did not follow the instruction of the Ministry of Health in some aspects, ignoring the specificities of each health region, which might lead to problems in access and coordination of network services in view of legitimating these health regions in the state.

DESCRIPTORES

Health System. Decentralization. Regionalization.

- 1 Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal/RN, Brasil.
- 2 Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal/RN, Brasil.
- 3 Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal/RN, Brasil.
- 4 Professora Doutora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal/RN, Brasil.
- 5 Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande-PB.
- 6 Professora Doutora do Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (DPS/UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.

O atual Sistema Único de Saúde (SUS) tornou-se garantia no texto constitucional de 1988, sendo este originado da luta civil por direitos sociais no período da redemocratização do país. A base legal, que orienta o SUS é formada pela Lei Orgânica da Saúde, a Lei nº. 8080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde e a Lei nº. 8142/1990, que regula as questões de financiamento e regulação da participação da comunidade no SUS, instituindo os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde (BRASIL, 2007).

No entanto, o avanço legal rumo à universalização do acesso aos serviços de saúde se deu num contexto de retração de direitos sociais, já que, no Brasil, no início da década de 1990, a estratégia governamental para as políticas sociais é marcada pela formulação de nova agenda de reformas. No bojo destas transformações políticas, o debate sobre a descentralização ocupa espaço importante no contexto da reforma do Estado, pois é apontada como capaz de superar os problemas identificados no Estado e nos sistemas políticos nacionais.

O termo descentralização refere-se à “transferência ou delegação de autoridade legal e política aos poderes locais para planejar, tomar decisões e gerir funções públicas do governo central” (JACOBI, 2000) proporcionando, segundo este autor, melhoria no relacionamento entre o governo nacional e local, dotando este último, de maior capacidade gerencial, além de fortalecer o controle social do poder público pela população organizada. Com a institucionalização da descentralização dos serviços de saúde, fez-se necessário a regionalização destes serviços funcionando como mecanismo facilitador desse processo.

A partir da Constituição Federal/1988 ficou decidido que a União definiria as normas gerais para o setor saúde e que os municípios executariam com autonomia a política de saúde de maneira adequada às suas condições locais. Nesse contexto, caberia aos estados o papel de coordenador, avaliador e intermediador da política de saúde entre os municípios. Entretanto, como observava BRANT(2004), desde aquela época até os dias atuais, os Estados têm mostrado dificuldades em assumir seu novo papel, gerando um aparente esvaziamento da esfera estadual nas ações de saúde.

Além disso, a descentralização como proposto na Constituição Federal de 1988 não foi implementada devido a medidas políticas e econômicas adotadas pelos governos brasileiros a partir dos anos de 1990. Desde esta década, a união vem recentralizando recursos através de medidas legais como o Fundo Social de Emergência (FSE) em 1994, o Fundo de Estabilização

Fiscal (FEF) em 1996, e mais recentemente, a Desvinculação de Recursos Orçamentários (DRU) em 1999, que subtraem recursos que seriam destinados aos Estados e Municípios e à Seguridade Social, através de fundos de Participação dos Estados e Municípios. A DRU vem sendo a peça chave na política econômica dos governos, mantendo-se intocável, e foi prorrogada até 2011.

Neste contexto de crise e reorganização dos recursos financeiros, DOWBOR, (1999) cita a descentralização como parte da estratégia de favorecimento a desresponsabilização do Estado, assim como, resulta das lutas pela democratização das relações Estado/sociedade. Dessa forma, tal elemento de organização dos serviços de saúde se faz presente tanto no discurso neoliberal privatizante como uma possibilidade concreta de negação a democracia, quanto nas propostas dos setores de esquerda que passaram a defendê-la pelo sentido imediatamente oposto.

Dessa maneira, uma vez estabelecidos os acordos legais para a política de saúde no Brasil, por meio da CF/88 e as Leis Orgânicas, restavam às medidas para a implantação do SUS, que ao longo dos anos foram sendo instituídas com a edição de Normas Operacionais Básicas (NOBs), definindo as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir as novas atribuições no processo de implantação do SUS (BRASIL, 2007).

Esse processo de institucionalização da gestão do Sistema Único de Saúde PAIM, (2008) caracteriza como um movimento “pendular de descentralização/centralização, regido pelo esforço de se implantar o pacto federativo incorporado à Constituição de 1988” (PAIM, 2008). O mesmo autor considera ainda que esse processo configura relações intergovernamentais na tentativa de cumprir a normatização. Assim, as NOBs representam instrumentos de regulação do processo de descentralização, que tratam dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios.

Finalmente, em 2006, foi aprovado o Pacto pela Saúde 2006, em três dimensões: o Pacto de Gestão, Pacto em Defesa do SUS e o Pacto pela Vida.

O Pacto pela Saúde é um documento de gestão acordado pelas três esferas de governo (união, estados e municípios) cunhadas na necessidade de redefinir parâmetros que visem à concreta e efetiva implementação do SUS, através de mudanças em seus mecanismos de gestão. Dessa forma, esse pacto rompe com os acordos realizados através das Normas Operacionais Básicas e da Norma Operacional de Assistência em Saúde, que pouco avançaram em termos de concretização do SUS.

Tal documento está organizado em três dimensões: Pacto em Defesa do SUS, que discute acerca do caráter público do sistema de saúde, bem como seus demais princípios fundamentais evidenciando a responsabilidade de todos; Pacto pela Vida, o qual envolve a definição de prioridades para cada esfera de governo a partir de metas sanitárias, localmente determinadas e o Pacto de Gestão, trazendo a redefinição do papel dos municípios, estados, distrito federal e união na descentralização financeira e de serviços de saúde.

No discurso oficial, o processo normativo do SUS necessitava contemplar a ampla diversidade e diferenças do país e que a elaboração de uma nova norma deveria contribuir para a construção de um modelo de atenção que contemplasse os princípios do SUS (BRASIL, 2007). Neste sentido, o Pacto em Defesa do SUS advém da necessidade de superar os desafios da descentralização, com o objetivo de adequar os serviços de saúde às realidades regionais, através da reorganização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão.

Com o desenvolvimento das políticas de saúde descentralizadas, surge a necessidade de reorganização dos espaços de atuação dos serviços através do processo de regionalização.

Nessa perspectiva, é relevante destacar o papel do Estado na gerência, administração e supervisão dos serviços de saúde, seja de forma direta ou indireta, uma vez que possíveis entraves técnicos e/ou operacionais nessa esfera de gestão constituem um dos grandes desafios para a concretização do SUS (BELTRAMI, 2008).

Portanto, conhecendo a relevância do processo de descentralização brasileira dos serviços de saúde, toma-se como objetivo analisar a organização da rede de saúde da Paraíba a partir do modelo de regionalização proposto pelo estado da Paraíba junto aos 223 municípios do estado a partir do Plano Diretor de Regionalização (PDR), por compreender que este é o documento basilar para ações de regionalização da saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo documental que tomou por base, prioritariamente, o atual Plano Diretor de Regionalização da Paraíba, pactuado em 2008, e os documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS) que orientam a construção dos mesmos pelos Estados.

Os referidos documentos foram acessados nos endereços eletrônicos: sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/GM_IN2_01informes.doc e <http://www.saude.pb.gov.br/site/PDR08.pdf>.

A análise de tais documentos tornou-se pertinente, pois os registros são capazes de transmitir valores e discursos de um determinado grupo social, em um período histórico, demonstrando intrínsecas formas de relações sociais (RICHARDSON, 1989). Tal técnica vale-se de documentos originais que ainda não receberam tratamento analítico (SÁ-SILVA, ALMEIDA, GUINDANI, 2009), o que permite resultados inovadores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Estado da Paraíba é composto por 223 municípios, divididos em 12 regiões geo-administrativas, cujas sedes situam-se nas seguintes cidades: João Pessoa, Guarabira, Campina Grande, Cuité, Monteiro, Patos, Itaporanga, Catolé do Rocha, Cajazeiras, Souza, Princesa Isabel, e Itabaiana.

O primeiro PDR da Paraíba foi elaborado no ano de 2001, e este vigorou, sem alterações, até a publicação da Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, definindo o Pacto pela Saúde. Com o novo modelo de reorganização da saúde a SES/PB passou por uma reestruturação administrativa, criando o Núcleo de Desenvolvimento das Regiões (NUDERES), dentro da Gerência de Planejamento e Gestão com o objetivo de tornar mais forte as regiões de saúde do estado a partir da implementação da Regionalização Solidária e Cooperativa, a qual já se configurava nos documentos do Pacto como um pressuposto a ser seguido (PARAÍBA, 2008).

Em 2008, após uma série de oficinas que reuniram os gestores municipais juntamente com representantes da Secretaria Estadual de Saúde o PDR/PB foi redesenhado e nele foram traçadas as regiões de saúde, bem como as estratégias necessárias à garantia de acesso dos cidadãos as ações e serviços de saúde resolutivos de acordo com o entendimento da Gerência de Planejamento da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba. O processo de elaboração do PRD/PB teve como objetivo proporcionar o arranjo das assistências ambulatorial e hospitalar, da média e alta complexidade, facilitando o ingresso aos serviços assistenciais e promovendo equidade em saúde (ROMÃO, 2009).

As regiões geo-administrativas, doze no total, foram adotadas pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado (SES/PB) para comporem as sedes de instalações das Gerências Regionais de Saúde, sob a justificativa de que “cada gerência regional conta com uma capacidade funcional instalada capaz de articular o processo gerencial das ações técnico-administrativas da saúde” (PARAÍBA, 2008).

Para além do processo administrativo, é mister

ressaltar que a construção das regiões de saúde não deve considerar o território como sendo uma entidade geográfica, pois aspectos sociais, econômicos, culturais, políticos e psicológicos podem definir características extrínsecas ao processo da simples repartição territorial (GIL, LICHT, YAMAUCHI, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), os municípios devem estar agrupados em microrregiões ou regiões de saúde definidas de acordo com características socioeconômicas e culturais, considerando a existência de redes de comunicação, infra-estrutura, transportes e saúde. O Estado da Paraíba é constituído por vinte e cinco microrregiões de saúde (PARAÍBA, 2008), as quais devem atender às necessidades dos municípios que delas fazem parte, principalmente no que se refere às ações de média complexidade, caracterizando-se como referência nesse nível de atenção à saúde para a população local e apresentando algum grau de resolubilidade.

A SES afirma ainda que cada macrorregião é composta por um determinado número de municípios agrupados de acordo com as características demográficas, sócio-econômicas, sanitárias, epidemiológicas, de acessibilidade e de oferta de serviços de saúde (Tabela 1).

Os municípios de João Pessoa e Campina Grande representam as sedes de macrorregiões de saúde responsáveis por absorver as maiores demandas provenientes das cidades vizinhas, representando, respectivamente, 47,81% e 28,30% da população. A cidade de João Pessoa supera ainda a cidade de Campina Grande em 19,51%, percentual acima da demanda das outras duas macrorregiões de saúde, Patos e Souza, que absorvem

respectivamente 12,02% e 11,87%. Vale ressaltar que são as cidades de João Pessoa e Campina Grande as sedes de serviços especializados de alta complexidade para a maioria das patologias, tornando-se assim, as responsáveis por absorver demandas provenientes de todo o Estado e estados vizinhos.

Comparando o PDR/PB com PDR's de outros Estados da região Nordeste que possuem características socioculturais semelhantes às da Paraíba (Bahia, Pernambuco e Alagoas), e considerando a Instrução Normativa nº 02/2001 do Ministério da Saúde que versa sobre a construção dos mesmos, percebe-se que, apesar da elaboração dos PDR's ser norteadas por este documento, o qual estabelece objetivos comuns a todas as unidades federativas, as peculiaridades de cada Estado influenciarão positiva ou negativamente no processo de regionalização.

Segundo o Ministério da Saúde os Estados devem registrar as atividades desenvolvidas no processo de elaboração do PDR, colocar em ata o cronograma utilizado para que o mesmo seja anexado ao resultado final do PDR.

O PDR da Paraíba apenas faz menção da ocorrência de oficinas destinadas aos gestores municipais de saúde, buscando a solução dos problemas de cada macrorregião de saúde; enquanto que o PDR de Pernambuco divide em dois momentos o processo de elaboração do Plano Diretor de Regionalização, sendo o primeiro caracterizado por reuniões e oficinas entre as esferas de poder administrativo, e o segundo pela adequação das decisões administrativas às condições de saúde da população. Pernambuco consegue corresponder às exigências do Ministério da

Tabela 1: Síntese organizacional do Plano Diretor de Regionalização/PB, 2008.

Macrorregional de saúde	Número de regiões de saúde	Número de municípios nas regiões de saúde	Percentual de municípios (%)	População em número absoluto	Percentual da população (%)
João Pessoa	07	65	29,14	1.732.585	47,81
Campina grande	08	70	31,40	1.025.343	28,30
Patos	05	48	21,52	434.858	12,02
Souza	05	40	17,94	430.429	11,87
Total Geral	25	223	100	3.623.215	100

Fonte: Paraíba, Plano Diretor de Regionalização, 2008.

Saúde nesse aspecto da elaboração, uma vez que explica e torna público no PDR/PE o processo de negociação para a criação do mesmo.

A consolidação do PDR de cada Estado, segundo o MS, está condicionada a uma declaração emitida pela Secretaria Estadual de Saúde e que deve ser aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Conselho Estadual de Saúde (CES). Nenhum dos Estados analisados apresentam essa declaração em anexo, porém, pressupõe que, para a formulação dos PDR's houve um consenso entre a CIB e a CES de cada Estado.

O Ministério da Saúde prevê a descrição da organização da assistência à saúde do território estadual, mas nesse aspecto o PDR da Paraíba apresenta alguns limites, visto que não descreve o papel dos municípios sede, apenas apresenta os mapas das macrorregiões e as regiões de saúde. De modo diferente, os PDR de Alagoas e Pernambuco, que delimitam e abordam detalhadamente as funções de cada subdivisão geográfica, organizacional e da assistência.

Nesse aspecto, o PDR da Bahia avança ao abordar, detalhadamente, os municípios que funcionam como sede de macrorregiões e regiões de saúde, bem como as funções e pré-requisitos para o funcionamento adequado de cada um. O PDR/BA faz, ainda, menção aos critérios adotados para se chegar à escolha de tais municípios.

O PDR de Alagoas destaca-se por discorrer detalhadamente sobre a organização das relações intermunicipais dos serviços de saúde, inclusive, distribuindo estes pelos níveis de referência (primário, secundário, e terciário).

Em se tratando da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e do Plano Diretor de Investimento (PDI), esses são apenas citados no PDR/PB, referindo a

necessidade de atualização das demandas para o setor da saúde favorecendo, assim, a readequação da PPI e a construção do PDI. Em contrapartida, no PDR de Alagoas, a PPI encontra-se consolidada e condizente com a realidade do Estado; assim como o PDI, que destina seus investimentos a cada nível de atenção à saúde, respeitando as prioridades propostas no PDR vigente. Na Bahia esse processo de revisão da Programação Pactuada e Integrada foi efetivada no ano de 2003, resultando na reformulação do PDR/BA em 2005, momento no qual foi revisto o desenho territorial do Estado e como consequência, o acréscimo de uma macrorregião de saúde, acarretando uma reorganização de microrregiões e módulos assistenciais.

Outro aspecto que deve ser considerado para a construção do PDR, de acordo com o Ministério da Saúde é a discussão acerca do acesso da população aos serviços de referência intermunicipal. O PDR da Paraíba descreve a acessibilidade geográfica, considerando a distância entre os municípios e suas respectivas referências ao primeiro nível assistencial (Tabela 02).

A distância dos municípios para as cidades que configuram o 1º nível de referência para assistência variam substancialmente, podendo variar de 3 km, como é o caso de Pilõezinhos até Guarabira, até 117 km, distância entre Cubati e Cuité. A maioria dos municípios dista de 11 a 30 km, representando 36,77%, logo em seguida verifica-se que as cidades que ficam entre 31 e 50 km de distância representam 27,35%. Apenas 6,72% dos municípios ficam a menos de 10 km de distância do 1º nível de referência para assistência. Desses municípios, 6,28% ficam a mais de 70 km de distância.

Ainda no que diz respeito ao acesso, a Paraíba evidencia o Tratamento Fora do Domicílio (TFD), o qual objetiva oferecer, através de consultas eletivas pelo

Tabela 2: Acessibilidade entre municípios segundo a distância ao primeiro nível assistencial

Distância em Km	Número de municípios	Percentual de municípios
< 10 km	15	6,72
11 – 30 km	82	36,77
31 – 50 km	61	27,35
51 – 70	26	11,66
> 70 km	14	6,28
Distância não declarada	25	11,21
Total Geral	223	100%

Fonte: Paraíba. Plano Diretor de Regionalização, 2008.

SUS, a solução de problemas de saúde não tratáveis no município de origem. O PDR/PB assegura que através do TFD o usuário e seu acompanhante tenham direito a passagens de ida e volta ao local do procedimento, além de auxílio para alimentação e hospedagem, quando necessário.

O Ministério da Saúde preconiza, também, a existência de referências interestaduais de serviços de saúde. Nesse sentido, o PDR/PB traz detalhadamente os municípios que fazem fronteira com os Estados vizinhos, que somam um total de 81 municípios, sendo 36 com o Estado de Pernambuco, 35 com Estado do Rio Grande do Norte e 12 com o Estado do Ceará. Contudo, não expõe nenhum tipo de pactuação interestadual, embora, se saiba por observação empírica da existência dessa demanda no estado.

Tomando como base a discussão explicitada percebem-se falhas no processo de implantação do PDR/PB, tais como a ausência de análise das características sociais, econômicas e culturais durante a escolha das sedes das regiões de saúde, uma vez que no próprio documento existe o relato de que as sedes das regiões geo-administrativas do Estado foram definidas como sedes das Gerências Regionais de Saúde, portanto não proporcionou análise adequada devido a poucos dados especificados nos documentos.

CONCLUSÃO

A partir de tais achados, conclui-se que o processo de regionalização e a formulação do PDR da Paraíba não seguiram a Instrução Normativa do MS em alguns aspectos, o que levanta questionamentos acerca das especificidades de cada região, as quais não foram, realmente, obedecidas; bem como dos critérios de acessibilidade e capacidade técnica considerados, para a construção das regiões de saúde desse Estado.

Dessa maneira, o PDR/PB sintetiza de maneira insuficiente as atribuições do Estado em relação à oferta e disposição dos serviços e ações de saúde, abrindo espaços para o julgamento pertinente em detrimento das falhas ou omissões ao longo do seu processo de construção, elaboração e execução, sendo o PDR a principal ferramenta, norteadora do processo de regionalização na Paraíba.

Estando posto dessa maneira, o PDR/PB sumariza as atribuições do Estado em relação aos serviços e ações de saúde, deixando espaços para a crítica pertinente em detrimento das falhas em seu processo de construção e elaboração.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação Estruturante do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS, 2007.
- BRANT LM. O papel do Estado no Sistema Único de Saúde: uma investigação teórico bibliográfica e prática em Minas Gerais. [Monografia de Especialização em Políticas Sociais de Saúde]. Belo Horizonte: PUC; 2004.59p.
- BELTRAMMI DGM. Descentralização: o desafio da regionalização para Estados e Municípios. *Rev. RAS*,10(41): 159-163, 2008.
- DOWBOR LA. Gestão social em busca de paradigmas. In: MELO RICO E, RAICHELIS R. (orgs.) *Gestão Social – Uma questão em debate*. 1ª ed., São Paulo: EDUC, 1999, p. 31-42.
- GIL AC, LICHT RHG, YAMAUCHI NI. Regionalização da saúde e consciência regional. *HYGEIA: Rev. Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*. 2(3): 35-46, 2006.
- JACOBI P. *Políticas Sociais e Ampliação da Cidadania*. 1ª ed., Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000, 125p.
- PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento e Gestão. *Plano Diretor de Regionalização da Paraíba*. João Pessoa, 2008. Disponível em: <http://www.saude.pb.gov.br/>. Acesso em: 15/12/2010.
- PAIM JS. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. 1ª ed., Salvador: EDUFBA, 2008, 356p.
- RICHARDSON RJ. *Pesquisa Social: métodos e técnicas*. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1989. 287p.
- SÁ-SILVA JR, ALMEIDA CD, GUINDANI JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, 1(1):1-15, 2009.

Correspondência

Claudia Santos Martiniano
Rua Tomás Soares de Souza, 990. Apto 204.
Edifício Riviera Residence - Catolé
Campina Grande – Paraíba – Brasil
CEP: 58.104 235