

REGIÕES DE SAÚDE: A ORGANIZAÇÃO TERRITORIAL DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM PERNAMBUCO

José Roberto Henrique Souza Soares¹
Anselmo César Vasconcelos Bezerra²
Alcindo José de Sá³

Resumo

A Constituição Federal de 1988 inaugurou uma estratégia política inédita no país, ao conceber os municípios como entes federados com o mesmo nível de articulação que os Estados e a União garantiu assim a descentralização das ações e serviços públicos. Na Saúde essa tendência foi reafirmada por meio do federalismo sanitário brasileiro. Assim, busca-se por meio deste levantamento bibliográfico e documental, compreender como a instituição do federalismo sanitário brasileiro auxiliou na constituição das Regiões de Saúde e como ao longo das décadas recentes essa estratégia política foi sendo adotada no estado de Pernambuco. O processo de constituição das regiões na saúde busca garantir o acesso universal e igualitário da população de maneira descentralizada e eficiente. Nesse sentido, ao longo dos anos foram estabelecidas diretrizes que constituíram a regionalização da saúde no Brasil por meio da descentralização. No entanto, essas regiões ainda apresentam inúmeros entraves que dificultam o sucesso da política de regionalização em saúde no Brasil.

Palavras-chave: Regionalização. Regiões de Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Política Pública. Pernambuco

Introdução

As regiões de saúde se constituem como estratégias de organização político territorial do Sistema Único de Saúde (SUS). Na perspectiva de Lima et al (2012), a regionalização na saúde é um processo político, estabelecido pelas relações entre os diferentes atores sociais no espaço geográfico, almejando o desenvolvimento de estratégias e instrumentos para o planejamento, a integração, a gestão, a regulação e o financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde. Tal processo é fundamentado em uma das diretrizes presentes no texto da Constituição Federal de 1988 que trata dos serviços de saúde no Brasil, destacando que estes devem se desenvolver objetivando a equidade, universalidade, descentralização e regionalização.

A estratégia de organização espacial da saúde no Brasil é um exemplo claro de como os conceitos e categorias geográficas apresentam funcionalidade para a vida em sociedade. A contribuição que a Geografia, enquanto conhecimento capaz

¹ Mestre em Geografia – UFPE. roberto.henriquesoares@ufpe.br

² Doutor em Geografia – IFPE. anselmo@recife.ifpe.edu.br

³ Doutor em Geografia – UFPE. alcindo-sa@uol.com.br



de refletir sobre a realidade dos homens em sua relação com o espaço, pode desenvolver para auxiliar na organização e definição das regiões de saúde tem sido centrada na compreensão da produção do espaço (Guimarães, 2008). A organização espacial da política de saúde adotada no Brasil foi influenciada pelos mecanismos de descentralização e valorização municipal adotadas nos anos inaugurais do SUS.

Enquanto política pública, a saúde no Brasil estabelece a territorialização como um dos princípios básicos para a descentralização do serviço prestado, por meio de uma organização em Regiões e Redes. Essa organização socioespacial, de acordo Brevilheri, Narciso e Pastor (2014), visa considerar a heterogeneidade das cidades brasileiras, contribuindo com o avanço das estratégias de ação da política de saúde para além do atendimento das demandas setorizadas. “As ações no território devem considerá-lo como espaço concreto, em permanente construção, como um campo geossocial dinâmico, onde se criam formas de atendimento dos indivíduos e grupos sociais.” (BREVILHERI; NARCISO; PASTOR. 2014, p. 58). A política de saúde nesse sentido necessita se adequar as diferentes realidades socioespaciais que compõe o país.

Nessa perspectiva, busca-se por meio deste levantamento bibliográfico e documental, com características metodológicas qualitativas, compreender como o processo cooperativo estabelecido pelo federalismo institucional promulgado na Constituinte de 1988 contribuiu para a organização do SUS, através das estratégias de descentralização e regionalização no estado de Pernambuco. Descrevendo o processo histórico de regionalização da saúde no estado abordado, por meio da análise dos documentos que nortearam as ações da Secretaria Estadual de Saúde (SES) do estado de Pernambuco, durante os anos de 2002 até 2016.

A Regionalização da Saúde no estado de Pernambuco

Os preceitos constitucionais explícitos no art. 198 da Constituição Federal, promulgada no ano de 1988, levaram alguns anos até serem efetivados nos estados e municípios. Em Pernambuco, as estratégias de descentralização e conseqüentemente regionalização da saúde, só aparecem de maneira explícita em



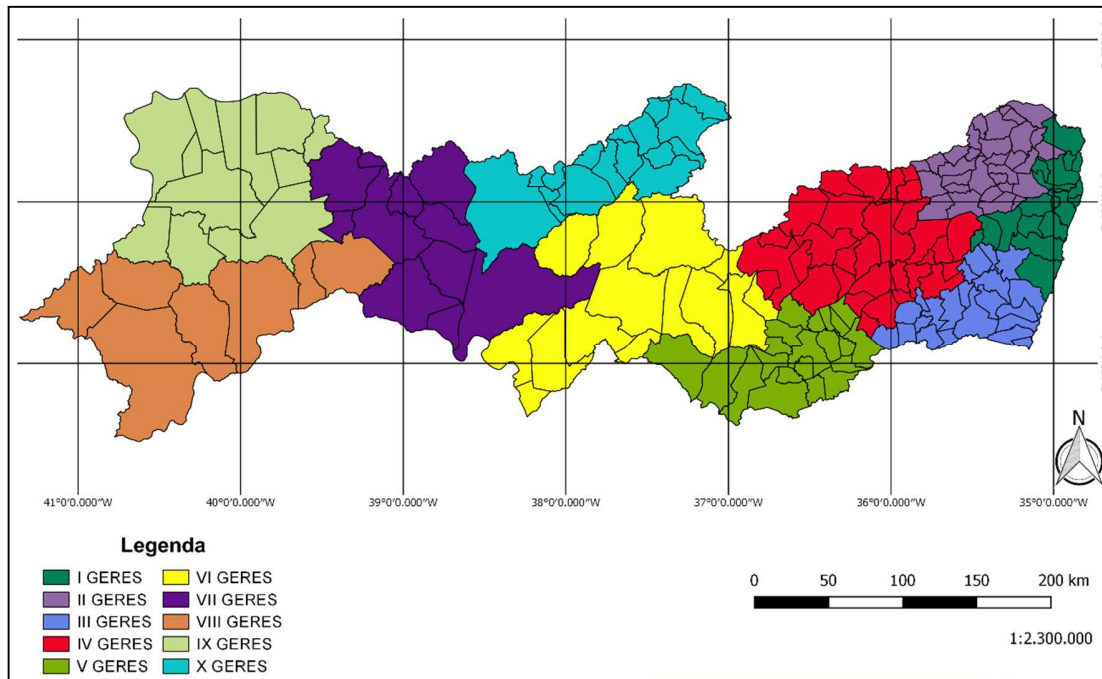
documentos de domínio públicos, divulgados no site da SES de Pernambuco, com o Plano Estadual de Saúde (PES) divulgado no ano de 2006, que organizou as ações de saúde do estado entre os anos de 2005 a 2007. Guimarães (2012) destaca que o estado de Pernambuco buscou implantar a regionalização, através do Pacto pela Saúde, sem um PDR efetivamente consolidado e atualizado, utilizando o PES 2006 para organizar as ideias iniciais de regionalização, tal fato corroborou para a tardia implantação da descentralização e regionalização da saúde no estado, dificultando a organização estratégica de cada ente federado.

Nesse documento, conforme discutido em Pernambuco (2006), observa-se que o aspecto da regionalização aparece de maneira explícita no objetivo geral, considerando-a como um dos princípios a serem alcançados para o aprimoramento do SUS no estado de Pernambuco, porém apenas elencar objetivos não significa a verdadeira implantação do modelo definido teoricamente, é essencial a discussão e efetivação das responsabilidades de cada ente federado e dos gestores envolvidos nesta organização espacial. Este documento constitui-se como resultado de discussões anteriormente realizadas, durante os anos de 2001 e 2002 por meio de oficinas em todas as regionais de saúde do estado almejando a elaboração de propostas para a organização regionalizada da assistência em saúde, consolidada no Plano Diretor de Regionalização (PDR) vigente da época.

O PDR de que trata Pernambuco (2006), foi promulgado por meio da Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nº. 720, em 12 de agosto de 2002, buscando atender as demandas da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS – SUS) 01/2002, no entanto este documento não foi consolidado, tornando as definições elaboradas nos anos iniciais obsoletas. Assim, no PES de 2016 a SES de Pernambuco estava estruturada espacialmente por meio de 56 módulos assistenciais de referência para a média complexidade, 10 microrregiões de Saúde, que possuíam polos nas sedes das Regionais de Saúde, que na época também se dividiam em 10 Gerências Regionais de Saúde (GERES) (figura 1). E se estruturavam por meio de 3 macrorregiões com sedes nos municípios de Recife, Caruaru e Petrolina, garantindo os serviços de alta complexidade.



Figura 1 – Gerências Regionais de Saúde (GERES) de Pernambuco em 2002



Fonte: PERNAMBUCO, 2006. Adaptado.

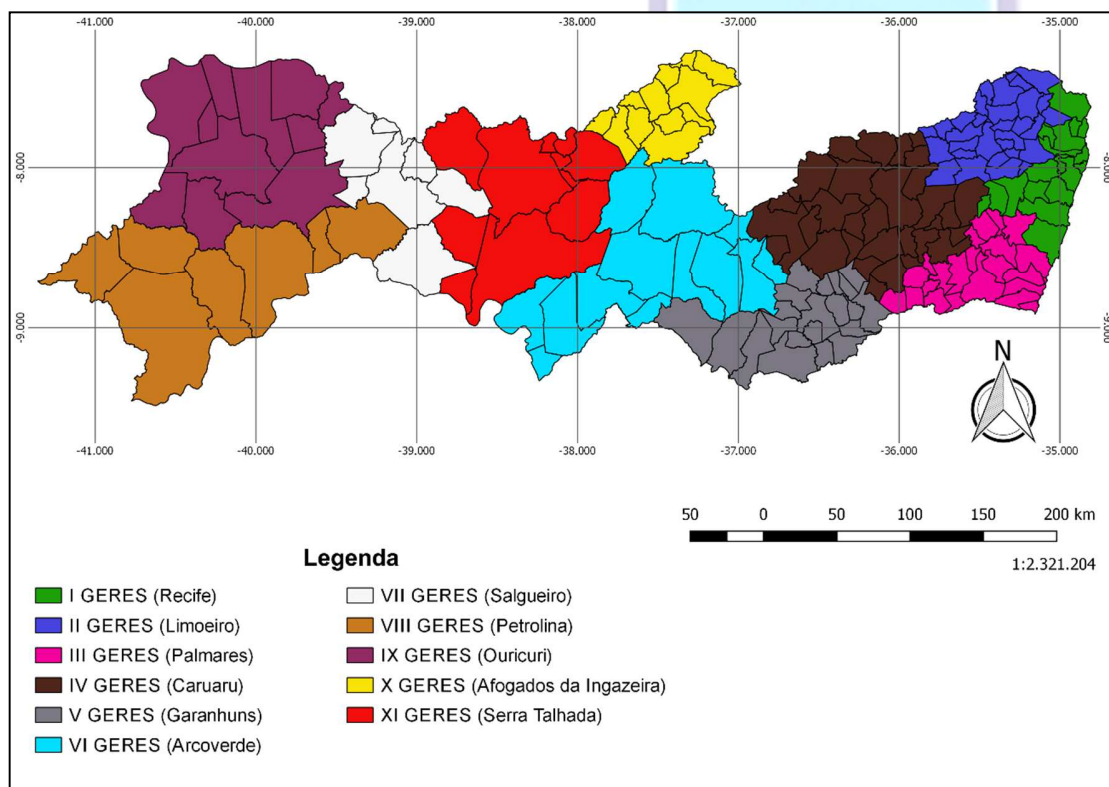
Sob a organização regional estruturada na figura 1, Pernambuco (2006) destaca que um dos eixos prioritários para que se alcance a descentralização dos serviços e sistemas de saúde é o fortalecimento das dez GERES, adequando-as a estrutura organizacional proposta pelo Pacto de Gestão promulgado no mesmo ano e em conformidade com a NOAS-SUS 01/2002. Determina ainda que o fortalecimento dessas gerências busca ordenar a assistência em territórios delimitados, bem como organizar a estratégia de consórcios intermunicipais de saúde, que fundamentam a organização territorial das GERES. Faz-se também importante a distribuição igualitária dos serviços de média e alta complexidade em todas as regionais, fato que Dubeux e Carvalho (2009) não identificaram utilizando como referência os hospitais regionais, de outra maneira a realidade no estado foi a de concentração de serviços de média e alta complexidade em apenas três GERES.

Para Guimarães (2012), durante esta fase de mudança organizativa percebeu-se por parte das equipes gestoras dos serviços de saúde no estado um forte apego a territorialização, uma resistência ao modelo organizativo regionalizado e

descentralizado, tal realidade que tornou-se comum durante a fase de implantação deste processo em todo Brasil, conforme corrobora Uchimura et al. (2017). Esta confusão em relação ao modelo de estratégia espacial a ser utilizada pela política pública de saúde contribuiu para o adiamento da implantação prática dos termos estabelecidos na NOAS – SUS 01/2001.

Posteriormente a organização territorial proposta e definida em 2002 precisou ser revista e reformulada em 2006, devido a extensão territorial e os “fluxos sociais, culturais e políticos” (GUIMARÃES, 2012. p.41) que já não condiziam mais com a antiga organização regional da saúde. Assim o mapa da regionalização no estado necessitou ser alterado, criando-se no ano de 2006 a XI GERES. Deste modo, a SES de Pernambuco passou a se organizar territorialmente por meio de onze gerências (figura 2).

Figura 2 – GERES do estado de Pernambuco em 2006



Fonte: PERNAMBUCO, 2009. Adaptado.



De acordo com o ilustrado na figura 2, as VI, VII e X GERES foram divididas originando a XI GERES, que possui sede em Serra Talhada e integrou inicialmente a macrorregião de Caruaru, hoje faz parte da terceira macrorregião (Sertão). Considerando os estudos desenvolvidos por Sá (2019) é provável que a escolha da sede regional foi definida com base em alianças políticas e econômicas, uma vez que esta cidade apresenta um histórico de disputa entre famílias que desde sua fundação buscam o controle político, perpetuando sua influência moral e institucional neste município, bem como no estado. De outra forma, devido a extensão territorial das gerências desmembradas e a proximidade de alguns municípios que estavam a margem destas regiões foi necessário a instalação e construção de uma nova rede de atenção à saúde, considerando as ramificações que existiam neste período.

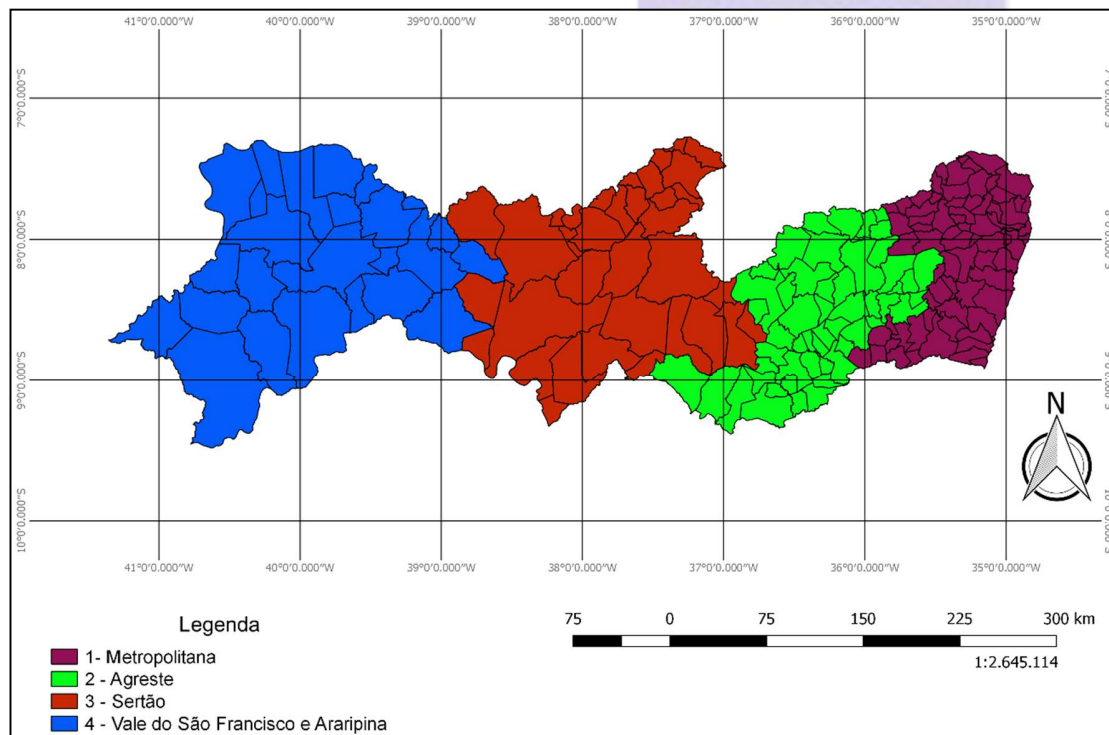
A partir do PES de 2009, que tratava das ações estratégicas para os anos entre 2008 e 2011, o estado de Pernambuco iniciou um processo de adequação da estrutura territorial da saúde às normas e diretrizes estabelecidas no Pacto pela Saúde em 2006. De acordo com Guimarães (2012), a promulgação deste plano iniciou na SES um esforço para a elaboração do novo PDR, como um instrumento ordenador e facilitador do modelo de gestão a ser adotado. Neste novo sistema de organização territorial, estabelecido no âmbito do Ministério da Saúde (MS), conforme estabelece Brasil (2011), se buscava a indivisibilidade territorial, tanto dos municípios quanto dos estados, propondo um movimento dinâmico e flexível através da gestão compartilhada entre os gestores municipais e estaduais.

Por meio de um estudo que buscou analisar qualitativamente o papel dos gestores na implementação da regionalização dos serviços de saúde no estado de Pernambuco, Guimarães (2012), considera que a descentralização do processo de regulação, controle e avaliação dos serviços de saúde para as GERES e municípios é uma diretriz prioritária. Neste sentido foram estabelecidos pela Portaria nº 817, de 25 de setembro de 2009 da SES de Pernambuco, grupos de trabalho responsáveis por implantar a regionalização no estado, a cargo de um Grupo Tático-Operacional (GTO) e alguns Grupos Temáticos de Trabalho (GTT), responsáveis por

operacionalizar a agenda. Estes grupos tinham como prioridade prática elaborar um novo PDR para o estado.

Sob esta lógica organizacional o Estado de Pernambuco definiu que os serviços de atendimento em saúde, são organizados espacialmente pelo PDR de Pernambuco elaborado no ano de 2011. De acordo com o que determina a lei de implementação do SUS, o estado se divide atualmente em quatro Macrorregiões de Saúde, responsáveis por oferecer aos usuários, os serviços de média e alta complexidade. Os demais serviços e a assistência em saúde são conduzidos pelos princípios da integralidade e equidade, operacionalizada através das GERES, que se articulam entre os municípios e o estado. Na figura 3 observa-se a divisão territorial das macrorregiões estabelecidas pela SES no estado de Pernambuco.

Figura 3 - Macrorregiões de Saúde do Estado de Pernambuco em 2011



Fonte: Pernambuco, 2011. Adaptado.

A SES de Pernambuco delimitou estrategicamente quatro macrorregiões que do ponto de vista teórico, de acordo com Guimarães (2012), buscam conformar as áreas estrategicamente sob a perspectiva dos territórios sanitários. Nesses espaços

organizados regionalmente os serviços de média e alta complexidade devem ser garantidos. Pernambuco (2011) define que em cada macrorregião de saúde do estado deve possuir capacidade para a realização de procedimentos que necessitam de maiores e melhores recursos tecnológicos e que apresentam oferta escassa nos demais limites de conformação da RAS. Isto não significa que na prática todas as macrorregiões disponibilizam aos usuários os serviços de alta complexidade, necessitando-se estudos específicos que avaliem as quatro macrorregiões do estado (Quadro 2).

Quadro 2 - Distribuição das Macrorregiões de Saúde, suas regiões e Municípios-sede do estado de Pernambuco

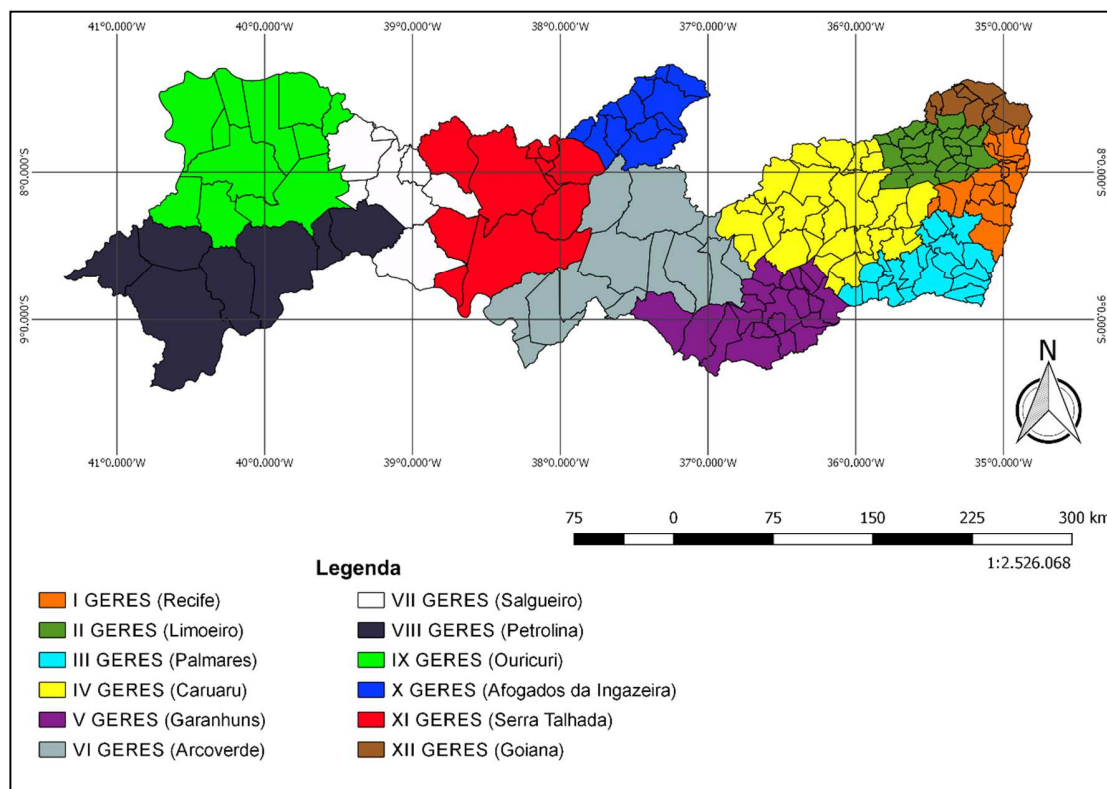
MACRORREGIÕES DE SAÚDE	REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIOS-SEDE
1. Metropolitana	I GERES	Recife
	II GERES	Limoeiro
	III GERES	Palmares
	XII GERES	Goiana
2. Agreste	IV GERES	Caruaru
	V GERES	Garanhuns
3. Sertão	VI GERES	Arcoverde
	X GERES	Afogados da Ingazeira
	XI GERES	Serra Talhada
4. Vale do São Francisco e Araripe	VII GERES	Salgueiro
	VIII GERES	Petrolina
	IX GERES	Ouricuri

Fonte: Pernambuco, 2011. p.12. Adaptado.

As macrorregiões se constituem, em conformidade com Pernambuco (2011), como uma organização territorial em que se agregam duas ou mais regiões de saúde, almejando garantir os serviços de maior complexidade à população. Corroborando com a temática, Brasil (2011) afirma que a elaboração das macrorregiões é organizada por meio de redes de atenção que possibilitem a conformação de um sistema integrado de saúde. As macrorregiões auxiliam na hierarquização dos níveis de serviços disponíveis na rede do SUS, definindo-as a partir da possibilidade de prestação de serviços mais complexos.

Por sua vez, as regiões de saúde se estruturaram, como definido anteriormente, por meio de espaços que apresentam circunstanciais ligações entre si, objetivando “integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (PERNAMBUCO, 2011. p. 6). As GERES são instrumentos fundamentais na elaboração territorial do SUS, por organizarem estrategicamente as ações de saúde em escala local, através das ações de atenção básica e vigilância em Saúde. No estado de Pernambuco atualmente a SES se divide por meio de doze gerências (Figura 4).

Figura 4 – GERES do Estado de Pernambuco em 2011



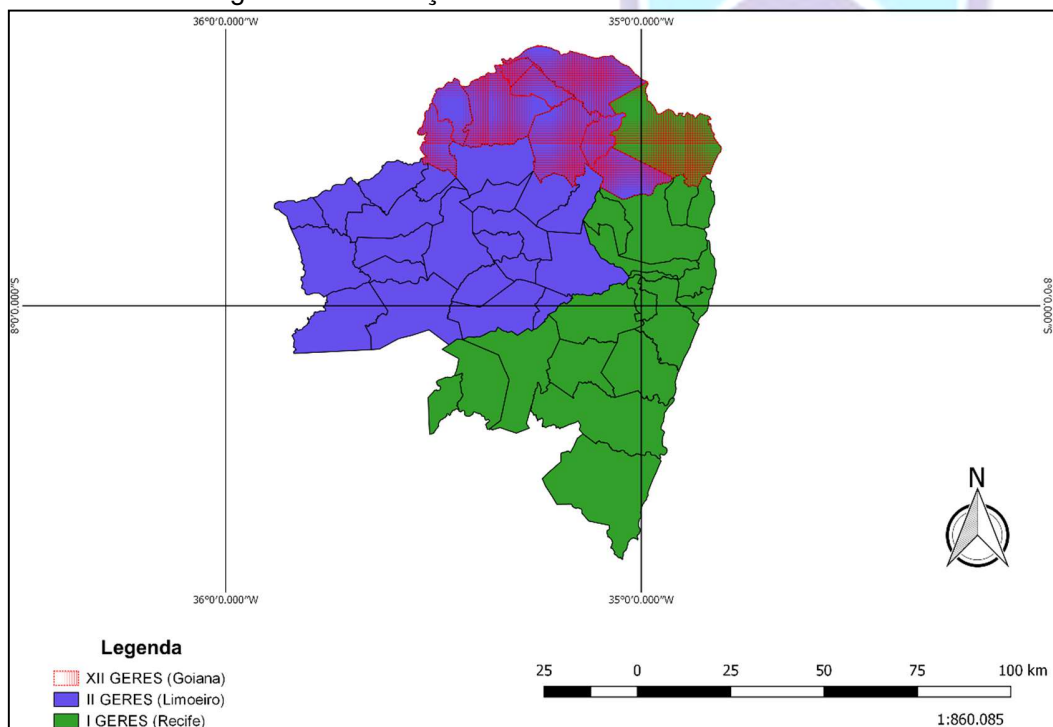
Fonte: PERNAMBUCO, 2011. Adaptado.

O novo formato das regiões de saúde do estado de Pernambuco, foi formulado e definido pelo PDR lançado no ano de 2011. Essas regiões foram delimitadas, de acordo com Pernambuco (2011), por meio da análise dos fluxos assistenciais associados a capacidade instalada em cada município para avaliar o potencial de

ampliação de oferta em nível regional, as prospecções do Plano Plurianual (PPA) do Governo Estadual de Pernambuco, que visa identificar possíveis investimentos em regiões potenciais, as identidades culturais e sociais, as atividades econômicas de cada município e a distribuição dos municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) abaixo de 0,70. No entanto, nota-se que as condições geográficas de locomoção e a distância percorrida pelos usuários para acessar os serviços em cada regional não foram consideradas nesta delimitação. Assis e Jesus (2012) consideram o acesso geográfico como fator preponderante para definir as condições de acesso da população aos serviços prestados.

Com a promulgação do PDR 2011 foi criada a XII GERES da SES de Pernambuco, através do Decreto 37.772, de 17 de janeiro de 2012. De acordo com Pernambuco (2013), esta região foi implantada com o objetivo de descentralizar e melhorar o serviço de saúde oferecido à população da Mata Norte e do Agreste Setentrional. A nova região de saúde foi estabelecida no território que anteriormente integravam as I e II GERES – PE (Figura 5).

Figura 5 – Formação Territorial da XII GERES – PE



Fonte: Autores, 2018.



Sendo composta pelos municípios de Aliança, Camutanga, Condado, Ferreiro, Itambé, Itaquitinga, Macaparana, Timbaúba e São Vicente Ferrer, que anteriormente faziam parte da II GERES – PE e o município de Goiana que pertencia a I GERES – PE, como demonstrado na figura 5. A XII GERES – PE auxiliou a diminuir territorialmente a II GERES e possibilitou os municípios que localizam-se mais próximos à metrópole estadual integrarem uma nova região. De acordo com Pernambuco (2013) alguns serviços de maior complexidade se configuram ainda no Recife, devido à proximidade com a sede em Goiana e seu potencial de estrutura em saúde.

Como reflexo do novo documento regente da regionalização na saúde do estado ocorreu, de acordo com Pernambuco (2016), a reestruturação das GERES integrantes da SES de Pernambuco. Dentre as ações que visaram reorganizar as gerências de saúde destacam-se a necessidade de concurso público para o cargo de Gerente regional, a criação das coordenações de Atenção à Saúde, de planejamento e regulação e Vigilância em Saúde, bem como a contratação de sanitaristas para cada gerência regional, com a função de auxiliar no planejamento das regiões de saúde.

Em tese as GERES deveriam possuir um determinado nível de autonomia na execução dos serviços. No entanto, conforme discute Dubeux (2012), persiste uma dependência operativa em relação a Região Metropolitana do Recife (RMR), devido a concentração histórica dos serviços de média e alta complexidade nesta área, tornando a política de regionalização limitada em relação ao seu maior objetivo: a descentralização e garantia de acessibilidade universal e igualitária dos serviços de saúde à toda população. Assim, as regiões de saúde que foram concebidas pelo viés da descentralização ainda apresentam inúmeros entraves que dificultam o sucesso da política de regionalização em saúde no estado.

O atual PES divulgado em 2016 estabelece o uso da “regionalização solidária” (PERNAMBUCO, 2016. p. 152) como um caminho possível para a superação das dificuldades de acesso aos serviços de média e alta complexidade. Destaca ainda que existe um longo caminho a ser percorrido com relação ao cumprimento do papel

mais nobre que a regionalização deveria desempenhar, que seria a orientação normativa e organizativa às secretarias municipais de saúde, o que ainda é pouco exercitado. E por fim, indica a revisão e atualização do PDR de 2011, transferindo o município de Cabrobó para a VII GERES – PE, tal alteração justifica-se pelo fator geográfico que foi desconsiderado na formulação definida pelo PDR 2011.

Apesar de todos os avanços e melhoras na organização estrutural do sistema de saúde pernambucano através da efetivação dos princípios de regionalização e descentralização, Dubeux (2012) destaca que qualitativamente a rede básica de atenção à saúde é ainda ineficiente. Para a autora a rede ambulatorial é composta por unidades de saúde, na sua maioria, com baixo poder resolutivo, concentrando o atendimento da média complexidade nas sedes das regionais de saúde e os serviços mais complexos nos municípios de Recife, Caruaru e Petrolina.

Considerações Finais

As políticas de saúde no Brasil passaram por transformações e adaptações que auxiliaram a melhorar as condições de acesso e distribuição dos serviços no território nacional. As redes de atendimento aos serviços de saúde se organizam em um sistema hierárquico, na qual os centros disponíveis com melhores condições de tratamento e cuidado recebem os casos mais graves, oriundos de municípios que não possuem as condições necessárias para o tratamento. Forma-se assim, uma teia de serviços de atenção à saúde, que se relaciona em forma de regiões e redes, almejando garantir a universalização do SUS.

A organização de regiões e redes de atenção à saúde tem sido a estratégia privilegiada nos últimos anos para superar os desafios oriundos da falta de equidade e integração dos serviços prestado. Entre os desafios mais urgentes do SUS estão à ampliação do acesso e a adequação dos serviços ofertados a realidade local de cada espaço geográfico. Nem sempre as dificuldades que as comunidades mais necessitadas enfrentam com relação a saúde são passíveis de similar solução, uma vez que o país apresenta heterogeneidade marcante, fazendo-se necessários mecanismos distintos de integração dinâmica em cada realidade espacial.



A busca pela integração entre os diversos atores responsáveis pelo SUS nos municípios, estados e na federação necessitam atuar de maneira conjunta e participativa visando garantir os princípios fundamentais da Carta Constituinte de 1988. Dessa maneira a política de saúde pública no Brasil poderá alcançar a universalidade e equidade necessárias para que o acesso aos serviços básicos seja garantido de maneira eficiente e resolutiva, atendendo as diretrizes estabelecidas no PDR de cada estado.

Referências

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. In **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, 2012. pp. 2865-2875.

BREVILHERI, E.C.L.; NARCISO, A.M.S.; PASTOR, M. A lógica territorial na política de saúde brasileira. In **Serviço Social em Revista**, v.16, n.2, 2014. pp.36-61. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/16348/15184>>.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

DUBEUX, Luciana Santos; CARVALHO, Eduardo Freese de. Caracterização da oferta de serviços especializados em hospitais de referência regional: uma contribuição para a regionalização da assistência à saúde no SUS. In **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 9, n. 4, 2009. pp. 467-476.

DUBEUX, L. S. **A regionalização da assistência às urgências e emergências em hospitais de referência regional de Pernambuco**: uma avaliação sobre a Vertente do Acesso aos Serviços de Saúde. Tese (Doutorado em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

GUIMARÃES, R. B. **Regionalização da saúde no Brasil**: da escala do corpo à escala da nação. Tese (livre-docência) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. São Paulo: [s.n] 2008. 176 p.



GUIMARÃES, V. L. B. **O processo da regionalização da saúde em Pernambuco, na perspectiva da Gestão Estadual.** Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2012.

LIMA, L. D.; QUEIROZ, L. F. N.; MACHADO, C. V.; VIANA, A. L. d'A. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. In **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7. [S.I.] 2012. pp. 1903-1914.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Superintendência de Planejamento. **Plano estadual de saúde 2005-2007:** desenvolvimento com inclusão social. Recife: SES, 2006.

_____. Secretaria de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização.** [S.I.]. 2011.

_____. Secretaria de Saúde. **Mapa Analítico de Saúde da XII Região de Saúde: Pernambuco.** Goiana, 2013.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano estadual de saúde: 2016-2019.** Recife: A Secretaria, 2016.

SÁ, G. A. D. Compreendendo a construção de um ethos de poder familiar: o caso da oligarquia pereira no interior de Pernambuco. In **Revista NEP-Núcleo de Estudos Paranaenses da UFPR.** v. 5, n. 2, 2019. pp. 46-65.

UCHIMURA, L. Y. T.; FELISBERTO, E.; FUSARO, E. R.; FERREIRA, M. P.; VIANA, A. L. D. Á. Avaliação de desempenho das regiões de saúde no Brasil. In **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** v. 17, 2017. pp. S259-S270.