

Regionalização e Gestão dos Serviços de Saúde

Coleção Geografia da Saúde



1º edição

**Eduardo Augusto Werneck Ribeiro
Rivaldo Mauro de Faria
José Roberto Machado
Umberto Catarino Pessoto
João Carlos de Oliveira
(Organizadores)**

Instituto Federal Catarinense

2019

Eduardo Augusto Werneck Ribeiro
Rivaldo Mauro de Faria
José Roberto Machado
Umberto Catarino Pessoto
João Carlos de Oliveira
(Organizadores)

Regionalização e Gestão dos Serviços de Saúde

Coleção Geografia da Saúde

1ª edição

Blumenau, 2019

Instituto Federal Catarinense

© 2019 Instituto Federal Catarinense.

Rua das Missões, nº 100
Ponta Aguda - Blumenau - SC
CEP 890510-000.

Editor: Eduardo Augusto Werneck Ribeiro

Conselho Editorial: Cladecir Alberto Schenckel, Fernando José Garbuio, Josefa Surek de Souza e Kátia Oliveira

Conselho Científico da Coleção: *Ana Carolina Beceyro (Universidad Nacional de Cuyo), Anselmo César Vasconcelos Bezerra (Instituto Federal de Pernambuco), Christovam Barcellos (Fundação Oswaldo Cruz), Eduardo Augusto Werneck Ribeiro (Instituto Federal Catarinense), Flávia de Oliveira Santos (Universidade Federal de Uberlândia), Francisco de Assis Mendonça (Universidade Federal do Paraná), Helen Gurgel (Universidade de Brasília), Jan Bitoun (Universidade Federal de Pernambuco), Jane Kelly Oliveira Friestino (Universidade Federal da Fronteira Sul), João Carlos de Oliveira (Universidade Federal de Uberlândia/ESTES), Jorge Amancio Pickenhayn (Universidad Nacional de San Juan, Argentina), José Seguinot Barbosa (Universidad de Puerto Rico), José Roberto Machado (Instituto Federal de Santa Catarina), Ligia Vizeu Barrozo (Universidade de São Paulo), Luisa Iñiguez Rojas (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Cuba), Marina Jorge de Miranda (Ministério da Saúde), Marcia Siqueira de Carvalho (Universidade Estadual de Londrina), Martha Priscila Bezerra Pereira (Universidade Federal de Campina Grande), Mauricio Monken (Fundação Oswaldo Cruz), Marcos Mattedi (FURB), Maiko Rafael Spiess (FURB), Miguel Ernesto González Castañeda (Universidad de Guadalajara, México), Paulo Nuno Maia de Sousa Nossa (Universidade de Coimbra; Portugal), Paulo Cesar Peiter (Fundação Oswaldo Cruz), Rafael Catão (Universidade Federal do Espírito Santo), Rivaldo Mauro de Faria (Universidade Federal de Santa Maria), Raul Borges Guimarães (Unesp/Presidente Prudente), Samuel do Carmo Lima (Universidade Federal de Uberlândia), Umberto Catarino Pessoto (Instituto de Saúde/SUCEN/SES-SP), Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues (Universidade Federal do Maranhão).*

Somos filiados :



ISBN: 978-85-5644-040-2

DOI: <http://dx.doi.org/10.21166/9788556440402>

SUMÁRIO

SOBRE OS AUTORES.....	7
APRESENTAÇÃO.....	11
A IMPORTÂNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PARA O CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA NO BRASIL / THE IMPORTANCE OF THE SINGLE HEALTH SYSTEM FOR THE CONTROL OF BREAST CANCER IN BRAZIL.....	13
<i>Mônica Oliveira Alves, Juliana Ramalho Barros e Sandra Célia Muniz Magalhães</i>	
A FRAGMENTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM SANTA MARIA, RS: LENTA SUBSTITUIÇÃO OU UMA NÃO OPÇÃO?/ THE FRAGMENTATION OF THE BASIC HEALTH CARE MODEL IN SANTA MARIA, RS: SLOW REPLACEMENT OR NO OPTION?	22
<i>Liliane Milani de Moraes, Paloma da Silva Savian e Rivaldo Mauro de Faria</i>	
A REGIONALIZAÇÃO NA SAÚDE: DO CONCEITO GEOGRÁFICO À PRÁTICA POLÍTICA/ THE HEALTH REGIONALITION: SINCE THE GEOGRAPHICAL CONCEPTION TO THE POLITICAL PRACTICE	31
<i>José Roberto Henrique Souza Soares, Anselmo César Vasconcelos Bezerra e Alcindo José de Sá</i>	
DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) PARA TRATAMENTO DE CÂNCER NAS MICRORREGIÕES DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2008-2016 / SPACE DISTRIBUTION OF HOSPITAL INSTRUMENTS BY THE SINGLE HEALTH SYSTEM (SUS) FOR CANCER TREATMENT IN THE MINAS GERAIS HEALTH MICROREGIONS, 2008-2016	39
<i>Marcelo Luiz dos Santos e Leônidas Conceição Barroso</i>	
TRANSPARÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA: UMA APROXIMAÇÃO COM A REALIDADE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOINVILLE/ SOCIAL TRANSPARENCY AND CITIZENSHIP: AN APPROACH TO THE REALITY OF THE MUNICIPAL HEALTH COUNCIL OF JOINVILLE	46
<i>Andrea Heidemann, Jorge Cunha, Caroline Orlandi Brilinger, Estefania Maria de Salves, Mayara Sabrina Pereira de Oliveira, Piera de Brito Nakamura e Vinícius Alves Gomes</i>	
A RELAÇÃO ENTRE OS ACIDENTES DE TRÂNSITO E O USO DOS LEITOS DO SUS NOS HOSPITAIS EM JARAGUÁ DO SUL, SC, EM 2016 / THE RELATIONSHIP BETWEEN TRANSIT ACCIDENTS AND THE USE OF SUS SUSPENSIONS IN HOSPITALS IN JARAGUÁ DO SUL, SC, IN 2016.....	55
<i>José Roberto Machado e Nathalia Lais Dias e Rúbia Batista Viana</i>	
MOBILIDADE POPULACIONAL E SAÚDE: A REGIONALIZAÇÃO DO SUS E OS DESLOCAMENTOS POPULACIONAIS EM BUSCA DO ATENDIMENTO EM SAÚDE/ POPULATION MOBILITY AND HEALTH: SUS REGIONALIZATION AND	

POPULATION DISPLACEMENT IN SEARCH OF HEALTH CARE..... 65

Luiza Nogueira Losco e Roberto Luiz do Carmo

**AVALIAÇÃO DE IMPLANTAÇÃO DE GEOTECNOLOGIAS APLICADAS A SAÚDE:
UMA PROPOSTA METODÓLOGICA/ EVALUATION OF IMPLEMENTATION OF
MEOTECHNOLOGIES APPLIED TO HEALTH: A METHODOLOGICAL PROPOSAL**

..... 73

Eucilene Alves Santana, Nádia Maria da Silva Machado, Helen Gurgel e Walkiria Gentil Almeida Andréev

**HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS: UM ALINHAMENTO A PERSPECTIVA
DE ESTADO NEOLIBERAL / HOSPITALES UNIVERSITARIOS FEDERALES: UN
ALINEAMIENTO LA PERSPECTIVA DE ESTADO NEOLIBERAL..... 83**

Marcio Nolasco Leite e Adáuto de Oliveira Souza

**ESCALA E SITUAÇÃO GEOGRÁFICA NA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE
INTERESTADUAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO VALE DO MÉDIO SÃO FRANCISCO
/ SCALE AND GEOGRAPHICAL SITUATION IN THE IMPLEMENTATION OF
PETROLINA-JUAZEIRO RIDE AND INTERSTATE HEALTH CARE NETWORK OF
VALE DO MÉDIO SÃO FRANCISCO 93**

Luciana da Costa Feitosa 93

**OS DESAFIOS DO PLANEJAMENTO TERRITORIAL DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO
BÁSICA À SAÚDE: O CASO DO MUNICÍPIO DE SÃO SEPÉ, RIO GRANDE DO
SUL, BRASIL / THE CHALLENGES OF THE TERRITORIAL PLANNING OF BASIC
HEALTH CARE SERVICES: CASE OF THE MUNICIPALITY OF SÃO SEPÉ, RIO
GRANDE DO SUL, BRASIL..... 102**

Douglas Bouvier Erthal, Rivaldo Faria e Marcelo Zanatta

**CENTRALIDADE DA REGIÃO SANITÁRIA: INFLUÊNCIA REGIONAL NO MEIO
URBANO DE SOROCABA/CENTRALITY OF THE SANITARY REGION: REGIONAL
INFLUENCE IN THE URBAN ENVIRONMENT OF SOROCABA 111**

Ronaldo Ramos Pinto e Edelci Nunes da Silva

**POLÍTICAS PÚBLICAS SETORIAIS E SUAS ESPECIALIZAÇÃO NA CIDADE DE
DOURADOS – MS / SECTORAL PUBLIC POLICIES AND THEIR SPECIALIZATION
IN THE CITY OF DOURADOS – MS 119**

Matheus Martins Irabi e Alexandre Bergamin Vieira

**OMS, OPAS, SUS - LIMITES DA INFLUÊNCIA DOS PAÍSES
EM MAIOR DESENVOLVIMENTO NA CONSTRUÇÃO
DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA SAÚDE NO BRASIL/
WHO, PAHO, SUS - LIMITS OF THE INFLUENCE OF HIGHER DEVELOPMENT
COUNTRIES IN THE CONSTRUCTION OF PUBLIC HEALTH POLICIES IN
BRAZIL..... 127**

Maria Eduarda Torres Siqueira

TERRITORIALIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO SUS NO MUNICÍPIO DE ALFENAS (MG): ESTUDO DE CASO SOBRE A UBS JARDIM NOVA AMÉRICA 2 / TERRITORIALIZATION OF PRIMARY HEALTH CARE IN SUS IN THE MUNICIPALITY OF ALFENAS (MG): CASE STUDY ABOUT UBS JARDIM NOVA AMERICA 2 136

Daniel Hideki Bando e Denisia Gomes Moreira

NOTAS SOBRE TERRITÓRIO E TÉCNICA: OS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BAIRRO MANGUINHA EM FLORIANO – PI / NOTAS SOBRE TERRITORIO Y TÉCNICA: LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL BARRIO MANGUINHA EM FLORIANO – PI ...

..... 147
Wanderson Benigno dos Santos e Diego Salomão Candido de Oliveira Salvador

O CARIRI CEARENSE NO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO / EL CARIRI CEARENSE EN EL PLAN DIRECTOR DE REGIONALIZACIÓN DE LA SALUD: BREVE CONTEXTUALIZACIÓN

..... 155
Jefferson Santos Fernandes

ESPACIALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DOS USUÁRIOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LONDRINA-PR: COMO ESTES ACESSAM SEUS SERVIÇOS? / GEOGRAPHICAL SPACIALIZATION OF UNIVERSITY HOSPITAL USERS IN LONDRINA-PR: HOW DO THEY ACCESS THE HOSPITAL SERVICES 164

José Roberto Machado

O DISCURSO DA REGIONALIZAÇÃO NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE / THE REGIONALIZATION SPEECH IN NATIONAL HEALTH POLICY 178

Umberto Catarino Pessoto

SOBRE OS AUTORES

Mônica Oliveira Alves: Licenciada em Geografia (Universidade Estadual de Montes Claros, Unimontes/2014), Mestra em Geografia (Universidade Estadual de Montes Claros, Unimontes/2016) e Doutorado em andamento em Geografia (Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal de Goiás, UFG). Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/3658631649835238>

Sandra Célia Muniz Magalhães: Graduada em Geografia (Universidade Estadual de Montes Claros, Unimontes/2001); Mestre em Geografia (Pontifícia Universidade Católica, PUC/SP/2009). Doutora em Geografia (Universidade Federal de Uberlândia, UFU/2013). Docente da Universidade Estadual de Montes Claros, Unimontes. Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/4862177005286071>

Juliana Ramalho Barros: Graduada em Geografia (Universidade de Brasília, UnB/2006); Mestrado em Geografia (PPGG - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP/2003); Doutora em Geografia (PPGG - UNESP/2006). Docente da Universidade Federal de Goiás/UFG. Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/3897963687114981>

Liliane Milani de Moraes: Graduada em Ciências Econômicas (Centro Universitário Franciscano, UNIFRA/2010); Graduada em Tecnologia em Gestão Ambiental (Universidade Federal de Santa Maria, UFSM/2014); Especialista em andamento em Educação Ambiental (Universidade Federal de Santa Maria, UFSM/2017); Mestrado em andamento em Geografia (Universidade Federal de Santa Maria, UFSM). Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/8067407001112731>

Paloma da Silva Savian: Graduada em Geografia (Universidade Federal de Santa Maria, UFSM/2016); Mestra em Geografia (Universidade Federal de Santa Maria, UFSM/2019). Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/0840446736634063>

Rivaldo Mauro de Faria: Graduado em Geografia (Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ouro Fino, ASMEC/1998); Mestre em Geografia (Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP/2008); Doutor em Geografia (Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP/2012); Docente do Departamento de Geociências, da Universidade Federal de Santa Maria, UFSM; Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/6024725847408179>

José Roberto Henrique Souza Soares: Graduado em Geografia (Instituto Federal de Pernambuco, IFPE/2017); Mestrado em andamento em Geografia (Universidade Federal de Pernambuco, UFPE). Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/3637263240741013>

Anselmo César Vasconcelos Bezerra: Graduação em Bacharelado Em Geografia (Universidade Federal de Pernambuco, UFPE/2006); Mestre em Geografia (Universidade Federal de Pernambuco, UFPE/2008); Doutor em Geografia (Universidade Federal de Pernambuco, UFPE/2012). Docente do Instituto Federal de Pernambuco, IFPE. Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/4403057502641157>

Michele Rocha de Araujo El Kadri: Graduada em formação do Psicólogo (Universidade Federal do Amazonas, UFAM/2006); Mestra em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia (FIOCRUZ Amazônia - Instituto Leônidas e Maria Deane, FIOCRUZ-ILMD/2012); Doutorado em andamento em Saúde Pública (Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ). Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD - Fiocruz Amazônia). Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/9372076932075499>

Marcelo Luiz Santos: Licenciado e Bacharel em Geografia (Universidade Federal da Bahia, UFBA/1990); Especialista em Ensino de Geografia (Universidade Estadual do Ceará, UECE/1995); Mestre em Geografia (Universidade Federal da Bahia, UFBA/2001); Doutorado em andamento em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Social (Universidade Católica do Salvador, UCSA). Docente do Colégio Estadual de Jequié, Bahia. Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/5638176577649507>

Andrea Heidemann: Graduada em Serviço Social (Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC/1993); Mestra em Desenvolvimento Regional (Fundação Universidade Regional de Blumenau, FURB/2002); Doutora em Saúde e Meio Ambiente (Universidade da Região de Joinville, UNIVILLE/2017); Docente do Instituto Federal de Santa Catarina, IFSC, Campus Joinville. Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/6351165717185969>

Jorge Cunha: Bacharel em Administração (Universidade da Região de Joinville, UNIVILLE/2001); Especialista em Engenharia de Produção (Universidade do Estado de Santa Catarina, UDESC, 2004); Mestrado em Acadêmico em Administração (Universidade do Vale do Itajaí, UNIVALI/2008). Docente do Instituto Federal de Santa Catarina, IFSC, Campus Joinville. Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/2997139614414321>

Caroline Orlandi Brilinger: Graduada em Fisioterapia (Universidade do Sul de Santa Catarina, UNISUL/2005); Especialização em Fisioterapia Cardiorrespiratória (Colégio Brasileiro de Estudos Sistêmicos, CBES/2009); Mestrado Profissional em Engenharia de Produção (Sociedade Educacional de Santa Catarina, SOCIESC/2018); Docente do Instituto Federal de Santa Catarina, IFSC, Campus Joinville. Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/6319379834866432>

Estefania Maria de Salves: Graduação em Educação Física (Universidade da Região de Joinville, UNIVILLE/2000). Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/9946085453177901>

José Roberto Machado: Licenciado em Geografia (Universidade Estadual de Maringá, UEM/2002); Mestre em Geografia (PGE - UEM/2004); Doutor em Geografia (PGE - UEM/2015); Docente do Instituto Federal de Santa Catarina, IFSC, Campus Jaraguá do Sul-Centro. Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/5901980671528391>

Eucilene Alves Santana: Licenciada em Biologia (Universidade Federal de Mato Grosso, UFMT/1994); Mestra em Ecologia e Conservação da Biodiversidade (Universidade Federal de Mato Grosso, UFMT/2000); Doutora em Ecologia de Ambientes Aquáticos Continentais (Universidade Estadual de Maringá, UEM/2006). Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/5603383846224202>

Nádia Maria da Silva Machado: Graduação em Gestão de Saúde Coletiva. Universidade de Brasília, UnB/2015); Mestrado em andamento em Estudos sobre as Mulheres, Gênero, Cidadania e Desenvolvimento. Universidade Aberta de Lisboa, UAb. Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/2585856302967196>

Helen Gurgel: Licenciada e Bacharel em Geografia (Universidade Federal Fluminense, UFF/1997); Mestra em Sensoriamento Remoto (Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais, INPE/2000); Doutora em Géographie et Pratique du Développement (Université de Paris X, Nanterre, Paris X/2006). Docente da Universidade de Brasília, UNB. Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/0975018553829295>

Walkiria Gentil Almeida Andréev: Graduação em Enfermagem e Obstetrícia (Universidade de Brasília, UnB/2002); Especialização em Avaliação em saúde (Escola Nacional de Saúde Pública,

ENSP/2008); Mestrado profissional em Avaliação em saúde (Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, ENSP/2010). Enfermeira na Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Diretoria de Vigilância Sanitária. Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/8124232117491296>

Luiza Nogueira Losco: Graduação em Geografia (UNESP/2012); Mestrado em Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais (UNICAMP/2016); Doutorado em andamento em Demografia (UNICAMP). Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/6411042811132543>

Roberto Luiz do Carmo: Graduação em Ciências Sociais (UNICAMP/1992); Mestre em Sociologia (UNICAMP/1995); Doutor em Demografia (UNICAMP/2001); Docente da Universidade Estadual de Campinas. Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/3538880935509989>

Marcio Nolasco Leite: Graduação em Administração (Faculdade Anhanguera de Dourados, FAD/2008); Graduação em Abi - Geografia (Universidade Federal da Grande Dourados, UFGD/2015); Mestrado em andamento em Geografia (Universidade Federal da Grande Dourados, UFGD). Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/4663522311302747>

Adáuto de Oliveira Souza: Graduação em Geografia (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, UFMS/1986); Mestrado em Geografia (UNESP/PRES. PRUD/1995); Doutor em Geografia (Universidade de São Paulo, USP/2003); Docente da Universidade Federal da Grande Dourados. Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/9079526992499187>

Rafael Silva Almeida: Licenciado e Bacharel em Geografia (Centro Universitário FIEO, UNIFIEO/2010); Mestre em Geografia (Universidade de São Paulo, USP/2014); Doutorado em andamento em Geografia (Universidade de São Paulo, USP). Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/3627971327848595>

Luciana da Costa Feitosa: Graduada em Geografia (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN/2011); Mestra em Geografia (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN/2013); Doutora em Geografia (PPGG- UNESP/2018). Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/9641557690384438>

Douglas Bouvier Erthal: Graduação em andamento em Geografia (Universidade Federal de Santa Maria, UFSM). Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/3674492990486511>

Marcelo Zanatta: Graduação em Geografia (Universidade Federal de Santa Maria, UFSM). Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/2219774066284024>

Ronaldo Ramos Pinto: Graduação em andamento em Geografia (Universidade Federal de São Carlos, UFSCAR); Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/9408551944163838>

Matheus Martins Irabi: Graduação em andamento em Abi - Geografia (Universidade Federal da Grande Dourados, UFGD/2018); Mestrando em Geografia pela Universidade Federal da Grande Dourados, UFGD). Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/1928491582667240>

Alexandre Bergamin Vieira: Licenciado e Bacharel em Geografia (UNESP/2002); Mestre em Geografia (PPGG - UNESP/2005); Doutor em Geografia (PPGG - UNESP/2009). Docente da Universidade Federal da Grande Dourados, UFGD. Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/1335258531096010>

Maria Eduarda Torres Siqueira: Faculdade de Relações Internacionais, Centro Universitário Curitiba – UNICURITIBA.

Amarilis Bahia Bezerra: Graduação em Geografia (Universidade de Brasília, UnB/2015); Mestrado em Geografia (Universidade de Brasília, UnB/2019). Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/5691395606608035>

Julia Taveira Rudy: Graduação em andamento em Abi - Geografia (Universidade de Brasília, UnB). Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/1778374348267045>

Wildo Navegantes de Araújo: Graduação em Medicina Veterinária (Universidade Federal da Bahia, UFBA/1997); Mestrado em Medicina Veterinária (Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP/2001); Doutorado em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa (Fundação Oswaldo Cruz, CPQGM, FIOCRUZ/2011); Docente da Universidade de Brasília, UNB. Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/4649706895976994>

Daniel Hideki Bando: Licenciado em Bacharel em Licenciatura em Geografia (Universidade de São Paulo, USP/2005); Mestre em Geografia (Universidade de São Paulo, USP/2008); Doutor em Medicina - Ciências Médicas (Universidade de São Paulo, USP/2012). Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/2259800891398396>

Denisia Gomes Moreira: Graduação em andamento em Geografia (Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL); Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/9954203992690104>

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira: Graduação em Psicologia (Universidade Federal do Pará, UFPA/1988); Mestrado em Saúde Pública (ENSP/1998); Doutorado em Saúde Pública (ENSP/2005). Docente da Universidade Federal do Pará. Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/9266787581530443>

Wanderson Benigno dos Santos: Graduação em Geografia (Universidade Estadual do Piauí, UESPI/2016); Mestrado em andamento em Geografia (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN). Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/4340693726048758>

Diego Salomão Candido de Oliveira Salvador: Licenciado em Geografia (Centro Federal de Educação Tecnológica do Rio Grande do Norte, CEFET/2007); Mestre em Geografia (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN/2010); Doutor em Geografia (Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP/2016). Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN. Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/5656990960651016>

Jefferson Santos Fernandes: Graduação em Geografia (Universidade Federal de Campina Grande, UFCG/2018); Mestrado em andamento em Geografia (Universidade Federal do Ceará, UFC). Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/1027392865157062>

Eduardo Augusto Werneck Ribeiro: Graduação em Geografia (UNESP de Presidente Prudente, 1999), Doutor pela UFPR (2011). Docente do Instituto Federal Catarinense. Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/0958574773546143>

Umberto Catarino Pessoto: Graduação em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo (1986), doutor em Geografia pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” campus de Presidente Prudente (2010). Atualmente é pesquisador científico do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, prestando serviço na Superintendência de Controle de Endemias, regional de Presidente Prudente. Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/3996086694598473>

APRESENTAÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma das maiores conquistas sociais do Brasil e um desafio de implementar um sistema universal, gratuito e integrado para um território de dimensão continental. A primeira estratégia, ainda na década de 1990, para dar consequência ao projeto constitucional do SUS foi implementar a descentralização dos serviços de saúde. Era um caminho necessário, uma vez que não tínhamos, até então, uma rede nacional da atenção, senão apenas sistemas fragmentados, geograficamente concentrados e dispersos e com enormes vazios assistenciais. Sob o discurso “o município é o caminho”, experimentamos um intenso processo de municipalização e distritalização, com fortalecimento da atenção básica e formas de gestão e financiamentos que foram sendo desenhados nas Normas Operacionais Básicas.

A municipalização teve impactos bastante positivos na saúde dos brasileiros, sobretudo com a expansão do Programa Saúde da Família (PSF). Mas ainda em fins da década de 1990 se percebeu a necessidade de redesenhar o sistema para resolver a impossibilidade da existência de milhares de sistemas municipais desintegrados. No ano 2000 o Brasil tinha 5.507 municípios e 73% deles tinha menos de vinte mil habitantes. Mas não só isso, as profundas desigualdades regionais e as características sociais e históricas revelaram assimetrias municipais incontornáveis com a política da descentralização implementada até então. Por isso, os sistemas de gestão do SUS (plena da atenção básica ou plena do sistema municipal), tal como previsto, encerravam o desafio de encontrar mecanismos de integração regional, uma vez que a maioria dos municípios brasileiros não poderiam, por razão financeira e assistencial, cumprir os próprios princípios constitucionais.

A regionalização se transformou, então, num novo caminho, embora ele já estivesse previsto constitucionalmente. Com as Normas Operacionais de Assistência Social (NOAS) esse caminho passou a ser consorciado através do Plano Diretor de Regionalização (PDR), que representou o primeiro instrumento jurídico e político de regionalização. Todavia, ainda faltavam dispositivos técnicos e operacionais claros, como também formas de financiamento que viabilizassem a constituição de uma estrutura assistencial regional para o SUS. Esse foi o contexto da produção de um conjunto de instrumentos apresentados no Pacto pela Saúde. A proposta do Pacto era fortalecer a gestão regional e integrar os sistemas municipais através das redes de atenção coordenadas pela atenção básica à saúde. Nos anos que se seguiram à sua apresentação, vários outros instrumentos foram propostos para modelar e integrar as redes, para qualificar a atenção básica ou ainda para desenhar juridicamente a regionalização (por exemplo, com o Contrato Organizativo de Ação Pública e a formação das Comissões Intergestores Regionais).

O desafio que se apresentava, pelo menos até recentemente, era modelar as redes de saúde do SUS e a regionalização, integrando e fortalecendo o sistema para cumprir os preceitos constitucionais. Todavia, a recente mudança da ideologia política (ultraneoliberal e de austeridade) e a própria crise instalaram uma nova configuração que exige de nós não apenas a discussão dos desafios para se completar o “projeto territorial do SUS”, mas a defesa desse projeto. Esse é o contexto da apresentação de um conjunto de reflexões sistematizadas por ocasião do IX Simpósio Nacional de Geografia da Saúde, realizado na cidade de Blumenau, Santa Catarina. Em “Defesa do SUS, Mais Geografia”, esse era o tema, pois ao fim se trata da defesa do território, da existência dos serviços de saúde necessários para a realização da vida no território.

Os capítulos ora apresentados podem ser assim definidos como um programa geográfico de defesa. São vinte e uma reflexões que dialogam sobre os desafios da gestão e regionalização do SUS; apresentam indicadores de avaliação da saúde da população e do acesso aos serviços; produzem e referenciam teorias e metodologias de gestão e regionalização, que é uma necessidade para um país com perfis territoriais muito diversos; e, finalmente, refletem sobre a ideologia política da gestão do SUS e da necessidade de adequar os serviços aos territórios. O tema articulador de todos esses trabalhos (gestão-regionalização) é ainda referenciado socialmente em realidades

objetivas e de enfrentamentos reais vivenciados pelos gestores, profissionais e usuários do SUS nas mais diversas regiões brasileiras. Por isso, convidamos o leitor a não apenas ler este trabalho, mas a torná-lo público e acessível a todas àqueles que trabalham, usam e defendem um SUS universal, equitativo e integrado em todo o território nacional.

Boa leitura!

Os Organizadores

A IMPORTÂNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PARA O CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA NO BRASIL

THE IMPORTANCE OF THE SINGLE HEALTH SYSTEM FOR THE CONTROL OF BREAST CANCER IN BRAZIL

Mônica Oliveira Alves

Doutoranda em Geografia pelo Instituto de Estudos Socioambientais
Universidade Federal de Goiás - IESA/UFG
monicaelit@hotmail.com

Juliana Ramalho Barros

Professora do Instituto de Estudos Socioambientais
Universidade Federal de Goiás- IESA/UFG

Sandra Célia Muniz Magalhães

Professora do Departamento de Geociências
Universidade Estadual de Montes Claros -MG

ABSTRACT: The objective of the present study is to discuss the importance of the regulation of the Unified Health System - SUS - for the control of breast cancer in Brazil. The study is conceptual and the methodological procedures consisted of bibliographic review and documentary research about the programs and laws that underlie the right to access to health in the country. It was noticed that even before the regulation of a unified health system, fact that in the 1980s, there were already programs for the detection and treatment of breast cancer. However, such programs were incipient, and only strengthened with the creation of SUS, where programs and laws were implemented for the control, early detection and treatment of the disease in the public health system. In this sense, it should emphasize the importance of SUS maintenance for the prevention of diseases, especially the more severe ones such as cancer, especially the breast, and the promotion of health in the national context.

Keywords: Unified Health System; Breast cancer; Right to health.

É inquestionável que o câncer, em geral, e o de mama em particular, se apresenta como um grave problema de saúde pública no Brasil, o que reflete também nos estados e municípios, sendo necessária a intervenção dos órgãos de governo, de todas as esferas, no planejamento e organização do sistema de saúde, a fim de se promover o acesso de forma universal e equitativo, garantindo a saúde como um bem público e um direito individual e coletivo

A década de 1970 é considerada um marco para a consolidação das políticas públicas de saúde no Brasil, fato que se refletiu também nas ações e programas para o controle do câncer de mama no país. A preocupação com a prevenção e controle do câncer no país iniciou por volta da década de 1930. Contudo, nas últimas décadas do século XX até os dias atuais, o sistema de saúde brasileiro passa por uma série de transformações, sendo a principal destas a criação do SUS, quando o Ministério da Saúde passou a coordenar a política de saúde no país (PETERS, 2012).

O primeiro equipamento desenhado especificamente para produzir imagens radiológicas das mamas, isto é, o mamógrafo, foi criado em 1965 pela indústria radiológica francesa. Até então,

os exames da mama eram realizados através de aparelhos comuns de raios-X. Embora tenham encontrado resistência por parte de alguns médicos, que questionavam a intensa exposição à radiação durante o exame, os mamógrafos foram amplamente difundidos durante a década de 1970, devido à sua capacidade de detectar tumores menores, proporcionando aumento das chances de sobrevivência das pacientes. Foi nesta data que os primeiros mamógrafos chegaram também ao Brasil, precisamente em São Paulo e no Rio de Janeiro, num momento de ampliação da cobertura da saúde pública pelo Estado, para atender aos usuários da saúde previdenciária (PORTO et al., 2013).

Na década de 1980, num contexto de redemocratização do país, foram instituídos alguns programas com vistas ao cuidado mais amplo da saúde da população feminina brasileira. No ano de 1984, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que foi consolidado a partir de 1985, quando o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Conselho Nacional de Direitos da Mulher (CNDM) passaram a desenvolver ações em nível nacional para a prevenção e controle do câncer do colo do útero. Neste mesmo ano, foi constituído um grupo de trabalho com o objetivo de elaborar uma nova estratégia de abordagem para o câncer no Brasil, com o apoio da Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC) da Divisão Nacional de Doenças Crônicas e Degenerativas (DNDGD). Apesar de alguns avanços, as técnicas preconizadas para o controle do câncer de mama se restringiam ao exame clínico das mamas (ECM) e ao autoexame das mamas (AEM) (PORTO et al., 2013).

Contudo, foi a partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde, no âmbito da Constituição Federal de 1988 - CF/88, que os programas e políticas de controle e prevenção para o câncer de mama se tornaram mais abrangentes e acessíveis. Nesse contexto, o objetivo deste trabalho é discutir a importância da regulamentação do Sistema Único de Saúde - SUS - para o controle do câncer de mama no Brasil. O estudo é de cunho conceitual e os procedimentos metodológicos utilizados consistiram em revisão bibliográfica e pesquisa documental acerca dos programas e leis que embasam o direito ao acesso à saúde no país, com enfoque para o câncer de mama.

1. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA O CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA NO BRASIL

Em 1990 começou a ser implantado o SUS no Brasil, em conformidade com as diretrizes proclamadas no âmbito da CF/88, a partir da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 (complementada pela Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. A referida Lei regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Traz em seu artigo 2º que a saúde é um direito fundamental do ser humano e que o Estado deve prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990).

A partir da implantação do SUS, o Instituto Nacional do Câncer - INCA - passou a ser o órgão responsável pela formulação das políticas de saúde para o controle do câncer no Brasil. Em 1986 foi criado o Programa de Oncologia do Instituto Nacional de Câncer (Pro-Onco), do Ministério da Saúde, em substituição à extinta CNCC, haja vista a necessidade de se criar estratégias específicas para o controle do câncer no país. Em 1990, o programa se tornou Coordenação de Programas de Controle de Câncer, com linhas de trabalho baseadas na informação e a educação sobre os cânceres mais incidentes, como o câncer de mama (FURQUIM, 2014). Assim, “As ações relativas ao câncer de mama se mantinham limitadas à veiculação de materiais de educação em saúde (cartazes e folders, campanhas na TV e no cinema) para incentivo ao autoexame” (PORTO et al., 2013, p. 333).

Em 1997, foi implantado o Programa Viva Mulher, considerado como o primeiro delineamento de atuação pública, em âmbito nacional, para o controle dos cânceres femininos. Em sua fase inicial, o programa apresentou ações voltadas, exclusivamente, para o controle do

câncer do colo do útero. Posteriormente, no ano de 1998, foram iniciadas ações para elaboração de diretrizes e estruturação da rede assistencial para a detecção precoce do câncer de mama, a partir da realização da oficina de trabalho “Câncer de mama - perspectivas de controle”, proposta pelo Ministério da Saúde, e contando com a participação de vários segmentos da sociedade civil e de sociedades científicas da área (FURQUIM, 2014; MARQUES et al., 2015; PORTO et al., 2013). Essa oficina foi de grande importância “[...] por registrar a percepção da desigualdade no acesso a tecnologia e ao diagnóstico precoce, e por marcar o início de uma discussão organizada sobre a necessidade de ações contínuas que consolidassem um programa de controle” (PORTO et al., 2014, p. 333).

Para o controle do câncer de mama, os profissionais envolvidos com o Programa Viva Mulher incorporaram o projeto “Módulo de Controle do Câncer de Mama”, em 1999, que deveria ser executado em duas etapas:

Na primeira, no período de 2000 a 2001, seria dedicado ao diagnóstico dos tumores clinicamente detectáveis (tumores evidentes e visíveis), por meio do AEM e do ECM. Basicamente, as ações propostas consistiam em estimular as mulheres a palpar suas mamas e em sensibilizar os médicos a detectar nódulos suspeitos por meio do exame clínico. A segunda etapa, a ocorrer no período entre 2002 e 2003, seria dedicada ao diagnóstico dos tumores não detectáveis clinicamente (tumores muito pequenos, não perceptíveis mesmo pela palpação do médico), por meio da mamografia. A ação proposta – de modo talvez pretensioso – seria simplesmente a organização da rede de serviços de saúde, criando a possibilidade de acesso para as mulheres acima de 50 anos ao exame mamográfico (PORTO et al., 2014).

Contudo, o controle do câncer de mama só foi implantado formalmente no ano de 2003, a partir de um trabalho conjunto entre o INCA e a Área Técnica da Saúde da Mulher, com o apoio da Sociedade Brasileira de Mastologia e do Ministério da Saúde. Frente à grave situação atual do câncer de mama no país e às limitações práticas para a implantação de medidas efetivas para a prevenção desse câncer junto à população, compreendeu-se a necessidade de definir as estratégias mais eficazes para o seu controle. Para tal, foi realizada uma oficina de trabalho para discussão e aprovação das recomendações referentes ao controle do câncer de mama, onde participaram técnicos de diferentes áreas do Ministério, gestores, pesquisadores da área de controle de câncer e representantes de Sociedades Científicas afins e de entidades de defesa dos direitos da mulher. As atividades culminaram na elaboração de um Documento de Consenso, publicado em 2004 que propôs as diretrizes técnicas para o controle do câncer de mama no Brasil a partir da prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos e promoção da saúde, e aponta possíveis estratégias que devem ser utilizadas para a sua implementação no SUS (BRASIL, 2004; FURQUIM, 2014; MARQUES et al., 2015; PORTO et al., 2014).

No âmbito da prevenção, o Documento de Consenso recomenda ações visando à promoção da saúde e à prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis, onde estão incluídos todos os tipos de cânceres, propondo o controle de alguns fatores de risco, especialmente a obesidade e o tabagismo. Mesmo que alguns fatores ambientais ou comportamentais tenham sido associados a um maior risco de desenvolver o câncer de mama, os estudos epidemiológicos não evidenciam conclusões que justifiquem a recomendação de estratégias específicas de prevenção (BRASIL, 2004). O quadro 01 apresenta as recomendações do Consenso para a detecção precoce do câncer de mama.

Quadro 01: Recomendações para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil

FAIXA ETÁRIA	RECOMENDAÇÕES
Mulheres a partir de 40 anos de idade	Rastreamento anual através do exame clínico da mama, devendo também ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária, como parte do atendimento integral à saúde da mulher;
Mulheres com idade entre 50 a 69 anos	Rastreamento mamográfico, com intervalo de no máximo, dois anos entre os exames;
Mulheres com risco elevado para desenvolver câncer de mama	Recomenda-se o exame clínico da mama e mamografia anual a partir dos 35 anos;
Todas as mulheres com alterações nos exames realizados	Prevê-se a garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento neste.

Fonte: BRASIL, 2004.
Org.: ALVES, 2016.

O Documento de Consenso define, ainda, como grupo populacional de risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama:

Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade; Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária; Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino; Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ (BRASIL, 2004, p. 7).

Outras recomendações são propostas pelo Documento de Consenso, referentes ao diagnóstico, tratamento, cuidados paliativos e recomendações à sociedade civil organizada. Traz ainda, várias recomendações ao SUS, em relação ao controle do câncer de mama, entre as quais se destacam:

- Estimular o exame físico da mama realizado por profissional de saúde, através de ações educativas divulgadas nos meios de comunicação;
- Desenvolver ações estratégicas para o ensinamento da palpação das mamas pela própria mulher, como um cuidado com o próprio corpo. Ressalta-se que este auto-exame não substitui o exame físico realizado por profissional de saúde capacitado para esta atividade;
- Implantar o sistema de rastreamento mamográfico no país, a fim de garantir o diagnóstico precoce, tratamento oportuno e seguimento das mulheres com alterações mamárias;
- Estruturar a rede de saúde com a implantação de normas técnico-operacionais para e definir fluxos assistenciais para subsidiar os gestores municipais e estaduais.

2. A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA E O SISMAMA

Em 2005, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), sob a Portaria (PT) nº 2.439/2005, contemplando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, destacando o controle dos cânceres de colo do útero e de mama como componente fundamental dos planos estaduais e municipais de saúde (FURQUIM, 2014). Também neste ano, segundo Furquim (2014), foi elaborado o Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo do Útero e de Mama 2005-2007, que trouxe em suas propostas seis diretrizes estratégicas: aumento de cobertura da população-alvo, garantia da qualidade, fortalecimento do sistema de informação, desenvolvimento de capacitações, estratégia de mobilização social e desenvolvimento de pesquisas.

Em 2006, foi reafirmada a relevância da detecção precoce do câncer de mama, que passou a ser considerada uma das prioridades nacionais no conjunto de ações de controle propostas pelo Pacto pela Saúde, constituído por três dimensões: pela vida, em defesa do SUS e de gestão. O câncer de mama está entre os seis problemas de saúde com enfoque na dimensão do Pacto pela Vida, e teve como uma das propostas de controle a ampliação para 60% da cobertura de mamografia, conforme diretriz de cuidado (PORTO et al., 2014; MARQUES, 2015).

Em 2008, o Ministério da Saúde e a Secretaria de Atenção à Saúde, considerando as diretrizes, recomendações e portarias lançadas anteriormente, bem como a necessidade de melhoria da qualidade das informações que possibilitem aos gestores o monitoramento e avaliação do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama, define, através da PT nº 779, o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (SISMAMA) como o sistema de informação oficial do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008). O SISMAMA deve ser utilizado para o fornecimento dos dados informatizados dos procedimentos relacionados ao rastreamento e a confirmação diagnóstica do câncer de mama. Entre as principais características do sistema, destacam-se:

- Gerencia as ações de rastreamento de câncer de mama;
- Permite a gestão dos casos positivos, com o acompanhamento das mulheres com exames alterados;
- Permite a análise da distribuição das lesões encontradas nas mamografias na população, evidenciando a necessidades de ações locais;
- Contribui com a otimização dos recursos, a partir do planejamento da oferta de serviços;
- Contribui para a avaliação dos procedimentos de diagnóstico inicial e rastreamento;

O SISMAMA começou a ser implantado no ano de 2009, ocasionando o aumento da oferta de mamografias pelo Ministério da Saúde e possibilitando estudos sobre rastreamento, detecção precoce e redução da mortalidade por câncer de mama no país. Neste mesmo ano, o INCA realizou o Encontro Internacional sobre Rastreamento do Câncer de Mama, no Rio de Janeiro, tendo como objetivo conhecer a experiência de programas bem-sucedidos em países da Europa, Canadá e Chile. O encontro reuniu representantes do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais de saúde, do movimento organizado de mulheres e de instituições ligadas ao controle do câncer (BRASIL, 2008; FURQUIM, 2014; MARQUES, 2015; PORTO, 2014).

No ano de 2011, o Governo Federal lançou o Plano Nacional de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, com um eixo específico para o Plano de Fortalecimento do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama, tendo como objetivo principal diminuir a mortalidade pela doença a partir da redução do tempo entre o diagnóstico e o tratamento. No Plano, foram determinados investimentos técnico-financeiros para ações de controle da doença nos estados e municípios. Quanto à detecção precoce, o Plano prevê a garantia de confirmação diagnóstica das lesões palpáveis e das identificadas no rastreamento; a implantação da gestão da qualidade da mamografia; a ampliação da oferta de mamografia de rastreamento; a comunicação e a mobilização social; e o fortalecimento da gestão do programa (FREIRE, 2013; FURQUIM, 2014; MARQUES, 2015; PORTO, 2014).

Em 2012, o Governo Federal sancionou a Lei nº 12.732, a qual dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Em seu artigo 1º, a referida Lei estabelece que o paciente com neoplasia maligna tenha o direito de receber, gratuitamente, no âmbito do SUS, todos os tratamentos necessários. No artigo 2º da lei supracitada, fica estabelecido que os portadores de câncer têm direito de se submeter ao primeiro tratamento no SUS, no prazo de até 60 (sessenta) dias, contados a partir do dia do diagnóstico em laudo patológico, ou em prazo menor, dependendo da necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único. Já no artigo 4º, está recomendado que os Estados com grandes espaços territoriais e sem serviços especializados em oncologia deverão produzir planos regionais de instalação desses serviços para superar essa situação (BRASIL, 2012). Apesar de não ser uma lei específica para o controle do câncer de mama, esse instrumento legal representa um

grande avanço na tentativa de sobrevivência dos usuários do sistema de saúde com câncer de mama.

3. A POLÍTICA NACIONAL PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER

Diante da importância epidemiológica do câncer e a sua magnitude como problema de saúde pública, foi instituída no Brasil a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, pelo Ministério da Saúde, através da Portaria Nº 874, de 16 de maio de 2013. Esta portaria revoga a PT 2.439/2005, que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica. O objetivo da nova previsão é assegurar a redução da mortalidade e da incapacidade causadas pelo câncer e a diminuição da incidência de alguns tipos da doença. Propõe, ainda, contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, através de ações que promovam a prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer é organizada de forma que possibilita o provimento contínuo de ações de atenção à saúde da população mediante a articulação dos diversos pontos de atenção à saúde, que são estruturados por sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança da rede de atenção à saúde. É constituída por princípios e diretrizes que contemplam a promoção da saúde, prevenção do câncer, vigilância, monitoramento e avaliação, cuidado integral, ciência e tecnologia, educação e comunicação em saúde (BRASIL, 2013). Como princípios gerais, a referida política apresenta as seguintes diretrizes:

- Reconhecimento do câncer como uma doença crônica, passível de prevenção, e da necessidade de oferta de cuidado integral;
- Organização, regionalização e descentralização de redes de atenção, respeitando os critérios de acesso, escala e escopo;
- Realização de atividades com vistas à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, nos diferentes níveis da atenção à saúde
- Incorporação e uso de tecnologias que auxiliem na prevenção e no controle do câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, como resultado das recomendações formuladas por órgãos governamentais a partir do processo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e da Avaliação Econômica (AE).

No âmbito da promoção da saúde, a PNPCC objetiva identificar e intervir sobre os determinantes e condicionantes dos diversos tipos de câncer e desenvolver ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil para promoção da saúde e a qualidade de vida (BRASIL, 2013), a partir de várias diretrizes das quais algumas foram destacadas a seguir:

- Fortalecer as ações no âmbito das políticas públicas, com o objetivo de desenvolver ao máximo a saúde potencial de cada cidadão, a partir da criação de ambientes favoráveis à saúde e ao desenvolvimento de habilidades individuais e sociais para o auto-cuidado;
- Promover a prática de hábitos alimentares saudáveis, através de ações educativas e intervenções ambientais e organizacionais, como o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, aumento do consumo de frutas, legumes e verduras;
- Desenvolver práticas de promoção da saúde de caráter preventivo e sustentável para o enfrentamento dos impactos dos agrotóxicos na saúde humana e no ambiente;
- Controlar o tabagismo, o consumo de álcool, o sobrepeso, a obesidade e o consumo alimentar inadequado, considerados os fatores de risco relacionados ao câncer, através de ações e políticas públicas;
- Promover atividades e práticas de promoção da saúde a serem desenvolvidas em espaços como escolas, locais de trabalhos e lares, ultrapassando os limites dos serviços de saúde;
- Regular a produção e consumo de produtos e alimentos que contenham agentes cancerígenos e/ou altas concentrações de calorias, gorduras saturadas ou trans, açúcar e sal,

através da elaboração de documentos normativos.

Quanto à prevenção do câncer, a PNPCC traz como princípios a eliminação, redução e o controle de fatores de risco, sejam físicos, químicos e/ou biológicos, e a intervenção sobre seus determinantes socioeconômicos, além de integrar ações de detecção precoce do câncer (BRASIL, 2013). Nesse sentido, apresenta as seguintes diretrizes:

Fomento à eliminação ou redução da exposição aos agentes cancerígenos relacionados ao trabalho e ao ambiente, tais como benzeno, agrotóxicos, sílica, amianto, formaldeído e radiação. Prevenção da iniciação do tabagismo e do uso do álcool e do consumo de alimentos não saudáveis. Implementação de ações de detecção precoce do câncer, por meio de rastreamento (“screening”) e diagnóstico precoce, a partir de recomendações governamentais, com base em ATS e AE. Garantia da confirmação diagnóstica oportuna dos casos suspeitos de câncer e Estruturação das ações de monitoramento e de controle da qualidade dos exames de rastreamento (BRASIL, 2013, p. 3)

A PNPCC traz vários outros princípios e diretrizes, além de instituir as responsabilidades das várias esferas da gestão do SUS, como o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos estados e às secretarias municipais de saúde, em relação ao controle do câncer em geral. Mais especificamente sobre o câncer de mama, foi instituída em 2015 a PT nº 59, que torna pública a aprovação das Diretrizes Nacionais para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no âmbito SUS. O documento foi elaborado por um grupo de trabalho, coordenado pelo INCA, por meio da Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede, com apoio do Ministério da Saúde e da Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit). Tem como objetivo principal a redução da mortalidade por câncer de mama, contribuindo para qualificar a tomada de decisão dos gestores do setor de saúde no que se refere à organização da linha de cuidado do câncer de mama, como também para apoiar os profissionais de saúde nas suas práticas clínicas e os pacientes nas escolhas das diferentes intervenções sanitárias (BRASIL, 2013).

Diante dessas explicações, pode-se afirmar que vários esforços vêm sendo feitos, por parte dos gestores da saúde pública brasileira, com o objetivo de incluir as ações de controle do câncer de mama na agenda de políticas públicas de saúde. Nota-se que o incentivo federal para a realização de ações com vistas ao controle do câncer de mama, prioriza a redução da exposição aos fatores de risco, rastreamento precoce, diminuição da mortalidade causada pela doença, tratamento oportuno a partir do diagnóstico confirmado e melhoria da qualidade de vida da mulher vítima da doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da importância epidemiológica do câncer de mama e a sua magnitude como problema de saúde pública no Brasil, se faz necessário o desenvolvimento de diversas ações e programas na tentativa de se prevenir e controlar a doença através do diagnóstico precoce, e de se garantir melhores condições de acesso da população doente aos serviços de saúde. Tais programas vêm sendo implantados através do SUS, que busca garantir um acesso equitativo dos doentes aos serviços de saúde gratuitos.

Percebe-se que, mesmo antes da regulamentação de um sistema de saúde unificado, fato que seu na década de 1980, já existiam programas para a detecção e tratamento do câncer de mama. Contudo, tais programas eram incipientes, e só vieram a se fortalecer com a criação do SUS, onde foram implantados programas e leis para o controle, rastreamento precoce e tratamento da doença no sistema público de saúde.

Entre as principais políticas desenvolvidas no âmbito do SUS, tem destaque a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, instituída no Brasil no ano de 2013, com o objetivo de identificar e intervir sobre os determinantes e condicionantes dos diversos tipos de câncer e desenvolver ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil para promoção da saúde e a qualidade de vida. Nesse sentido, deve enfatizar a importância da manutenção desse

sistema de saúde gratuito para a prevenção e controle de doenças, principalmente as mais severas como o câncer, em especial o de mama, e a promoção da saúde no contexto nacional.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio:

Da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Do Conselho Nacional de Pesquisa - CNPq

Da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais - FAPEMIG

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei Nº 12.732, de 22 de Novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato_2001-2014/.../Lei/L12732.htm. Acesso em 06 de março 2016.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em: <http://www.inca.gov.br> . Acesso em 15 de abril 2015.

_____. Ministério da saúde. Lei 8080/90 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf> . Acesso em 20 de maio de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html . Acesso em 28 de maio de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 779, de 31 de dezembro de 2008. Brasília, 2008. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0779_31_12_2008.html. Acesso em 13 de junho de 2016.

FREIRE, Ricardo Aguiar Villanova. Câncer de Mama: uma abordagem diagnóstica precoce como estratégia de um tratamento eficaz desse importante problema de Saúde Pública. Rio de Janeiro: ESG, 2013.

FURQUIM, Tânia Aparecida Correia. Políticas Públicas Direcionadas ao Controle do Câncer de Mama. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de atualização em mamografia para técnicos e tecnólogos em radiologia. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

MARQUES, C. A. V; FIGUEIREDO, E. N; GUTIÉRREZ, M. G. R. Políticas de saúde pública para o controle do câncer de mama no Brasil. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 2015 mar/abr; v. 23, nº 2, p. 272-278. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n2/v23n2a21.pdf> . Acesso em 12 de junho de 2016.

PETERS, Sônia Helena. Avaliação da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) e o câncer de mama – dificuldade no acesso: do diagnóstico ao tratamento oncológico. 120f. Dissertação

(Mestrado em Política Social). Pelotas. Universidade Católica de Pelotas – UCPEL, 2013.

PORTO, M. A. T.; TEIXEIRA, L. A.; SILVA, R. C. F. de.; Aspectos Históricos do Controle do Câncer de Mama no Brasil. Revista Brasileira de Cancerologia. Rio de Janeiro, v. 59, nº 3, p. 331-330.

A FRAGMENTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM SANTA MARIA, RS: LENTA SUBSTITUIÇÃO OU UMA NÃO OPÇÃO?

THE FRAGMENTATION OF THE BASIC HEALTH CARE MODEL IN SANTA MARIA, RS: SLOW REPLACEMENT OR NO OPTION?

Liliane Milani de Moraes

liliane.eco@hotmail.com

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Paloma da Silva Savian

paloma.savian@hotmail.com

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Rivaldo Mauro de Faria

rivaldo.faria@ufsm.br

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

ABSTRACT: The Unified Health System (UHS) is a universalist assistance model, printed in the Brazilian Federal Constitution of 1988. This universal and equitable system is structured and coordinated from a base, the Basic Health Care (BHC), and through it is hierarchized and integrated regionally into care networks. Even today, however, several BHC care models coexist, which demonstrates the maintenance of pre-UHS health models. The objective of this work is to analyze and stimulate a reflection on health assistance models in the county of Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brazil. The methodology is based on data collection in official secondary sources, survey in Basic Health Units and the data modeling carried out in the Geographic Information System (GIS). The results indicate that Santa Maria faces difficulties in the process of consolidation of Family Health as a model of reorganization of BHC. It was also evidenced a fragmented and disintegrated model, with low assistance coverage and possible assistance consequences, among them the supply bottleneck in hospitals.

KEYWORDS: Unified Health System, assistance model, Basic Health Care.

As reformas na saúde e as estratégias de reorganização da atenção à saúde no Brasil têm ocorrido através de uma sucessão de modelos de atenção ou modelos assistenciais. Sem pretender distinguir modelos de atenção e modelos assistenciais, o que se pretende é destacar a prestação da atenção à saúde, que se refere as noções de cuidado, à assistência e a ações ou práticas de saúde adotadas.

Paim (2008) revisou esses modelos de atenção e expôs a dicotomia existente entre os modelos hegemônicos, modelo médico ou biomédico e o modelo sanitarista. O modelo médico é centrado no atendimento de indivíduos adoecidos e apresenta vários limites, dentre o quais podemos citar a eficiência, a equidade e as necessidades prioritárias em saúde. Já o modelo sanitarista está voltado para o atendimento das necessidades de saúde, porém enfrenta alguns problemas relacionado com a promoção e proteção da saúde.

Conforme Fertoni et al. (2015), entre 1980 e 1990 foram desencadeados debates e disputas entre o modelo médico hegemônico e propostas de modelos alternativos, que perduraram até o início dos anos 2000. Neste cenário, surge a formulação do Programa Saúde da Família (PSF),

no ano de 1994, um modelo contra-hegemônico, que, posteriormente, passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF) pelo Ministério da Saúde. Sob influência desse modelo, constitui-se uma das principais tentativas de superação dos problemas decorrentes do modelo biomédico hegemônico e da implementação dos princípios e diretrizes do SUS. A ESF apresenta-se como estratégia prioritária para reorientação do sistema de saúde, baseado na Atenção Básica à Saúde (ABS) (BRASIL, 2017). De acordo com a PNAB, a atenção básica à saúde

é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Adotando uma concepção ampliada do conceito de saúde, inspirado no que foi delineado na conferência da Organização Mundial da Saúde em 1946, nas diretrizes da política de atenção primária formulada em 1978 em Alma-Ata pela OMS e na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, a ESF se propõe a implementar um novo modelo assistencial que se baseia na integralidade das ações, direcionada à família e a comunidade, com foco na vigilância em saúde (FERTONANI et al., 2015). De acordo com a PNAB (2017) são itens necessários à Estratégia Saúde da Família (ESF), a existência de uma equipe multiprofissional, composta por no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e equipes de agentes comunitários de saúde (EACS).

No entanto, atualmente, ainda convivem no Brasil diversas formas de organizar e prover os serviços de saúde, pois há dificuldades ou mesmo resistência na implementação do modelo assistencial baseado na saúde da família (VIANA et al, 2008). No município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, essa realidade não é diferente dos demais municípios brasileiros. Conforme orienta a PNAB, é preciso unificar o sistema de saúde em torno do modelo de atenção básica, baseado na Saúde da Família. Esse processo de unificação é um processo longo e demorado. Mas, afinal, há ou não há um processo de transição para o modelo assistencial Estratégia Saúde da Família?

Portanto, essa pesquisa tem como objetivo analisar e estimular uma reflexão sobre os modelos assistências em saúde no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. O trabalho irá analisar o Sistema Único de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família compreendida como projeto de reorganização da Atenção Básica de Saúde no Brasil, fundamental para implementação do novo modelo assistencial expresso em nossa Constituição Federal (BRASIL, 1988). A área de estudo, a cidade de Santa Maria, encontra-se localizada na região central do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, e pertencente à mesorregião Centro Ocidental Rio-Grandense. De acordo com o IBGE (2010), o município possui mais de 261 mil habitantes, com uma taxa de urbanização de 95%.

O trabalho foi organizado em quatro seções integradas, a saber: breve revisão de literatura através da qual foi possível definir o objetivo e os modos de expressão geográfica; os materiais e métodos, onde foram descritos os modos de operacionalização prática de pesquisa; a apresentação dos resultados e discussão, que foram realizadas integradamente e onde são descritos e analisados os principais resultados da pesquisa; considerações finais, onde são recapitulados os elementos essenciais da pesquisa.

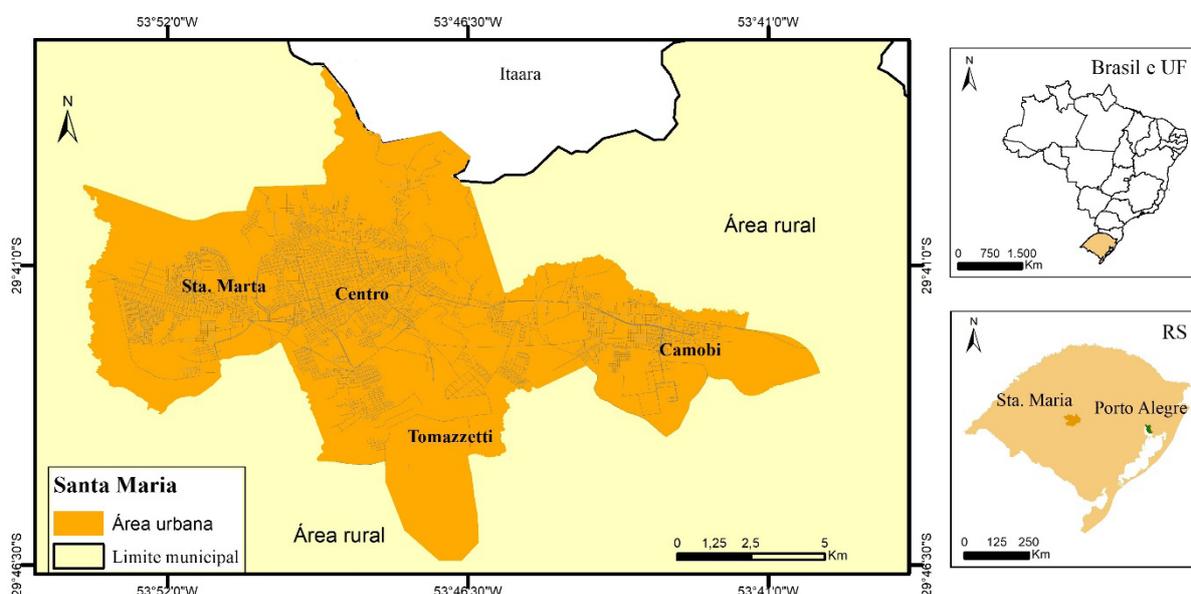
Materiais e métodos

A metodologia foi constituída em três seções, que compõe: i) pesquisa bibliográfica; ii) levantamento da base de dados; iii) modelagem e análise da base de dados. O levantamento bibliográfico foi constituído por fontes secundárias oficiais, com ênfase aos conceitos de Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família (ESF) e territorialização. A Geografia exerce importante

contribuição às questões relacionadas a saúde pública, entretanto, tornou-se fundamental ampliar a pesquisa bibliográfica para áreas como as ciências sociais e a epidemiologia. Para tanto, buscou-se conceitos-chaves, como também, abordagens relacionadas ao planejamento urbano, ao desenvolvimento territorial e às desigualdades socioespaciais.

A base de dados utilizada para a realização da pesquisa foi obtida na Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria (SMSSM), no setor do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS). A coleta desses dados realizou-se por meio do projeto de extensão “Implementação de tecnologia geográfica nas ações de planejamento e vigilância à saúde na cidade de Santa Maria”, sob coordenação do Núcleo de Pesquisa em Geografia da Saúde (NePeGS). O procedimento metodológico adotado tem como base o diálogo sistemático com as gestoras dos serviços de atenção básica e mapeamento dos territórios de atuação das Equipes Saúde da Família (ESF) e Equipes Agentes Comunitários de Saúde (EACS).

Figura 1: Localização da área de estudo, Santa Maria - RS



Fonte: Malha municipal do IBGE, 2010.

Além dessa base foram ainda utilizados os dados da plataforma digital do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o que possibilitou também obter as bases cartográficas em escala 1: 50000 em sistema de Projeção Cartográfica SIRGAS 2000 para a elaboração da cartografia temática. Para a realização da modelagem da base de dados obtidos no IBGE e SMSSM houve a inserção no Sistema de Informação Geográfica (SIG), por meio do Programa ArcGis da empresa Esri e, por fim, a análise dos dados. A análise em SIG possibilitou a realização de operações em estatística espacial e, posteriormente, a produção da cartografia temática para discussão.

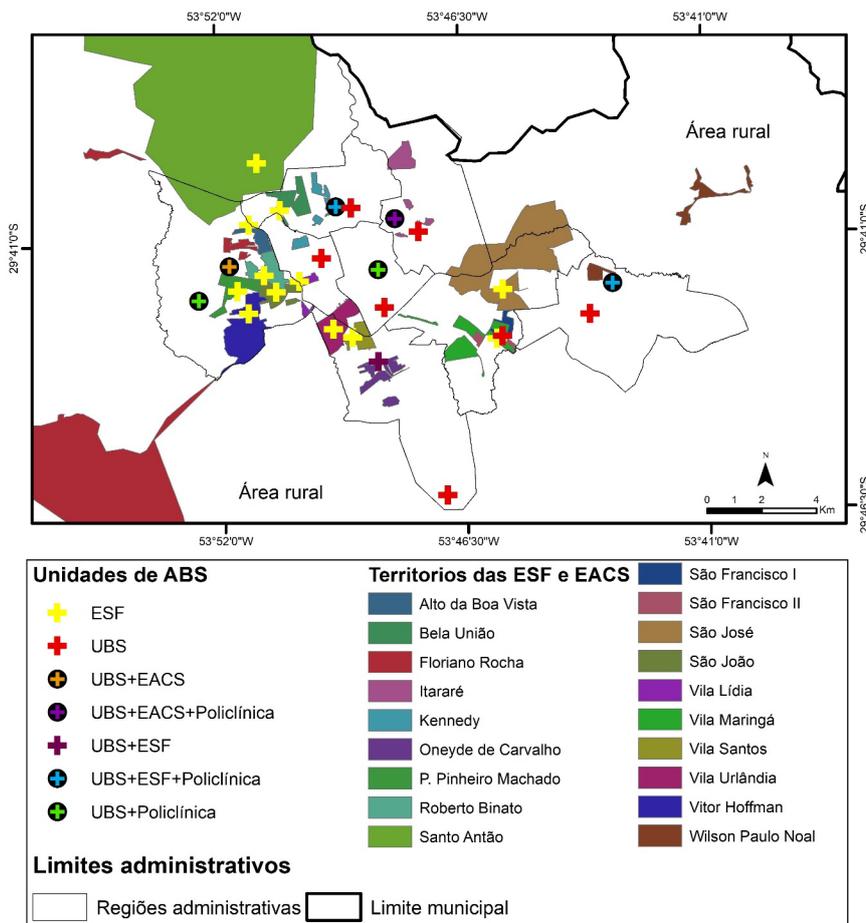
Resultados e discussões

A Atenção Primária à Saúde (APS) em Santa Maria é fragmentada em dois modelos assistenciais, a saber: a Estratégia Saúde da Família (ESF), em que o território é definido e organizado sob a dimensão da saúde da família; e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, sem território definido e organizado, para atender uma demanda sem adstrição de clientela. Os modelos estão em processo de transição, ou seja, ainda não houve a unificação do modelo assistencial para se transformar em ESF, conforme orienta a PNAB (BRASIL, 2017).

Santa Maria possui 14 UBS, que atendem a uma demanda sem controle de fluxos e sem referência territorial. Os serviços não possuem responsabilidade sanitária por um território definido, ou seja, consistem em portas de entrada “desterritorializadas” (FARIA, 2018). Dentre as 14 UBS tradicionais, somente 7 possuem função restrita à função de UBS tradicional. As demais

são fracionadas pela sobreposição de estruturas coexistentes e divididas. Cabe destacar que, em todos os casos os serviços compartilham a mesma estrutura física e, no entanto, funcionam de modo independente, com diferentes registros no Cadastro Nacional de Equipamentos de Saúde (CNES). Essa distribuição ocorre de modo a ter UBS+eSF (1 unidade), UBS+eACS (1 unidade) e UBS+Policlínica (2 unidades), por exemplo, não integram ações, somente dividem espaço. Há também casos em que três estruturas se sobrepõem, como as UBS+eSF+Policlínica (2 unidades) e UBS+eACS+Policlínica (1 unidade).

Figura 2: Distribuição das unidades de ABS na área urbana de Santa Maria, Rio Grande do Sul, e territórios de atuação das eSF e eACS em 2019.



Fonte: FARIA (2018), com atualizações.

Esse modelo tradicional possui muitas lacunas e impossibilita que se desenvolvam ações de promoção, visto que, os serviços têm um comportamento passivo frente à população (TOMASI et al, 2011). Os serviços de saúde encontram-se no território, no entanto, cabe ao usuário buscá-lo quando apresentar problemas de saúde. Desse modo, é necessário rever o modelo assistencial em vigor, como também, substituí-lo por um modelo que possibilite suprir as demandas e necessidades de saúde da população, de modo a investir em ações de prevenção e promoção da saúde, o que não ocorre com o modelo tradicional que tem um aspecto curativo no tratamento de doenças. Evidentemente que para consolidar a atenção básica, apenas a implantação da ESF no território não é suficiente para garantir a substituição do modelo assistencial anterior. Mas, sobretudo, é fundamental que a administração municipal priorize a atenção básica para que realmente ocorra a substituição do modelo tradicional e a efetivação dos pressupostos da atenção básica.

Já as ESF têm como característica atuar em territórios de saúde delimitados geograficamente, com cadastro populacional, para planejar e desenvolver ações em saúde. No entanto, a definição de território é extremamente complexa, pois segundo Barcellos e Rojas (2004), o território é consequência de acúmulos de fatos históricos, socioeconômicos, ambientais que irão ou

não, promover condições para a produção do processo saúde-doença. Outro fator importante a destacar são os perfis territoriais da população, pois observa-se que, para algumas equipes, não há uma separação entre o território urbano e o rural, ou seja, alguns territórios pertencem, simultaneamente, a área rural e urbana do município. Isso ocorre com as ESF São José (centro-leste), ESF Oneyde Carvalho (oeste) e ESF Victor Hoffmann (oeste), por exemplo.

É fundamental a territorialização da atenção básica de saúde para a organização dos serviços e ações de vigilância em saúde, visando a necessidade de saúde de cada população adstrita nos territórios. Isso permitirá à gestão municipal identificar tanto as populações mais carenciadas, como também, as populações expostas a graves problemas de saúde. De fato, isso é essencial para desenhar ações de promoção à saúde nos territórios. Uma vez que, as populações não são homogêneas, com lógicas de relações sociais, condições de vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde diferenciadas (SAVIAN e FARIA, 2017).

A fragmentação do modelo assistencial em saúde e a lógica hospitalocêntrica em Santa Maria, RS

A fragmentação em diversos modelos de atenção assinala que não houve ainda um processo consistente de substituição da atenção tradicional em relação a saúde da família em Santa Maria. Devido essa organização fragmentada, que é algo relativamente comum na maioria dos municípios brasileiros, foi apresentado, no ano de 2006, o Pacto pela Saúde, em Defesa do SUS e da Gestão (BRASIL, 2006), tendo como meta prioritária, a resolução da fragmentação da atenção básica, unificando, o que antes era fragmentado, em torno da Estratégia Saúde da Família (ESF) (FARIA, 2018).

Viana et al. (2008) lembra que existem limitações para a consolidação da ESF como modelo organizador da atenção básica à saúde, sobretudo, em grandes centros urbanos, devido a diversidade de outros modelos de atenção. Essa diversidade de modelos releva a manutenção histórica de modelos pré-SUS, que reporta-se ao modelo médico-assistencial privatista. E Santa Maria não foge a essa regra. Há uma multicoplidade de modelos de atenção, como pode ser observado (Figura 2).

A fragmentação em diversos modelos sugere lacunas na prestação dos cuidados de saúde, pois as unidades de saúde acabam se articulando através de um conjunto de ações isoladas e incomunicáveis entre si, e, por consequência, o serviço torna-se incapaz de cumprir os princípios da ABS, a saber: de ser porta de entrada, o primeiro contato do usuário com os sistemas de saúde; a longitudinalidade do contato entre o usuário e os serviços de saúde, ou seja, a existência de uma relação pessoal de longo período entre a unidade básica de saúde e seus profissionais e o usuário; a integralidade, um dos atributos mais complexos da atenção básica de se atingir, que prioriza as ações de promoção e prevenção, atenção em todos os níveis de complexidade da assistência; e a coordenação dos fluxos, que procura responder as necessidades de saúde dos usuários do sistema de modo integrado (MENDES, 2011).

Ao longo dos anos, em um lento processo, o modelo de UBS “tradicional” foram aos poucos substituídos pelo novo modelo de atenção. No entanto, a modalidade “tradicional” de atenção à saúde ainda permanece e a cobertura da ESF de Santa Maria representa uma cobertura média de 25,5% do território total do município (FARIA, 2018). Em comparação, a média de cobertura do serviço da saúde da família no Estado do Rio Grande do Sul é de 49,5% e do país, de 56,2% (MALTA et al, 2016). Portanto, a cobertura da saúde da família em Santa Maria é baixa e, por isso, os usuários dependem quase exclusivamente das UBS tradicionais. Afinal, a elas cabe a responsabilidade de atender as necessidades de saúde de mais de 70% da população santa-mariense.

De acordo com estudos de Righi (2009) o número ideal de unidades seria quarenta e quatro para atender a demanda da cobertura da ESF no município. Portanto, percebe-se que há uma cobertura deficiente e, em decorrência desse fato, a sobrecarga de algumas unidades de saúde, que atendem um número de usuários acima do especificado pelas diretrizes da PNAB (2017), que seria de, no máximo, 3.500 pessoas, adscritos em cada equipe de Saúde da Família. Essa sobrecarga

se estende também, aos pronto-atendimentos e hospitais do município.

A fragmentação do modelo de atenção de Santa Maria e, sobretudo, a manutenção do modelo tradicional médico-assistencial, será marcado por estrangulamentos e irresolutividade das redes de saúde do SUS, de maneira especial o abarrotamento dos hospitais. A partir de algumas pesquisas que abordam a satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), é possível perceber determinados problemas com os serviços prestados.

Schmidt et al. (2014) ao analisar o grau de satisfação dos usuários internados no pronto socorro de um hospital universitário da região central do Rio Grande do Sul, identificou que a maioria dos pacientes entrevistados era da zona urbana e oriundos de municípios próximos ao hospital. Nishijim, Cyrillo e Biasoto Junior (2010) atribuem ao fato da zona rural possuir baixo percentual de pessoas com planos de saúde e aos municípios não possuírem hospitais com o mesmo porte e número de especialidades, fatores que contribuem para a elevada procura do hospital por esses municípios vizinhos.

Essa elevada procura pelo atendimento no Hospital universitário evidencia uma fragilidade da Atenção Básica de saúde na cidade e nos municípios de seu entorno. Isso pôde ser percebido nos resultados da pesquisa de Schmidt et al. (2014), quando apresenta o elevado grau de insatisfação entre os pacientes em relação ao tempo de espera para atendimento, como também, aos aspectos relativos ao ambiente hospitalar relacionados à infraestrutura do hospital, como por exemplo, a falta de leitos. Muitos pacientes ficam internados no corredor aguardando a disponibilidade de uma vaga nos leitos do pronto atendimento.

A excessiva demanda por atendimento em serviços de emergência aponta a ineficiência do sistema de saúde em operacionalizar a sua proposta¹, uma vez que, esta procura retratar a dificuldade do usuário em acessar outros serviços de saúde, como os de atenção básica. Em decorrência dessa superlotação é inevitável a queda na qualidade dos serviços de saúde prestados (LUDWIG, 2003). Tais problemas poderiam ser resolvidos na atenção básica, entretanto, quando isso não ocorre o resultado é a superlotação de usuários em busca de atendimento nos hospitais.

Em pesquisa realizada por Casarotto et al. (2012), para compreender os motivos pelo qual a população busca a ABS na emergência de um hospital universitário do interior do Rio Grande do Sul, a autora afirma que, os usuários buscam a ABS mais próxima de sua residência, no entanto, deparam-se com uma baixa resolutividade, seguido pela ausência ou demora de um diagnóstico, o que os leva a optarem em buscar a porta que vai lhes proporcionar esse acesso, os serviços de emergência dos hospitais. Desse modo, percebe-se que o funcionamento da ABS ainda não consegue absorver e atender a necessidade de saúde da população em seu território, o que inevitavelmente acarretará na superlotação dos hospitais.

De fato, essa superlotação mostra que há algum problema na distribuição das redes de atenção no município de Santa Maria, o que leva conseqüentemente ao abarrotamento dos serviços de emergência, configurando assim um desafio prestar atendimento de qualidade à população. Os serviços de emergência dos hospitais ao serem usados como porta de entrada dos serviços de saúde tende a comprometer o atendimento aos usuários que realmente necessitam de urgência no atendimento. Para Gawryszewski; Oliveira e Gomes (2012) quando há um encaminhamento inadequado às necessidades de saúde do usuário, pode-se promover o agravamento na demora de marcação de consultas médicas com especialista e as longas filas de espera. Esse fato demonstra que a visão de um modelo hospitalocêntrico de saúde não está totalmente superada.

Ademais, tal situação demonstra que a população não está buscando ou recebendo atendimento nas unidades de ABS. Mendes (2011; 2015) afirma que a ABS enquanto primeiro nível de atenção à saúde pode solucionar até 80% das necessidades de saúde dos usuários, com uso de tecnologia de baixa complexidade e custo. E se isso não acontece é possível que a ABS não seja resolutiva no município, pois é estreita a porta de entrada do SUS em Santa Maria.

1 Um modelo em que todos os cidadãos, independente de sua condição socioeconômica, possuem o direito a acessar os serviços de saúde e receber cuidados que satisfaçam suas necessidades de maneira integral, em uma rede hierarquizada de acordo com a complexidade do atendimento.

Considerações finais

Nos últimos anos, parece haver um consenso na literatura mundial, sobre a importância da redução das iniquidades sociais e de saúde através da reorientação do modelo médico assistencial para um sistema universal e integrado de atenção à saúde. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) alcançou inúmeros progressos, porém, ainda são evidenciadas desigualdades em relação a população com os serviços de saúde. A PNAB busca unificar o sistema de saúde em um modelo de atenção básica baseado na Saúde de Família.

Sob essa dimensão, a Saúde da Família deve atuar, principalmente, com foco na prevenção de doenças, promoção de saúde e realização de procedimentos de baixa complexidade tecnológica. Esse modelo deve funcionar para atender uma população adstrita e geograficamente territorializada, sendo a porta de entrada do usuário no sistema de saúde. Quando isso não ocorre, a entrada e os fluxos ficam comprometidos e podem acontecer de qualquer lado do SUS, ou de um lado apenas, normalmente nos pronto-atendimentos e emergência de hospitais (FARIA, 2018). Esse fato evidencia que o modelo hospitalocêntrico ainda é muito presente nas cidades brasileiras. Não há o que contestar. E Santa Maria hoje, expressa o resultado da manutenção e da sobreposição de diferentes modelos de atenção.

Sem dúvidas, é um processo desafiador para a gestão municipal a implementação da Saúde da Família. Entre as possíveis causas das dificuldades enfrentadas no processo de consolidação da ESF e, conseqüentemente, da baixa cobertura assistencial em Santa Maria, podem-se assinalar as disfunções entre diferentes gestões municipais da saúde. De fato, a cada nova gestão municipal deriva uma nova equipe de governo e nem sempre há continuidade na política de planejamento entre esses governos. E ao longo de cada nova gestão municipal, percebe-se que Santa Maria não privilegiou a atenção básica como seu modelo de assistência em saúde, e por isso ela não cumpre, efetivamente, o seu papel. Fato expresso na sua cobertura assistencial, pouco mais de ¼ da sua população.

Os modelos assistenciais ou modelos de atenção em saúde são fundamentais para estruturar e atender a cada grupo populacional que, por sua vez, apresentam necessidades sociais e econômicas, historicamente definidas. Como assinala Paim (2012), é preciso averiguar qual a combinação de tecnologias e abordagens mais adequadas para solucionar os problemas de diferentes perfis epidemiológicos e socioeconômicos, para o atendimento integral das necessidades de saúde das populações, nos distintos territórios. Ao que nos parece, em Santa Maria, o modelo Saúde da Família, não é uma das opções estratégicas.

Referências

BARCELLOS, C.; ROJAS, L.I. 2004. O território e a Vigilância da Saúde. EPSJV: Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde - Proformar – Unidade de Aprendizagem I, Módulo III. Rio de Janeiro.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programas de Agentes Comunitários e Saúde da Família: PACS/PSE. Portaria n. 1886/GM, 18 de dezembro de 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 12 jan. 2019.

BRASIL. Portaria No 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2006; 29 mar.

CASAROTTO, M. et al. “Eu fui ao posto mais próximo...”: livre demanda do pronto socorro de um hospital universitário, 2012. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 4, n. 3,

p. 2712-2721. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750894013>. Acesso em: 06 fev. 2019.

FARIA, R. M. A Territorialização da Atenção Primária à Saúde do SUS: avaliação dos resultados práticos implementados numa cidade da região sul do Brasil. *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, [s.l.], v. 29, n. 14, p.89-104, 9 out. 2018. EDUFU - Editora da Universidade Federal de Uberlândia. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/viewFile/44129/24217>. Acesso em: 12 jan. 2019.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1869-1878, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000601869&script=sci_abstract. Acesso em: 10 jan. 2019.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T.. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 22, p.119-140, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a07.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2019.

LUDWIG, M. L. M.; BONILHA, A. L. L. O contexto de um serviço de emergência: com a palavra, o usuário. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília (DF), v. 56, n. 1, p. 12-17, 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672003000100003>. Acesso em: 04 fev. 2019.

MALTA, D. C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232016000200327&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 19 jan. 2019.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2011.

MENDES, E. V. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2017.

NISHIJIMA, M.; CYRILLO, D.C.; BIASOTO JUNIOR, G. Análise econômica da interação entre a infraestrutura da saúde pública e privada no Brasil. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 19, n. 3, 2010, p. 589-611. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ecos/v19n3/07.pdf>. Acesso em: 05 Fev. 2019.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (Org). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 547- 573.

RIGHI, A. W. Avaliação da qualidade em serviços públicos de saúde: o caso da Estratégia Saúde da Família. 2007. 146 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2009.

SAVIAN, P. S.; FARIA, R. M. Territórios da saúde: processo de territorialização das estratégias saúde da família (ESF), na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. In: II Congresso Internacional de Geografía Urbana, 2017, Lújan. ACTAS DEL II CONGRESO INTERNACIONAL DE GEOGRAFÍA URBANA. Lújan: Universidad Nacional de Lújan, 2018. p. 271 - 284. Disponível em: <http://congresogeografiau.wixsite.com/cgeourbana/actas-del-ii-cigu>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SCHMIDT, S. M. S.; MÜLLER, F. M.; SANTOS, E.; CERETTA, P. S.; GARLET, V.; SCHMIDT, S. Análise da satisfação dos usuários em um hospital universitário. *Saúde Debate*, v. 38, n. 101. P. 305-317, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042014000200305&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 04 Fev. 2019.

TOMASI, E. et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões

Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 16, n. 11. p. 4395-4404, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200012>. Acesso em: 12 dez. 2018.

VIANA, A. L. D et al. Atenção básica e dinâmica urbana em grandes municípios paulistas. *Cad Saúde Pública*, 2008, vol.24, suppl.1, pp.s79-s90. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001300013&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 jan. 2019.

A REGIONALIZAÇÃO NA SAÚDE: DO CONCEITO GEOGRÁFICO À PRÁTICA POLÍTICA

THE HEALTH REGIONALITION: SINCE THE GEOGRAPHICAL CONCEPTION TO THE POLITICAL PRACTICE

José Roberto Henrique Souza Soares
Universidade Federal de Pernambuco
henrq2010@hotmail.com

Anselmo César Vasconcelos Bezerra
Instituto Federal de Pernambuco (IFPE)

Alcindo José de Sá
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

ABSTRACT: It is investigated in this paper how the concept of region has been used in public health policies in Brazil, through the strategy of health regionalization. The objective was to discuss the concepts of region and regionalization in Geography, as well, it is analyzed historically how the implementation process of the regionalization policies was adopted by the Brazilian Unified Health System. In this meaning, was used as a methodological contribution the bibliographical research and the documentary survey, we seek to describe how geographic theory about region was applied to plan and organize the regionalization process of the health in the country. This process is fundamental to ensure universal and equal access to the population in a decentralized and efficient manner, so over the years guidelines have been established for the implementation of health care regions and networks. However, these regions still show numerous obstacles difficulting the success of the health regionalization politics in Brazil.

KEYWORDS: Region; Health Regionalization; Public Policies

Os conceitos geográficos, conforme destacam Castro, Gomes e Corrêa (2000), são resultados da interação do homem com os próprios homens e com o meio em que habitam num determinado período da história. Assim, as regiões se constituem como a área de ação de um grupo específico com interesses similares. Haesbaert (2010) ainda destaca que a região, como categoria de análise surge da necessidade do ser humano em um período no qual a universalização já não mais explica os diversos fenômenos que ocorrem nas diferentes escalas.

Nesta perspectiva, este trabalho busca compreender como o conceito de região tem sido utilizado nas políticas públicas de saúde do Brasil através do processo de regionalização da saúde. Assim, é elucidado epistemologicamente os conceitos de região e regionalização na Geografia, bem como, analisa-se histórica e politicamente como ocorreu o processo de implantação da política de regionalização adota pelo Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Sob estas duas perspectivas podemos compreender como a Geografia desempenha um papel singular na estruturação e planejamento das políticas que visam atender a sociedade de maneira igualitária e justa.

Para a construção do texto, utilizou-se de uma pesquisa bibliográfica e documental, de tal forma que o trabalho está estruturado em duas partes. Na primeira são destacados os conceitos de região e regionalização, com base nas discussões realizadas no contexto da Geografia. E na segunda sessão, destaca-se o uso destes conceitos na política de saúde implantada pelo SUS, através da descrição das leis e estratégias utilizadas para a organização espacial da regionalização

da saúde. Busca-se assim, destacar as contribuições que o pensamento em torno da região pode desempenhar para o melhoramento do processo de regionalização da saúde do país.

2 A Região Geográfica e a Regionalização da Saúde

A região foi pensada inicialmente como outras nomenclaturas e até despercebidamente desde períodos anteriores a estruturação da ciência geográfica, almejando compreender as diferenciações espaciais, que se constituem como fragmentos da totalidade presentes na superfície terrestre. Na Grécia antiga já existiam estudos que buscavam compreender as diferenciações e contrastes desta superfície, sendo denominados como estudos corográficos. De acordo com Lencione (2003), foram os gregos que realizaram a primeira regionalização da Terra, através de um método que valorizava as características naturais. Ainda para Lencione (2003), foi com Estrabão, por volta dos anos 60 a.C., que passou-se a desenvolver estudos almejando identificar as diferenciações espaciais que compõem o espaço terrestre.

A sistematização de uma Geografia Regional começou a se desenvolver no século XX, tanto na Europa quanto nos Estados Unidos. Duarte (1980) destaca que foram três os principais autores que elaboraram as primeiras definições de cunho mais teórico sobre o fenômeno regional: Alfred Hettner, na Alemanha, Vidal de la Blache, na França, e A. J. Herbertson, na Grã-Bretanha. Com base no pensamento Neokantiano que passou a se desenvolver na Europa, Lencione (2003) afirma que a Geografia passou a ser compreendida como uma ciência que estudava objetos de investigação com características nomotéticas e ao mesmo tempo idiográficas. Conforme Contel (2015), foi com base nesta concepção que La Blache elaborou o método utilizado nas monografias regionais que se desenvolveram fortemente na França, constituídas pela valorização dos gêneros de vida e das paisagens.

Dessa forma a região adquire relevância singular por se tratar de um conceito que visa, de acordo com Haesbaert (2010), conceber análises e propostas integradoras. De tal forma, esse conceito se constitui como um fenômeno além da diferenciação física entre os espaços, possuindo características que o torna um fato e ao mesmo tempo uma realidade artificial em que as relações de poder se manifestam.

Nesse sentido, compreende-se a região “não simplesmente como um ‘fato’ (concreto), um ‘artifício’ (teórico) ou um instrumento de ação, mas da região como um “artefato”, tomada na imbricação entre fato e artifício e, de certo modo, também, enquanto ferramenta política”. (HAESBAERT, 2010. p. 109). Tal conceito se constitui como uma estratégia para a organização dos espaços e implicação das relações de poder sobre o território. No sentido de organização política, podemos compreender a utilização das regiões por meio dos processos de regionalização.

A desarticulação dos espaços, e as dinâmicas de alterações do mesmo, tem sido algumas das principais estratégias utilizadas nos últimos anos para a implantação de sistemas regionais, dando margem a uma regionalização contrária aos interesses locais. Para Haesbaert (2010), todo este processo é pautado por meio da busca de funcionalização, controle, precarização e exclusão territorial, visando apenas o interesse de grupos minoritários que se mantem no poder e dominam o capital. Desta maneira é comum percebermos diversos níveis de complexidade determinando cada região, com seus tipos e formatos muito específicos.

Para Vesentini (2012), existem três concepções analíticas e metodológicas distintas e possíveis para compreendermos os fenômenos regionais, as quais o autor preferiu chamar de registros. Desta forma, a região pode ser compreendida inicialmente como tradicional, por meio da definição desenvolvida durante muitos séculos na Geografia e que teve como principal precursor o francês Vidal de La Blache. Este primeiro registro compreende a região como algo natural, definido por determinadas ocupações humanas em partes específicas do espaço geográfico. O segundo registro é definido pelo autor como moderno, que se constitui pela divisão inter-regional do trabalho, dando ênfase a economia e sua capacidade de dinamização dos espaços, com forte tendência marxista. De outra forma, o terceiro registro de percepção das regiões parte do pressuposto que as mesmas são construídas em função de interesses materiais e ideológicos de

alguns, poucos, grupos dominantes. Esta última concepção é definida como pós-moderna e tem sua base fundamentada nas perspectivas foucaultianas.

A complexidade que existe por trás da questão regional, conforme destaca Contel (2015) se dá pela amplitude de uso do termo, sendo comum o uso sistemático nas diversas áreas do conhecimento como na biologia, na antropologia, na psicologia, na sociologia, na administração pública, na história e na economia. Cada ciência propondo definições próprias e significados adequados ao seu objeto específico, variando na aplicação, mas que na essência do termo permanecem com o mesmo sentido. Com relação ao campo da Saúde Pública, este conceito é imprescindível para se pensar de forma organizada e descentralizada a territorialização do SUS.

Neste sentido, existem três possíveis caminhos para entender a interface entre região/regionalização e a saúde de acordo com Contel (2015). O primeiro se dá pelo resgate crítico de conceitos ligados a relação entre o homem e o meio na atual fase da transição epidemiológica. O segundo caminho decorre da releitura da geografia das redes urbanas como elemento para se pensar as atuais Redes de Atenção à Saúde (RAS) e para o uso do complexo industrial da saúde como mecanismo de desenvolvimento regional. E por fim, o terceiro caminho, se dá pela utilização dos conceitos de região e regionalização para enfatizar os aspectos materiais e imateriais que formam as regiões no atual período da globalização. Estes caminhos se constituem como estratégia de organização político-territorial, que visam garantir a eficácia dos serviços disponibilizados pelo SUS.

3 A Regionalização na Organização Espacial da Política de Saúde do Brasil

A partir da Constituição de 1988, conforme destaca Amaral Filho (2008), o país passou a experimentar um período maior de descentralização, impulsionada pela própria carta constituinte, além de garantir autonomia aos municípios no mesmo nível dos estados e da federação. Tal constituição em seu artigo 198 define que as ações e serviços de saúde devem ser organizados por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizada por meio de diretrizes, das quais se destacam a descentralização, integralidade e participação comunitária. Dessa forma, a organização política dos serviços de saúde no Brasil desde sua oficialização na Constituição Federal, se organiza espacialmente por meio de redes e regiões.

Assim, a regionalização foi sendo utilizada como uma diretriz operacional das políticas nacionais de saúde, que se consolidou, de acordo com Guimarães (2015) pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) SUS 01/2001 (Portaria MS/GM n. 95. Diário Oficial da União 2001; 29 jan) e reafirmada pela NOAS-SUS 01/2002, estabelecendo os níveis e prioridades dos estados subdivididos em regiões e microrregiões definidas no Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR). Este documento visa garantir a equidade e funcionalidade dos sistemas de saúde públicos do Brasil através da descentralização e integração regional.

Como consequência destas NOAS em 2006 foram estabelecidas diretrizes para a Gestão do SUS, através do Pacto de Gestão, oficializado pela portaria GM/MS n.399/2006, que ficou conhecido como Pacto pela Saúde, constituindo-se como uma estratégia de reestruturação institucional do SUS. A partir deste avanço, de acordo com Viana et. al. (2017), foi estabelecido o Pacto pela Saúde, que inovou principalmente por sugerir o estabelecimento de fóruns intergovernamentais, em que se buscou a negociação e pactuação entre gestores e a definição do papel das redes assistências, gerando assim uma maior formalização da política.

Nesta perspectiva, Viana et al. (2018) consideram a política de regionalização em saúde a partir de dois momentos distintos. Para eles, esta política apresenta um primeiro período que vai de 1988 até 2000, em que prevaleceu a descentralização para os entes subnacionais de governo, com protagonismo da esfera municipal. E um segundo ciclo que se inicia nos anos 2000 e perdura até os dias atuais, neste período deu-se início ao processo de construção de Regiões de Saúde e das RAS. Esta segunda fase se intensificou ainda mais no ano de 2006, com a instalação do Pacto pela Saúde, os investimentos, retrocessos e as estratégias políticas para o desenvolvimento da política de saúde a partir deste ano, podem ser analisados no Quadro 1.

Quadro 1 – Diferentes Fases do Processo de Regionalização no Brasil, 2006 até 2018

Características do Período Nacional	Desenvolvimento Regional e Superávit Fiscal	Desenvolvimento Regional e Superávit Fiscal	Crise Fiscal e Mudança na Política Econômica (2015 a 2016)	Ruptura institucional Crise Fiscal e Crise econômica (2016 até 2018)
Marcos da Política de Regionalização	<p>Pacto Pela Saúde (2006 a 2010)</p> <p>Portaria 4279/2010 que cria as Redes de Atenção do SUS</p> <p>Regionalização e redes com emergência do planejamento regional Instância de cooperação e pactuação intergovernamental (CGR)</p>	<p>Decreto 7508/2011</p> <p>Lei 141/2012</p> <p>Regionalização e redes com emergência do planejamento regional Instância de cooperação e pactuação intergovernamental (CGR)</p> <p>Instrumento Formal de Pactuação COAP</p> <p>Institucionalização no âmbito do SUS das redes de atenção (RUE, cegonha, RAPS, RCPD e crônicos)</p>	<p>Mesma Diretriz sem inovação</p> <p>EC 86/2015 (vinculação de Dispensa à RCL) alterou o modelo proposto pela EC 29/2000 (vinculação da despesa ao PIB), forma impositiva as emendas parlamentares incluindo como despesa em saúde</p> <p>Lei 13.097/2015 que trata da participação das empresas estrangeiras</p> <p>Mudança no Modelo de Investimento das redes de atenção – emendas parlamentares (Cartilha para elaboração de propostas ao MS)</p>	<p>Mesma Diretriz sem inovação</p> <p>Projeto SUS Legal aprovado na CIT em 27 de janeiro de 2017, que prevê mudança no modelo de transferência de recursos fundo a fundo; dos blocos de atenção para as modalidades de custeio e investimento</p>
Ministros da Saúde do período	Humberto Costa (2003 a 2005), José Saraiva Felipe (2005 a 2006), José Agenor Álvares da Silva (2006 a 2007) e José Gomes Temporão (2007 a 2010)	Alexandre Padilha (2011 a 2014)	Arthur Chioro (2014 a 2015) e Marcelo Castro (2015 a 2016)	Ricardo Barros (2016 até 2018)
Fóruns e Características do processo de negociação	Negociação CIT, CONASS e CONASEMS, com conflitos mais abertos e discutidos	Negociação CIT, CONASS e CONASEMS, com conflitos mais abertos e discutidos	Pouco uso dos espaços de negociação e pactuação	Uso dos espaços de negociação para alteração da modalidade de repasse (Projeto SUS Legal) ¹

¹ **Projeto SUS legal** – proposta aprovada na reunião de CIT realizada em 27 de janeiro, o qual prevê mudanças na modalidade de transferência. O objetivo do governo federal é assegurar o cumprimento da legislação que rege o Sistema Único de Saúde (SUS), mas ainda não há prazo determinado para as alterações começarem a valer e foi criado um grupo de trabalho para apresentar uma proposta de implantação para a Comissão Intergestores Tripartite (Composta pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde (Conasems) e para o Conselho Nacional de Saúde, que irão avaliar e definir os próximos passos.

Financiamento das esferas de governo ²	Aumento das transferências da União para estados e municípios, redução relativa da participação da União e aumento da participação do estado e municípios.	Aumento das transferências da união para estados e municípios, redução relativa da participação da União e aumento da participação de estados e municípios; aumento do investimento na APS (construção, reforma e ampliação da UBS) e dos gastos com MAC	Contingenciamento do orçamento da União, aumento da despesa com MAC; redução dos gastos de Estados, com cumprimento das exigências mínimas legais (12% da receita corrente bruta) e aumento dos gastos municipais.	Contingenciamento dos gastos com saúde por parte das três esferas de governo. E instituição da EC 95/2016 com limitação das despesas primárias por 20 anos no nível federal, incluindo saúde
Gasto por nível de assistência	Aumento do gasto com atenção básica, média e alta complexidade	Aumento do gasto com atenção básica, média e alta complexidade	Aumento do gasto com média e alta complexidade	Aumento do gasto com média e alta complexidade
Investimento	Investimento em novos equipamentos pelo nível federal e por alguns estados	Investimento de novos equipamentos pelo nível federal e por alguns estados	Desaceleração dos investimentos federais	Desaceleração dos investimentos federais e estaduais
Características do processo de contratação indireta	Contratação indireta e empresariamento restrito do ponto de vista nacional	Contratação indireta e empresariamento médio do ponto de vista nacional	Incremento da contratação indireta e do empresariamento	Incremento da contratação indireta e do empresariamento forte nos estados e municípios
Atores	CONASS e CONASEMS	CONASS, CONASEMS, prestadores de serviços de saúde e empresários ligados ao Complexo Médico da Saúde	Prestadores de serviços de saúde e empresários ligados ao Complexo Médico da Saúde	Prestadores de serviços de saúde e empresários ligados ao Complexo Médico da Saúde CONASS e CONASEMS (intensa discussão na mudança para as novas modalidades de repasses)
Resultados	Não avanço no pacto das redes regionais	Não avanço ao COAP	Incipiência na implantação das redes de atenção	Estagnação dos processos de regionalização e de implantação das redes de atenção

Fonte: VIANA, et al. 2017. p. 17-18. Adaptado.

Conforme demonstrado no Quadro 1, a partir de 2006 a estratégia de regionalização na saúde foi implementada com maior articulação no cenário nacional. Desde o Pacto pela Saúde, ocorreram muitos avanços e posteriores retrocessos nas políticas de saúde do país, oriundos de uma conjuntura política, conforme Gallego (2018), golpeada e fragilizada que o Brasil tem

2 Financiamento: De acordo com os textos, PLOA de 2016 houve redução do orçamento para Atenção Básica e aumento do destinado à Média e Alta Complexidade (MAC) (SANTOS, DELDUQUE e ALVES, 2016); de 1995 a 2014 o gasto do Ministério da Saúde manteve-se em torno de 1,7% do PIB (MENDES, 2011); participação relativa da União vem crescendo, saindo de 72% em 1993 para 42% em 2013 (CONASS, 2015). No período de 2000 a 2012 a participação relativa da União apresentou queda de 23,3%; em 2012 estados e municípios juntos financiamento majoritário; 2000: União 58,20%. Estados 20,20% e Municípios 21,20%; 2010: União 44,97%, Estados 27,77% e Municípios 28,26%; 2012: União 45,80%, Estados 25,31% e Municípios 28,89% (SOARES e SANTOS, 2014). Em 2014, 45,7% do investimento do MS foi destinado a construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas; as transferências aumentaram para estados e municípios de 2009 a 2014, mas a participação nos gastos caiu de 53% em 2009 para 48% em 2014. Os gastos relativos à MAC aumentaram 59% entre 2009 e 2014 (BRASIL, 2014)

enfrentado na década recente. Como pode ser observado, a paralisia de inovações na política de regionalização, o crescimento da contratação indireta, por municípios e estado e o avanço de participação dos atores ligados aos segmentos prestadores e industriais da saúde na discussão e definição dos rumos da política de saúde, são alguns dos entraves mais marcantes que a política de regionalização têm enfrentado.

Como diretriz do SUS e eixo estruturante do Pacto de Gestão, a regionalização apresenta como objetivos essenciais, de acordo com Brasil (2011), a garantia do acesso, resolutividade e qualidade das ações e serviços de saúde que ultrapassem a escala municipal de complexidade estabelecida pelo SUS. Visa ainda, reduzir as desigualdades sociais e territoriais, promovendo assim a garantia e equidade do direito à saúde, além de fomentar a integralidade na atenção à saúde, por meio das RAS. São também funções da regionalização, potencializar o processo de descentralização, gerando maior autonomia entre os estados e municípios e racionalizar os gastos, com vistas a otimizar os recursos empenhando-os em ações de escala regional.

Com estas finalidades, as regiões de saúde se firmaram a partir do Decreto Federal 7.508 de 28 de junho 2011 que determina as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e o funcionamento dos serviços. Em seu artigo 2º, este decreto considera a Região de Saúde como o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011. p. 01).

Estas regiões surgem como uma necessidade presente na operacionalização do SUS enquanto política pública em nível nacional. A obrigatoriedade se torna ainda mais intensa, “em razão da necessidade de se integrar o que a descentralização por si supostamente fracionou sob o ponto de vista técnico, operativo e organizacional” (SANTOS, 2014. p. 2). As regiões surgem no SUS para organizar melhor o acesso aos serviços a partir dos contextos locais, operacionalizando a descentralização.

Para Viana et. al. (2015) o resultado da fragmentação das ofertas e serviços que é proporcionada pela instalação das Regiões de Saúde e das RAS, se dá pela capacidade de oferta, da decisão e do planejamento das ações e serviços de saúde. O sistema torna-se fragmentado segundo diferentes lógicas organizadas em pequenos espaços decisórios muito marcados pelos interesses locais, em detrimento de uma ação pautada pelos princípios da universalidade e equidade. Estes princípios unem e distanciam ao mesmo tempo as práticas de saúde dos diversos locais do país.

A equidade de oportunidades dos serviços de saúde prestados à população deve ser uma condição essencial no SUS. Guimarães (2005) afirma que o maior desafio a ser enfrentado nesta busca de regiões de saúde igualitárias são as disparidades e a falta de comunicação entre os integrantes desta rede nacional, fazendo com que cada ator se articule formando redes isoladas entre si, constituindo na realidade “uma trama multifacetada, com diversos níveis de matizes e modalidades de circulação, distribuição e consumo, inexplicáveis num único nível escalar” (GUIMARÃES, 2005 p. 1024). Assim é necessária uma outra regionalização da saúde no país, que considere de maneira integral as necessidades básicas de cada realidade territorial do país.

Entre os desafios mais urgentes do SUS estão à ampliação do acesso e a adequação dos serviços ofertados. Conforme destaca Brasil (2011), a organização de regiões e redes de atenção à saúde tem sido a estratégia de regionalização privilegiada nos últimos anos para superar esses desafios. No entanto, 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.

4 Considerações Finais

Compreender como os conceitos geográficos são aplicados na prática, não é uma tarefa simples. Cada conceito pode apresentar variedades de interpretações e aplicabilidades dependendo

da escola e temporalidade em que esta tenha sido pensada. De tal modo acontece com o conceito de região, que é utilizado com várias interpretações por muitas ciências. Assim, compreender o que é a Geografia e qual sua finalidade no mundo se torna uma atividade exaustiva e ao mesmo tempo prazerosa, tendo em vista que esta filosofia do espaço é sempre utilizada mesmo que inconscientemente.

A estratégia de organização espacial da saúde no Brasil é um exemplo claro de como os conceitos geográficos apresentam funcionalidade para a vida em sociedade. Defendida desde a Constituição Federal, em 1988, a regionalização dos serviços de saúde se apresenta como uma tentativa de buscar a equidade e integralidade dos serviços de saúde para a população brasileira. E posteriormente com a implantação de outras Leis e emendas constitucionais, tal estratégia foi sendo valorizada e ampliada, passando a organizar a política pública de Saúde em forma de redes e regiões.

As políticas de saúde no Brasil passaram por transformações e adaptações ao longo dos anos que auxiliaram a melhorar as condições de acesso e distribuição dos serviços no território nacional. No entanto, o segundo ciclo político de organização do SUS, que consideramos dos anos 2000 até os dias atuais, não apresentou a potência política do primeiro período, justamente porque não proporcionou uma base política de sustentação com força capaz de redefinir ações, engajar agentes e incentivar parcerias institucionais de diferentes tipos e natureza.

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. Muito ainda precisa ser melhorado para que o acesso aos serviços de saúde pública ocorra de maneira igualitária entre toda população do país. As regiões de saúde precisam ser concebidas de maneira integradora sendo capazes de atender as necessidades básicas de atenção à saúde da população. A descentralização dos serviços, a independência operativa e financeira e a centralização federal, constituem-se como entraves de difícil gestão, tornando esta abordagem insuficiente administrativamente na realidade local de cada ente federado.

REFERÊNCIAS

AMARAL FILHO, J. Federalismo e Recentralização fiscal-financeira no Brasil. In Anais do 41ª Jornadas Internacionales de Finanzas Públicas, Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Nacional de Córdoba, República Argentina. setembro de 2008. pp. 1-25.

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

_____. Tribunal de Contas da União (TCU). Saúde/ Tribunal de Contas da União. Brasília: TCU, 2014. 248p. (Relatório Sistêmico de Fiscalização).

CASTRO, I. E.; GOMES, P. C. C.; CORRÊA, R. L. Geografia: conceitos e temas. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2000.

CONASS. Carta à nação. João Pessoa – PB, 10 de junho de 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/carta-a-nacao/>. Acesso em 12 de janeiro de 2019.

CONTEL, F. B. Os conceitos de região e regionalização: aspectos de sua evolução e possíveis usos para a regionalização da saúde. In Saúde Sociedade, São Paulo. v.24, n.2. 2015. pp. 447-460.

DUARTE, A. C. Regionalização: considerações metodológicas. In Boletim de Geografia Teórica, Rio Claro, v. 10, n. 20, p. 5-32, 1980.

GALLEGO, E. S. (Org.). O ódio como política: a reinvenção das direitas no Brasil. São Paulo: Boitempo. 2018.

GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. In Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4. jul-ago, 2005. pp. 1017-1025.

_____. Geografia da saúde: categorias, conceitos e escalas. In Saúde: fundamentos de Geografia humana. São Paulo: Editora UNESP, 2015, pp. 79-97

HAESBAERT, R. Regional-global: dilemas da região e da regionalização na geografia contemporânea. Rio De Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

LENCIONI, S. Região e Geografia. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

SANTOS, L. SUS: a região de saúde é o caminho. In Boletim de Direito Municipal. [S.I.]. Editora NDJ. 2014.

SANTOS, A. O.; DELDUQUE, M. C.; ALVES, S. M. C. Os três poderes do Estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015. In Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, 2016. pp. 1- 3.

SOARES, A.; SANTOS, N. R. Financiamento do SUS nos governos FHC, Lula e Dilma. In Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 38, n 100, jan-mar 2014 p. 18-25.

VESENTINI, J. W. O conceito de região em três registros. Exemplificando com o Nordeste brasileiro. In Confins. Revue franco-brésilienne de géographie/Revista franco-brasilera de Geografia, n. 14, 2012. pp. 1-11. DOI: [10.4000/confins.7377](https://doi.org/10.4000/confins.7377)

VIANA, A. L. A.; BOUSQUAT, A.; PEREIRA, A. P. C. M.; UCHIMURA, L. Y. T.; ALBUQUERQUE, M. V.; MOTA, P. H. S.; DEMARZO, M. M. P.; FERREIRA, M. P. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. In Saúde e Sociedade, São Paulo. vol. 24, n. 2. 2015. p. 413-422.

VIANA, A. L. A; FERREIRA, M. P.; CUTRIM, M. A. B; FUSARO, E. R.; SOUZA, M. R.; MOURÃO, L.; CHANCHARULO, A. P.; MOTA, P. H. S. Política de regionalização do SUS em debate: avanços e impasses da implementação das regiões e redes no Brasil. Novos Caminhos, n.15. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. 2017. Disponível em: www.regiaoeredes.com.br. Acesso em 10 de janeiro de 2019.

VIANA, A. L. A; BOUSQUAT, A; MELO, G. A.; NEGRI FILHO, A.; MEDINA, M. G.; Regionalização e Redes de Saúde. In Ciência & Saúde Coletiva. [S.I.] V. 23, n. 6. 2018. pp. 1791-1798.

DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) PARA TRATAMENTO DE CÂNCER NAS MICRORREGIÕES DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2008-2016

SPACE DISTRIBUTION OF HOSPITAL INSTRUMENTS BY THE SINGLE HEALTH SYSTEM (SUS) FOR CANCER TREATMENT IN THE MINAS GERAIS HEALTH MICROREGIONS, 2008-2016

Marcelo Luiz dos Santos

Mestre em Sistemas de Informação e Gestão do Conhecimento - Universidade FUMEC - MG
Professor Faculdade Pitágoras. MG
marcelomls@hotmail.com

Leônidas Conceição Barroso

Doutor em Informática - PUC Rio
Professor aposentado da Universidade Federal de Minas Gerais
leonidasbarroso1@gmail.com

ABSTRACT: The main objective of this article is to analyze the geographic distribution of people hospitalized at SUS Hospitals for the treatment of cancer - Malignant Neoplasms (Tumors) throughout the state of Minas Gerais from 2008 to 2016. With data collected from the Ministry of health, we analyzed the municipalities of hospitalization and municipalities of residence of the patients and generated maps with the results. The results obtained through this study found a discrepancy between the volume of hospital admissions and cancer incidence in each state, with the main center of hospitalizations being the Health Microregion, where the city of Belo Horizonte is located. The central, southern and southeastern macro-regions with the highest number of hospitalizations in their municipalities are noteworthy. The northern region of the state had the lowest rate of people hospitalized for the disease.

KEYWORDS: Treatment of Cancer. Hospital admissions. Spatial distribution. Microregion of Health.

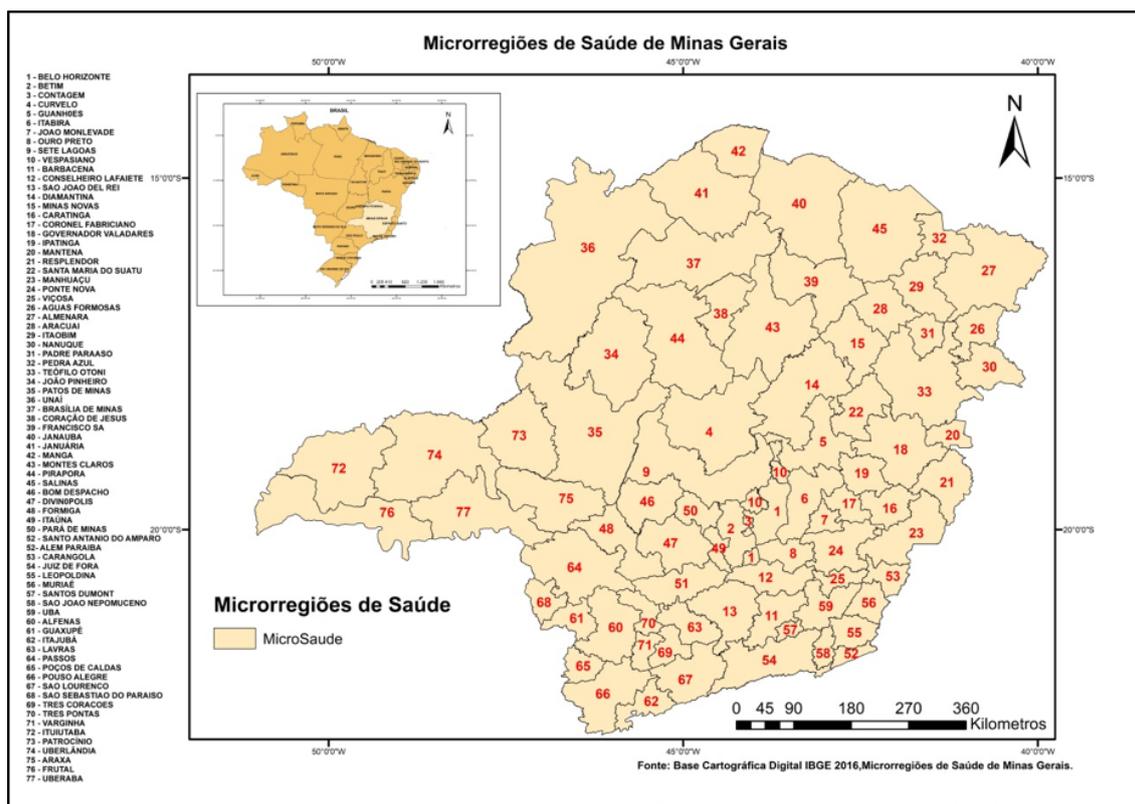
O câncer ou as neoplasias malignas representam um conjunto que contém mais de 100 doenças. E por serem considerados doença e agravo não transmissíveis (DANT), são estudados no mundo todo. Em ambos aspectos, apresentam o aumento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos e que podem espalhar-se (metástase) para outras partes do corpo [1].

O câncer é um problema de saúde pública em todo o mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, em 2020, globalmente, mais de 15 milhões de pessoas terão a doença e 10 milhões morrerão a cada ano. [2]

Neste trabalho apresentam-se como foram distribuídas nas microrregiões de saúde do estado de Minas Gerais (MRS), durante o período de 2008 a 2016, as incidências e as internações dos casos de neoplasias malignas (tumores) de acordo com a Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10^a. Revisão (CID10) da Organização Mundial da Saúde [3]. No mapa1 estão representadas as 77 microrregiões de saúde.

São analisadas: a) as incidências de câncer nas microrregiões de saúde de Minas Gerais, no período de 2008 a 2016; b) as internações para tratamento de neoplasias malignas (tumores) conforme município de internação; c) a incidência de neoplasias malignas (tumores) em pacientes

de acordo com seu município de origem.



Mapa 1 – Microrregiões de Saúde de Minas Gerais.

Fonte: Marcelo Santos de IBGE (2016).

REFERENCIAL TEÓRICO

Grande parte das variáveis indicadoras da qualidade de vida, saúde e ambiente é localizável no espaço; o geoprocessamento se impõe como ferramenta de organização e análise de dados, particularmente através de uma de suas vertentes, o Sistema de Informações Geográficas (SIG). [4]

Com a constante e crescente evolução da tecnologia da informação em todos os segmentos, as informações geográficas se transformaram em digitais e se pode extrair um conjunto significativo de informações. E grande parte das informações obtidas está acoplada de sua visualização em mapas. [5]

A teoria do lugar central (TLC), criada por Christaller em 1933, tem como argumento principal a centralização e entende o espaço organizado em torno de um núcleo urbano principal como o lugar central. A região complementar apresenta uma relação de dependência com o núcleo principal, em que ele é o ponto que oferta bens e serviços urbanos. [6]

Quanto maior o deslocamento de pacientes, menor seria a capacidade de atender local ou regionalmente essa população. O grande objetivo da regionalização é aumentar o acesso ao SUS, organizando fluxos intermunicipais pouco administrados e entendidos, regulamentando o papel dos estados e municípios no planejamento e coordenação. [7]

Para produzir informação é necessária a coleta de dados. No contexto de dados espaciais são existentes em três dimensões: Os dados temporais, ou seja, quando aconteceu o fenômeno, os dados temáticos, que explicam o quê aconteceu, e os dados pertencentes ao espaço, que responde à pergunta onde, ou lugar onde aconteceu o fenômeno. [8]

A análise espacial pode ser definida como um conjunto de técnicas que busca descrever os padrões existentes nos dados espaciais e estabelecer, preferencialmente de forma quantitativa, os relacionamentos entre os atributos, conforme a conexão existente entre as diversas variáveis

geográficas. [9]

Segundo Giovane e Tamoyo “a análise espacial permite avaliar variáveis espaciais (áreas planas, volumes, níveis de desenvolvimento, formas, etc.) que diferem, simplesmente, do perfil do objeto quando este é analisado como um conjunto de dimensões independentes”. [10]

O termo sistemas de informação geográfica (SIG) é colocado em sistemas computacionais que fazem o tratamento digital de dados geográficos e trazem informações alfanuméricas, e também a partir de sua localização no espaço. Esses sistemas computacionais apresentam ao seu usuário, seja ele um arquiteto urbanista, um analista de geomarketing, engenheiro ou geógrafo, uma perspectiva inovadora de seu ambiente de trabalho, em que se mostra ampla visão dos dados variados sobre o assunto de seu interesse. [11]

Tem a Cartografia como uma de suas ferramentas, facilitando a visualização de resultados.

Botega [12] faz uma análise da utilização do SUS, bem como dos acessos a ele nas microrregiões de saúde propostas. Foi feita análise por meio de mapeamento e informações dos fluxos de pacientes e verificaram-se a distância de deslocamentos médios para se internarem, pela complexidade de seus casos, que exigem tratamentos mais complexos, estratégicos e psiquiátricos, em Minas Gerais, ano de 2002.

A proposta contida no trabalho de Botega, tem o cenário de Minas Gerias como foco de análise e observando as internações no estado. Entretanto, neste artigo o foco específico são nas incidências e internações do câncer (Tumores malignos) por municípios.

Por outro lado, o trabalho realizado por Mancini [13] teve como objetivo verificar a mortalidade e fluxo dos óbitos de câncer de mama em microrregiões de saúde do estado de Minas Gerais, analisando o período de 2008 a 2012, observando os serviços ofertados em assistência oncológica no estado de Minas Gerais. Trata-se de estudo ecológico que utilizou os dados de mortalidade (SIM) do SUS, dados demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e dados de estabelecimentos de saúde (CNES), Ministério da Saúde.

Os resultados obtidos por Mancini apresentam o câncer de mama e a mortalidade desta doença como foco principal. No presente trabalho são analisadas as incidências e internações para um grupo de doenças ou (Tumores Malignos).

Borges [14] teve como objeto de análise as variações geográficas na distribuição municipal da mortalidade neoplásica em Minas Gerais (2000-2010). E objetivou identificar as cidades com mortalidade e neoplasia muito baixa (MNMB) e muito alta (MNMA), apresentando e fazendo comparações sobre fatores de epidemias, demografia, domicílios e assistência médica. Entre os métodos foram utilizados dados secundários do IBGE 2010, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2010) e MS-DATA-SUS (2000-2010) convertidos em indicadores.

Borges apresenta a mortalidade por Câncer, fazendo uma análise de mortalidade alta e baixa nos municípios de Minas Gerais. Este artigo contempla as incidências e as internações para um grupo de doenças (Tumores Malignos) para a verificar a sua distribuição pelo estado de Minas Gerais.

ROTEIRO METODOLÓGICO

A metodologia deste trabalho está dividida em três etapas

Na primeira etapa apresenta-se a localização e a população do estado de Minas Gerais. Situa-se na região Sudeste do Brasil, sendo o quarto estado em extensão territorial, com superfície de 586.522,122 km² distribuída entre 853 municípios, e regionalizado em 13 macrorregiões de saúde e 77 microrregiões de saúde, e população de 19.597.330 habitantes, sendo 9.641.877 homens e 9.955.453 mulheres, no censo de 2010. [15]

Na segunda etapa foram coletados dados no site do Departamento de Informática do SUS do Ministério da Saúde. As neoplasias estudadas neste trabalho estão dispostas no DATASUS [16] como morbidades hospitalares do SUS, por local de internação. A categoria analisada foi o Capítulo CID-10, categoria II – neoplasias (tumores) que pertencem ao grupo da chamada 10ª Revisão – CID 10, da tabela de classificação estatística internacional de doenças e problemas

relacionados à saúde da Organização Mundial da Saúde (CBCD, 2018). [17]

Na etapa três os dados das incidências e internações em Minas Gerais no período de 2008 a 2016 foram obtidos em arquivo no formato de texto. Após os arquivos baixados, foi criado um script de banco de dados para se preencher as tabelas criadas. Foi realizada uma análise da integridade e precisão dos dados e a consistência dos dados verificada. Em seguida, foi feita a junção dos municípios a partir de visões (views) no SGBD (Sistemas de Gerenciamento de Banco de Dados), que formaram as MRS apresentando os dados de cada micro por ano.

Foi utilizado para criar os mapas o SIG ARQGIS 10.5 da ESRI e a base cartográfica utilizada foi obtida no site do IBGE na base cartográfica de 2016 e 2017. Para criar o mapa de Minas Gerais foi utilizado um arquivo do tipo shape, que apresenta todos os municípios mineiros e seus limites geográficos. Com base nesse arquivo, foram criadas as macrorregiões e as microrregiões de saúde de Minas Gerais.

As incidências foram calculadas usando o censo do IBGE que faz anualmente um cálculo estatístico sobre a população. Cada ano analisado no trabalho tem sua taxa de incidência calculada pela divisão dos casos obtidos no ano analisado pela população estimada pelo IBGE.

Para chegar no contexto dos mapas de calor com a média dos anos de 2008 a 2016, foi realizada uma média simples tendo como base a média das incidências dos anos dividida pela média da incidência da população durante o período. E essa mesma regra foi aplicada para incidências nos municípios de ocorrência das internações e incidências por município de origem dos pacientes.

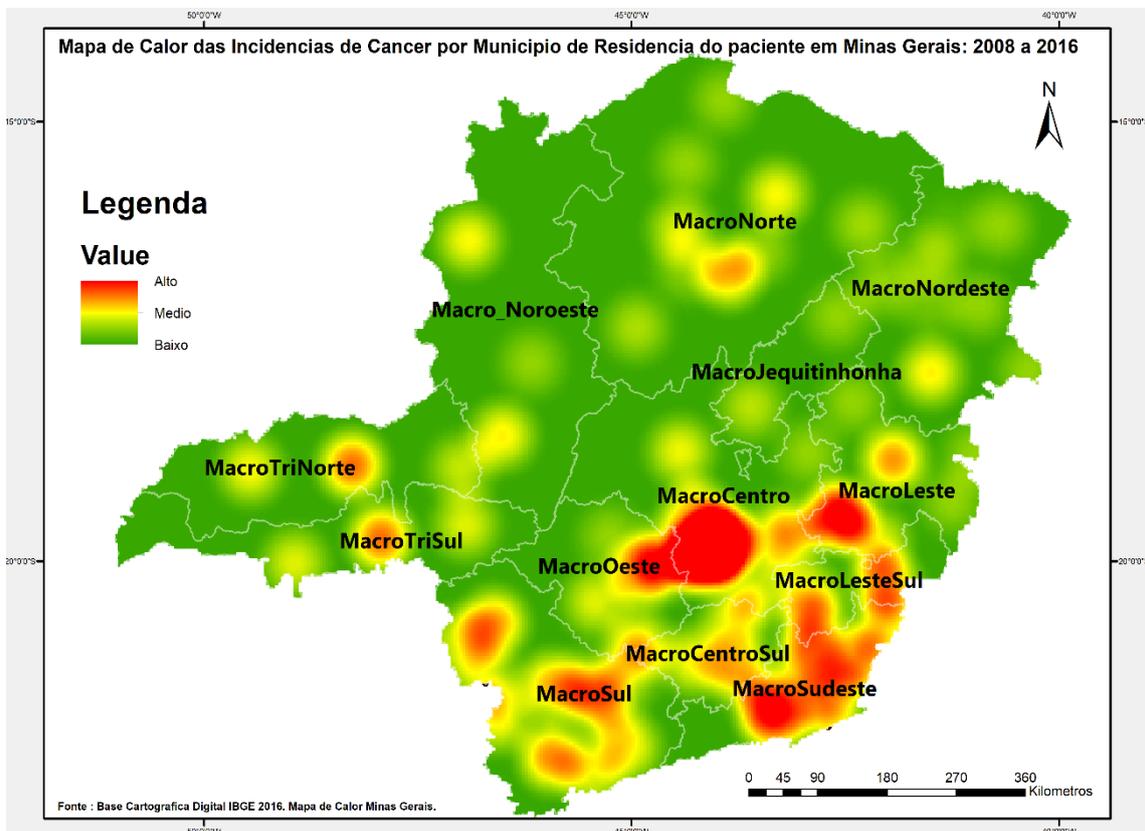
Resultados

Os mapas abaixo apresentam a distribuição das internações para tratamento de Câncer (Tumores) e também as incidências da doença, por macrorregião. Os dados foram apresentados em macrorregiões por terem melhor visualização nos mapas, tendo em vista que toda base analisada para este trabalho foi feita inicialmente por microrregião de saúde.

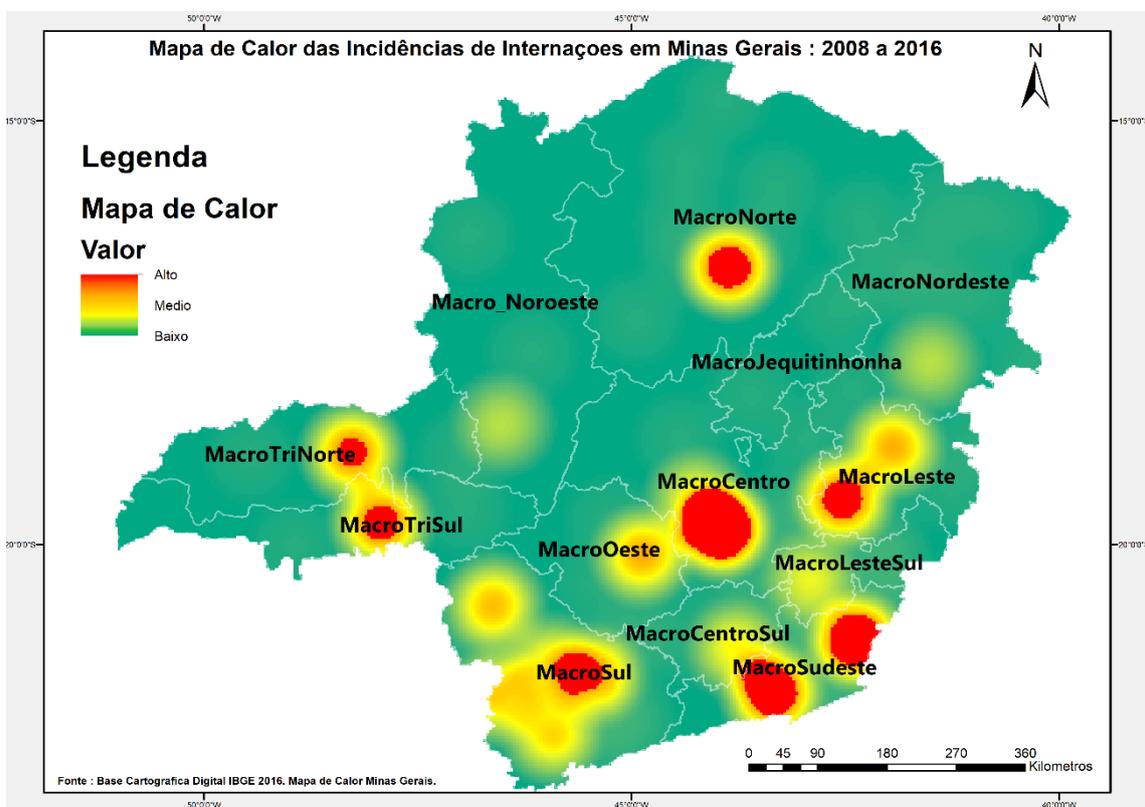
O Mapa 3 representa as incidências por macrorregião onde o paciente reside. O mapa 4 apresenta as internações ocorridas na macrorregião durante um período de nove anos, partindo do ano de 2008 até o ano de 2016. Ambos os mapas se referem ao mesmo período de análise de 2008 a 2016.

Observando o mapa 3 pode-se notar uma distribuição mais acentuada (mancha vermelha) que representa locais de maior incidência de neoplasias. No mapa 4 apresenta-se a distribuição de atendimento em saúde para internação. Salienta-se a macrorregião centro como a que teve maior número de casos de internação e as macrorregiões Jequitinhonha, noroeste e nordeste as macros que menos tiveram casos de internações. Ressalta as macrorregiões centro, sul e sudeste, as quais tiveram maior número de casos de incidências por município de residência, e as macrorregiões Jequitinhonha, noroeste e nordeste, as que menos acolheram casos de internações.

A macrorregião de saúde, que registrou o maior índice durante todo período analisado em internações foi a microrregião 56 tendo como município sede Muriaé em 2008 com 3,56% da população. A micro 1 tendo Belo Horizonte como município sede de saúde, apresenta 0,94% da sua população internada com o maior registro encontrado no período analisado. Já com menor porcentagem, a micro 26 tendo como município polo Aguas formosas teve o menor índice com 0,01% de internações



Mapa 3 – Mapa Incidências de Neoplasias (Tumores) por Município de Residência do Paciente.
Fonte: Marcelo Santos de IBGE (2016).



Mapa 4 – Mapa Incidências de Neoplasias (Tumores) por Município de Internação do Paciente.
Fonte: Marcelo Santos de IBGE (2016).

Considerações Finais

Este trabalho analisou a população mineira no âmbito da saúde, tendo como foco suas 77 microrregiões. O objetivo foi estabelecer uma visão temporal dos acontecimentos para que, a partir do monitoramento geográfico com o uso dos mapas, se observassem as mudanças no decorrer dos anos, para que essas informações pudessem auxiliar na construção de uma situação assistencial mais humanitária. Para isso, foram aplicados os conceitos de equidade e igualdade, a fim de reduzir desigualdades, investir melhores recursos e prestar assistência de qualidade que atenda a população mineira de forma integral e proporcione acesso aos serviços de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e/ou reabilitação da forma mais humanizada possível.

Observando os resultados em um contexto mais geral, eles mostraram que houve avanço de neoplasias malignas em torno de 45% em pessoas nos municípios mineiros como um todo durante o período analisado, 2008 a 2016, e 51% de aumento nas internações em geral pela mesma doença. A população mineira como um todo aumentou nesse período 6,8%, considerando o ano inicial de 2008 e o ano final 2016.

A análise dos mapas tornou possível entender que as microrregiões de saúde mais ao norte do estado, com exceção da microrregião 43, onde se localiza o município de Montes Claros, são as que menos incidências apresentaram tanto de internações quanto de municípios de residência dos pacientes com a doença. Isso representa o contrário da região mais ao sul, que apresenta maiores valores em ambas as observações, porém com um dado que é importante descrever, que são as regiões sul e sudeste, as mais populosas do estado.

Referências

1. INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CANCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. INCA - Instituto Nacional de Câncer - Cancer - O que é. 2018. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee>. Acesso em: 17/03/2018.
2. HIGGINSON, I.; CONSTANTINI, M. Cancer trajectories at the end of life: is there an effect of age and gender?. BIOMED CENTRAL CANCER. Publish: 2/05/2008. King's College London, School of Medicine, London. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/8/127>. Acesso em: 21/03/2017.
3. OMS. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão. Trad de Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, v. 2, 3. ed., São Paulo: EDUSP, 1996. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>. Acesso em: 21/12/2017.
4. BARCELLOS, C.; MACHADO, J.M.H. A organização espacial condiciona as relações entre ambiente e saúde: o exemplo da exposição ao mercúrio em uma fábrica de lâmpadas fluorescentes. Ciência, Saúde Coletiva [online]. 1998, v. 3, n. 2, pp. 103-113. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/>. Acesso em: 19, jul, 2018.
5. FERREIRA, M.S.; BARROSO, L.C.; ABREU, J.F. Sistema de informações geográficas, análise espacial e geografia. CИСCI - 14 Conferencia Iberoamericana en Sistemas, Cibernética e Informática. Orlando Florida. jul, 2015.
6. ALMEIDA, N.A.S.; ARAÚJO, J.J.C.N.; RODRIGUES, F.M. A teoria dos lugares centrais e sua aplicabilidade no Programa Zona Franca Verde no Amazonas. Redes, v. 14, n. 1, p. 106-120, 2009.
7. ALBUQUERQUE, M.V.; VIANA, A.L.D. Perspectivas de região e redes na política de saúde

brasileira. Saúde em Debate, v. 39, n. spe, p. 28-38, 2015.

8. ROSA, R; Análise espacial em Geografia. Revista da Anpege, v. 7, n. 1 (especial), Disponível em: <http://ojs.ufgd.edu.br/index.php/anpege/article/view/6571/3571>. p. 275-289, out. 2011.

9. PONCIANO, P.F.; SCALON, J.D. Spatial analysis of the dairy yield using a conditional autoregressive model. Semina: Ciências Agrárias, v. 31, n. 2, p. 487-496, 2010.

10. GIAVONI, A.; TAMAYO, A. Análise espacial: conceito, método e aplicabilidade. Psicol Reflex Crit [online], v. 16, n. 2, p. 303-307, 2003. BURROUGH, P.A; Principles of geographical information systems for land resources assessment. Oxford, Clarendon Press. p.193. 1986.

11. CÂMARA, G.; MONTEIRO, A.M.V; DAVIS, C; Conceitos básicos em Ciência da Geoinformação: introdução à ciência da Geoinformação. INPE - Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais. 2001. Disponível em: <http://mtc-m12.sid.inpe.br/rep/sid.inpe.br/sergio/2004/04.19.14.10?metadatarepository=sid.inpe.br/sergio/2004/04.19.14.10.22&ibiurl.backgroundlanguage=ptBR&ibiurl.requiresite=mtcm12.sid.inpe.br+800&requiredmirror=sid.inpe.br/banon/2001/04.06.10.52.39&searchsite=bibdigital.sid.inpe.br:80&searchmirror=sid.inpe.br/bibdigital@80/2006/04.07.15.50.13>. p. 1-35, 2001.

12. BOTEGA, L.D.A. Distribuição espacial das internações hospitalares realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS em Minas Gerais, 2002: deslocamentos populacionais e tipos de procedimentos. Dissertação (Mestrado em Ciências Econômicas) - Universidade Federal de Minas Gerais, p. 2005.

13. MANCINI, D.V.G. Fluxo da assistência oncológica em Minas Gerais a partir das informações sobre os óbitos por câncer de mama em mulheres. Dissertação (Mestrado em Saúde) - Universidade Federal de Juiz de Fora , p.15. 2015.

14. BORGES, E.C.O. Com os hábitos, ofícios e lugares: as intermitências geográficas da morte por neoplasias em dois grupos de municípios de Minas Gerais (2000-2010), Tese (Doutorado em Geografia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, p.33, 2016.

15. IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2010. 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: dez, 2017.

16. DATASUS. Departamento de informática do SUS. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6926> Acesso em: jan, 2018.

17. CBCD. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>. Acesso em: junho , 2018.

TRANSPARÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA: UMA APROXIMAÇÃO COM A REALIDADE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOINVILLE

SOCIAL TRANSPARENCY AND CITIZENSHIP: AN APPROACH TO THE REALITY OF THE MUNICIPAL HEALTH COUNCIL OF JOINVILLE

Andrea Heidemann

Docente

Instituto Federal de Santa Catarina – IFSC

Campus Joinville

andrea.heidemann@ifsc.edu.br

Jorge Cunha

Docente

Instituto Federal de Santa Catarina - IFSC

Campus Joinville

Caroline Orlandi Brilinger

Docente

Instituto Federal de Santa Catarina - IFSC

Campus Joinville

Estefania Maria de Salves

Graduanda do curso de Gestão Hospitalar

Instituto Federal de Santa Catarina - IFSC

Campus Joinville

Mayara Sabrina Pereira de Oliveira

Graduanda do curso de Gestão Hospitalar

Instituto Federal de Santa Catarina - IFSC

Campus Joinville

Piera de Brito Nakamura

Graduanda do curso de Gestão Hospitalar

Instituto Federal de Santa Catarina - IFSC

Campus Joinville

Vinícius Alves Gomes

Graduanda do curso de Gestão Hospitalar

Instituto Federal de Santa Catarina - IFSC

Campus Joinville

ABSTRACT: The exercise of social control is directly related to the participation of citizens in public management, that is, intervening in decision-making and overseeing the use of public resources to really meet the interests of the population. One of these spaces of social control is the public policy councils. In this sense, this article is the result of a research with an educational principle at the Municipal Health Council of Joinville / SC and aimed to bring the students of the Hospital Management Technology Course of the Federal Institute of Santa Catarina closer to the reality of the municipal health council, through the interlocution between research, training

and also citizenship. The students involved were aware of the dynamics of social control in the council space, as well as searching for data that allowed the evaluation of social transparency in its functioning. According to the information gathered, it was possible to perceive that there is no transparency due to the lack of data available and the ones that exist are difficult to access, requiring an improvement in the structure of the page so that the entire population has the capacity to access important information with ease.

KEYWORDS: Social control; Health Councils; Socialtransparency.

O exercício do controle social está relacionado diretamente a participação dos cidadãos na gestão pública, ou seja, intervindo na tomada de decisões e fiscalizando a utilização dos recursos públicos para que realmente atendam aos interesses da população. A intervenção contínua da sociedade na gestão dos recursos públicos é um direito assegurado na Constituição Federal de 1988. Assim, o cidadão, tem na conquista da cidadania o direito de votar para escolher seus representantes, mas, também, fiscalizar suas ações e os gastos com as políticas públicas. Para Pires (2011), “a participação social visa pressionar as instituições a serem mais ágeis e transparentes e também a propiciar um suporte de legitimidade às decisões de direção. Trata-se de instância política da comunidade de usuários de um serviço público”. Atualmente, com a otimização das ferramentas da tecnologia da informação, verifica-se por parte dos órgãos e entidades federais, estaduais e municipais, um movimento em torno de disponibilizar informações acerca da gestão, financiamento e execução das ações que envolvem o contexto das políticas públicas, isto se dá, em algumas situações, por iniciativa própria e em outras somente para cumprir o recomendado pela legislação.

Nesse contexto, um seguimento de participação e fiscalização dos recursos públicos importante são os conselhos municipais de políticas públicas. A primeira referência ao poder de fiscalização dos conselhos municipais na saúde se faz presente na Lei nº 8.080/1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS). Santos (2004, p.20), afirma que na esfera federal, a legislação ordinária tem instituído, “com alguma frequência, órgãos colegiados para permitir a participação e o controle social no processo de formulação de políticas e no acompanhamento e avaliação da ação governamental.” Nesse encaminhamento, a criação de conselhos ou instâncias de controle social, por si só, não se revestem em efetiva fiscalização de gastos públicos, em especial dos recursos federais despendidos a Estados e Municípios. Já que na maioria das vezes as referidas instâncias foram criadas apenas para permitirem que entes federativos não sejam impedidos de receberem recursos federais, e que, após a formalização, os conselheiros sequer se reúnem e em outros casos apesar da participação existem dificuldades expressas de compreensão do processo em que estão inseridos.

Nesse sentido, esse artigo é resultado de uma pesquisa com princípio educativo junto ao Conselho Municipal de Saúde de Joinville/SC e visou aproximar os alunos do Curso de Tecnologia em Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Santa Catarina, câmpus Joinville com a realidade do conselho municipal de saúde através do exercício da interlocução entre a investigação (pesquisa), formação e também da cidadania. Os alunos envolvidos conheceram a dinâmica do controle social no espaço do conselho, além de buscar dados que possibilitaram avaliar a transparência social no seu funcionamento. É importante salientar que a participação se desenvolve quando há um aumento de membros da sociedade informados a respeito da funcionalidade e aplicabilidade dos canais de participação, por isso dá importância da divulgação desses instrumentos de participação. É fundamental que os alunos, futuros gestores hospitalares, assim como os demais profissionais, tenham conhecimento das peculiaridades das ferramentas de participação e que busquem cada dia mais aderirem às arenas de debates públicos.

METODOLOGIA

Este artigo possui como base metodológica um estudo de caso com abordagem qualitativa.

No que se refere à pesquisa qualitativa, Godoy (1995), explica que esta proporciona uma compreensão mais apurada do fenômeno estudado, devendo ser observado de modo integrado e buscando uma perspectiva mais ampla, das pessoas envolvidas e onde todos os pontos de vista são relevantes. De acordo com Yin (2005, p. 32), o estudo de caso “é um estudo empírico que investiga um fenômeno atual dentro do seu contexto de realidade, quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidas e no qual são utilizadas várias fontes de evidência”.

Sendo que, com relação aos procedimentos de coleta de dados, utilizou-se os seguintes instrumentos: revisão de literatura quanto à cidadania, transparência social, controle social e Conselho de Saúde. A revisão de literatura constitui parte obrigatória, pois é o meio pelo qual toma-se conhecimento do que já existe em estudos sobre o assunto a ser pesquisado, recolhendo informações prévias sobre um problema em questão (RAUPP e BEREN, 2003). Após, realizou-se observação in loco de sete reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Joinville sendo, quatro ordinárias, uma extraordinária e duas de capacitação, no período de setembro à dezembro de 2018. E a análise dos sites da Prefeitura Municipal de Joinville, principalmente no que se refere aos links da Secretaria Municipal de Saúde e do CMS, além da página do Facebook do Conselho Municipal de Saúde de Joinville. No que diz respeito à publicização das ações de controle social, utilizou-se o instrumento elaborado pelo Observatório Social do Município de São José/ SC (Movimento Cidadão Fiscal).

Os dados coletados foram registrados em relatórios no formato de tabelas e posteriormente organizados e analisados em forma de interpretação detalhadamente explicitada conforme a orientação de Lüdcke e André (2003) no que concerne a pesquisa qualitativa.

DESENVOLVIMENTO

Como forma estrutural desta pesquisa, apresentaremos primeiro os resultados da revisão bibliográfica, conceituando cidadania, transparência, controle social e conselhos de saúde e, posteriormente a análise da transparência social do CMS de Joinville.

Base Conceitual

Nas sociedades que se apresentam como democráticas, os conceitos de cidadania, transparência e controle social devem estar na pauta das diferentes organizações públicas. Não basta apenas o governo se propor a trabalhar em prol da população de maneira adequada, mas deve fazê-lo sob a supervisão da comunidade, contribuindo para o bom uso dos recursos disponíveis e funcionamento dos serviços oferecidos.

Segundo Dallari (2004) a palavra cidadania se origina do latim civitas, que quer dizer cidade. Durante a Roma antiga a palavra indicava a situação política de cada indivíduo e os direitos que o mesmo podia exercer dentro da cidade, os que não participavam acabavam sendo excluídos da sociedade e das decisões políticas. Para Arendt (1993) e Silveira (2002) ser cidadão é utilizar os direitos para moldar a sociedade através da participação social, cumprindo suas obrigações como parte dela.

Portanto, a cidadania está relacionada com a garantia e o exercício dos direitos humanos fundamentais. Nas considerações de Cruz et al. (2011) a transparência em questões públicas como um dos direitos humanos fundamentais. A transparência na gestão pública fornece acesso à população sobre a utilização dos recursos disponíveis na administração direta e indireta. Silva (2000, p.10) diz que:

A transparência tem como objetivo garantir a todos os cidadãos, individualmente, por meio de diversas formas em que costumam se organizar, acesso às informações que explicitam as ações a serem praticadas pelos governantes, as em andamento e as executadas em períodos anteriores, quando prevê ampla divulgação, inclusive por meios eletrônicos e divulgação de audiências públicas, dos planos, diretrizes orçamentárias, orçamentos, relatórios periódicos

da execução orçamentária e da gestão fiscal, bem como das prestações de contas e pareceres prévios emitidos pelos tribunais de contas.

Tais dados facilitam ao cidadão o acompanhamento das ações governamentais por meio do acesso às informações não sigilosas e, como consequência, dificultam a corrupção (CRUZ et al., 2011). Portanto, a transparência é fundamental para o controle social. Mannheim (1971) e Carvalho (1995) definem controle social como uma relação Estado-sociedade, na qual a sociedade avalia e debate os problemas que precisam ser atendidos e o Estado define meios de atender essa demanda.

Raichelis (2000) considera controle social:

“[...] um dos elementos constitutivos da estratégia política da esfera pública. Ele implica o acesso aos processos que informam decisões da sociedade política, que devem viabilizar a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e arbitragens sobre os interesses em jogo, além da fiscalização daquelas decisões, segundo critérios pactuados”.

Já na compreensão do Instituto Polis (2008, p.1) controle social é:

“[...] uma forma de compartilhamento de poder de decisão entre Estado e sociedade sobre as políticas, um instrumento e uma expressão da democracia e da cidadania. Trata-se da capacidade que a sociedade tem de intervir nas políticas públicas. Esta intervenção ocorre quando a sociedade interage com o Estado na definição de prioridades e na elaboração dos planos de ação do município, do estado ou do governo federal”.

O controle social, então, é um pilar da democracia pois favorece as pessoas a interagirem com o Estado. Neste contexto, o Estado possibilita que a sociedade se organize e decida as suas necessidades prioritárias, bem como avalie e controle as ações realizadas por ele para o atendimento destas necessidades.

De acordo com Madrigal (2015) no Brasil, o controle social é uma ferramenta de fiscalização e participação da população nas políticas públicas do Estado, especificamente na assistência social, assistência à saúde e educação. O direito à participação popular na formulação das políticas públicas e no controle das ações do Estado está garantido na Constituição de 1988 e regulamentado em leis específicas, como a Lei Orgânica da Saúde (LOS): “A sociedade tem o direito de pedir conta a todo agente público por sua administração” (Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, 1789).

“A partir dos anos 70, a participação e a deliberação nos ‘novos espaços democráticos’, criados na esfera estatal ou na esfera pública, nos níveis local e nacional, começaram a ser defendidas como fundamentais para tornar o sistema democrático mais inclusivo” (COELHO, 2007, p. 77)

Assim, tanto a organização do governo como o controle do poder econômico e a garantia dos direitos das pessoas, consideradas individualmente ou na coletividade, permitem, na expressão constitucional, a atuação imediata do povo, fonte de todo o poder (SPOSATI e LOBO, 1992).

Assim, para que os cidadãos brasileiros possam exercer o controle social das ações e serviços do sistema público de saúde, a Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990) estabelece a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, por meio dos Conselhos de Saúde nas três esferas governamentais. Além dos conselhos locais que são articulados nos territórios de saúde intramunicipais.

Nesta conformação, os Conselhos de Saúde asseguram à população assento nas instâncias máximas da tomada de decisões em saúde (CÔRTEZ, 1996a; 1996b).

A Resolução 453, de 10/05/2012 define:

Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei no 8.142/90.

Como resultado da pesquisa sobre o funcionamento dos Conselho de Saúde, elaboramos o seguinte mapa conceitual:

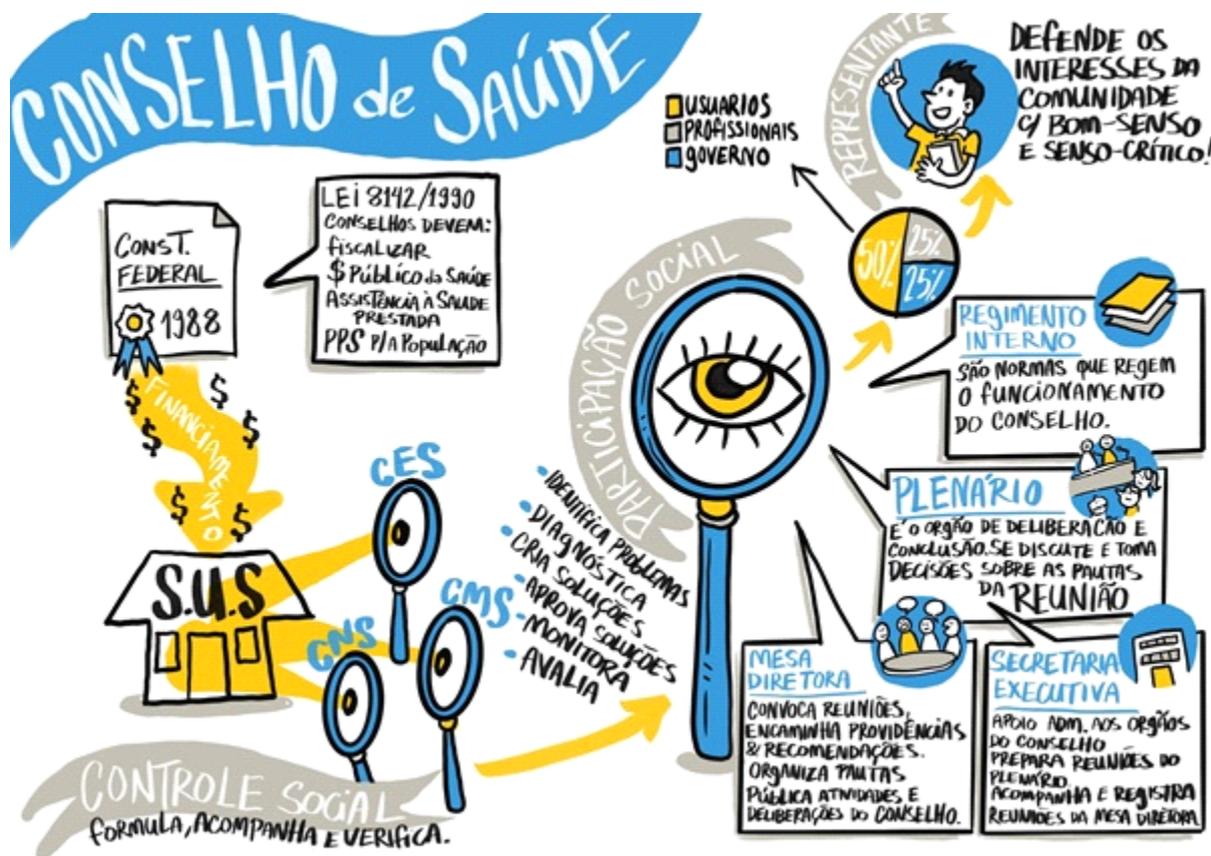


ilustração: Lucas Fontana

Fonte: as autoras

Todas essas interações buscam, essencialmente, a formação de uma consciência cidadã e a consequente transparência nas atitudes dos governantes, nas suas ações frente às demandas públicas que irão proporcionar uma vida digna às coletividades e condizente com as propostas políticas daqueles que se estabelecem no poder.

Descrição e análise das práticas de transparência social no contexto do Conselho Municipal de Saúde de Joinville

O Conselho Municipal de Saúde de Joinville tem como endereço disponível no site da Prefeitura Municipal de Joinville – PMJ como sendo na rua Araranguá, 397, bairro América, anexo à Secretaria Municipal de Saúde. Esta página, além de indicar o endereço do CMS, também fornece telefone, e-mail, dados dos Conselheiros, e suas nomeações. Bem como, o regimento interno, atas, resoluções, leis de criação do conselho, lei de funcionamento, decretos de nomeação dos conselheiros.

Este Conselho não possui um domínio próprio na internet, utilizando espaço dentro da página da Prefeitura Municipal de Joinville (PMJ). O que dificulta localizar as informações disponibilizadas de forma rápida, especialmente para pessoas com pouca experiência em navegação na internet ou domínio do tema.

As reuniões do CMS, no segundo semestre de 2018, ocorreram em dois endereços distintos: no auditório da Associação do Municípios do Nordeste de Santa Catarina (AMUNESC) e no

plenarinho da Câmara de Vereadores de Joinville. As reuniões ordinárias são realizadas na última segunda-feira de cada mês, enquanto as demais segundas-feiras são reservadas às reuniões extraordinárias e de formação, conforme necessidade. O horário habitual de início é às 18:30h com encerramento previsto para 20:30h, podendo ser estendida em até uma hora. Com base nas reuniões assistidas, as mesmas iniciavam no horário proposto, mas na maioria das vezes excedem o horário de encerramento. Assim, gerando transtorno entre os conselheiros, pois alguns concordavam em participar e outros não, gerando mais conflitos. Ocorrendo, em algumas situações, um esvaziamento considerável, seja por parte dos conselheiros, seja por parte da população em geral. Em outras ocasiões, haviam entidades ou membros de movimentos sociais aguardando para se apresentarem e acabavam tendo seus horários reagendados em decorrência dos atrasos na pauta do dia. Lembrando que para a aprovação ou desaprovação é necessário ter quorum, ou seja, representação mínima de cada segmento. Sendo assim, nestas ocasiões ficou nítido o quanto o exercício de controle social era prejudicado pois, para Souza (2012, pág.13) “os conselhos são estratégias institucionais que objetivam a participação social e abre as portas dos SUS à sociedade civil organizada”.

A convocação para as reuniões é feita através do perfil do CMS na rede social Facebook com a publicação do edital contendo data, horário, endereço e pautas da reunião ou formação. Enquanto que a publicização das atas é feita no portal da PMJ. Destaca-se que a existência do perfil na rede social não está divulgado na página do CMS no domínio da PMJ, tampouco o edital de convocação é publicado neste endereço eletrônico.

O CMS de Joinville é composto por 40 membros, sendo um presidente e um vice-presidente, 19 conselheiros e 19 suplentes, de forma paritária, conforme prevê a Lei 8.142/1990 (BRASIL, 1990). A gestão 2017/2019, é paritária, de acordo com a Constituição, sendo: cinco representantes do governo, cinco representantes de prestadores de serviço, dez representantes dos profissionais de saúde, dez representantes dos usuários, entidades e movimentos sociais e dez representantes dos Conselhos Locais.

A representação dos segmentos foi realizada pelo Decreto nº 29.348, de 18 de julho de 2017 e foram sendo alteradas as titularidades conformes os seguintes decretos: 30.040/2018, 32.522/2018, 33.044/2018. O quadro a seguir apresenta o mapa atual (2018) das representações no cenário do CMS do município de Joinville:

SEGMENTOS	REPRESENTAÇÕES
GOVERNO	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria Municipal de saúde • Hospital Municipal São José • Secretaria de educação • 22ª Gerência Regional de Saúde • Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina - IFSC - <u>Campus Joinville</u>
PRESTADORES DE SERVIÇO	<ul style="list-style-type: none"> • Instituição Bethesda • Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE • Hospital Materno Infantil Dr. Jeser Amarante Faria • Hospital Dona Helena • <u>Universidade da Região de Joinville - UNIVILLE</u>
PROFISSIONAIS DA SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> • Conselho Regional de Farmácia do Estado de Santa Catarina - CRF/SC • Conselho Regional de Enfermagem - COREN • Sindicato dos Trabalhadores em Estabelecimentos de Saúde Público Estadual e Privado de Florianópolis e Região Subsede Joinville - SINDSAÚDE/SC • Sindicato dos Médicos do Estado de Santa Catarina - SIMESC • Conselho Regional de Nutricionistas - CRN 10 • Associação Brasileira de Odontologia - ABO Regional Joinville • Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 10ª Região - CREFITO 10 • Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de Joinville - SEESSJR • Associação Brasileira de Enfermagem em Santa Catarina - ABEN • Associação Brasil AVC - ABAVC

<p>USUÁRIOS, ENTIDADES E MOVIMENTOS SOCIAIS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sindicato do Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos de Joinville e Região • Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Refrigeração, Aquecimento e Tratamento de Ar, Indústrias de Compressores Herméticos para Refrigeração e Indústrias de Artigos e Equipamentos Odontológicos, Médicos e Hospitalares de Joinville - SINDITHERME • Associação dos Diabéticos de Joinville - ADIJO • Associação dos Celíacos de Joinville - ACELBRA • Associação dos Aposentados e Pensionistas de Joinville - AAPJ • Núcleo de Apoio à Vida de Joinville - NAVILLE • Centro dos Direitos Humanos - CDH • Observatório Social de Joinville • Pastoral Antialcoólica • Sindicato dos Trabalhadores Metalúrgicos, na Fundação, na Siderurgia e na Indústria do Material Elétrico de Joinville
<p>USUÁRIOS - CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conselho Local de Saúde Adhemar Garcia • Conselho Local de Saúde Bakita • Conselho Local de Saúde Comasa • Conselho Local de Saúde Glória • Conselho Local de Saúde Itaum • Conselho Local de Saúde Morro do Meio • Conselho Local de Saúde Nova Brasília • Conselho Local de Saúde Parque Joinville • Conselho Local de Saúde Saguazu • Conselho Local de Saúde Vila Nova

Durante o período de observação in loco não foi possível ter acesso à lista dos conselheiros presentes em cada reunião, pois não foi autorizado pela presidente do CMS - Joinville, tampouco era feita apresentação dos Conselheiros presentes no início de cada reunião, impossibilitando aos observadores a distinção entre os que estavam na condição de ouvintes ou de conselheiros nomeados.

Quanto ao regimento interno deste Conselho, se encontra no site do CMS, em forma de resolução 28/2014, atualizado, vigente e de acordo com a Lei Federal 8.142/1990, disponível também na página principal do site do CMS Joinville. Finalidade, atribuições e competências, estrutura e composição, natureza das assembleias e convocações, funcionamento das comissões e grupos de trabalhos e atribuições e eleição da mesa diretora estão previstas no regimento interno do CMS. Porém, não consta neste documento atribuições sobre auditorias, fiscalizações, encaminhamentos em caso de denúncias ou parecer sobre contas anuais.

O plano de trabalho anual está disponível na página da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), na forma de Lei Orçamentária Anual (LOA), porém sem parecer do Conselho sobre contas anuais. Foi possível observar durante as reuniões que mesmo não constando no regimento interno, no caso de denúncias ou dúvidas sobre pautas a serem votadas, é feito encaminhamento para as comissões internas denominadas CAI (Comissão de Assuntos Internos) e COFIN (Comissão de Orçamentos e Finanças) para auditorias.

CONCLUSÃO

Através desta pesquisa foi possível tecer algumas considerações positivas acerca da relevância da existência e atuação do Conselho Municipal de Saúde, visto que é um canal de interação dos órgãos públicos com a sociedade a que eles servem e representam. Trata-se de um órgão de extrema importância para a efetivação do controle social e que devido à sua própria natureza, proporciona transparência às ações dos entes públicos em uma área tão importante como é a da saúde.

Por intermédio do Conselho Municipal de Saúde é possível levar a voz dos cidadãos às esferas resolutivas do governo, sugerindo soluções aos problemas das grandes e pequenas comunidades, cobrando uma atuação positiva quanto às dificuldades pelas quais os usuários do Sistema Único de Saúde passam todos os dias e que, geralmente, os gestores públicos não conseguem identificar

de dentro de seus gabinetes, sendo necessário levar essas situações difíceis para se debater nos conselhos, assim a comunidade pode explicar de modo claro a eles facilitando a identificação de medidas a serem tomadas.

É preciso, então, que se divulgue com mais frequência a existência dos Conselhos de Saúde, sua atuação, a que realmente se propõe, pois, a maior parte da população desconhece sua existência. Desta forma, sensibilizar para que essa população passe a frequentar as reuniões do Conselho Municipal de Saúde, fiscalizar suas pautas e atuações e tornar-se atuante naquilo que é um bem de todos, o direito à saúde, efetivando assim a transparência que tanto se busca na gestão pública. De acordo com informações pesquisadas foi possível perceber que não existe uma transparência devida, onde existem poucas informações e as que existem são de difícil acesso, necessitando uma melhoria na estrutura da página para que toda a população tenha capacidade de acessar informações importantes com facilidade. A experiência de pesquisa e coletas de dados sobre o Conselho Municipal de Saúde de Joinville nas plataformas online “Portal da Transparência”, mostrou-se pouco eficiente, incapaz de cumprir com a funcionalidade de transparência social, já que os dados não são claramente expostos no portal.

REFERÊNCIAS

ARENDETT, H. The origins of totalitarianism. Nova York: Harcourt Brace Jovanovitch, 1993.

BRASIL. Lei Ordinária Federal n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde – SUS e sobre as transparências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%208.142-1990?OpenDocument>. Acesso em: 14 novembro de 2018.

CARVALHO, Antonio Ivo. Conselhos de Saúde no Brasil: Participação Cidadã e Controle Social. Ciência e Saúde Coletiva. vol.3 no.1 Rio de Janeiro Jan./June 1995.

CORTES, Soraya M. V. Fóruns participatórios na área de saúde: Teorias do estado, participantes e modalidades de participação. Revista Saúde em Debate 49/50,1996 (a), p.73-79.

CORTES, Soraya M. V. As origens da idéia de participação na área de saúde. Revista Saúde em Debate 51, 1996 (b), p.30-37.

CRUZ, Claudia F. FERREIRA, Aracéli Cristina de S. SILVA, Lino Martins da. MACEDO, Marcelo Álvaro da Silva. Transparência da gestão pública municipal: um estudo a partir dos portais eletrônicos dos maiores municípios brasileiros. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7080> . Acesso em: 04 de novembro de 2018.

DALLARI, D. de A. Direitos humanos e cidadania moderna, São Paulo, 2004.

GODOY, Ar. S. Pesquisa Qualitativa: Tipos Fundamentais. 1995.

MADRIGAL, A. Os Conselhos de Políticas Públicas à luz da Constituição Federal de 1988. 2015.

MANNHEIM, K. Sociologia Sistemática: uma introdução ao estudo de sociologia. 2.ed. São Paulo: Pioneira, 1971.

PIRES, A. K. Gestão pública e desenvolvimento. v. 6. Brasília: Ipea, 2011.

PÓLIS - Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais - n o 29 - Agosto/08.

Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm . Acesso em 30 de agosto de 2018.

RAICHELIS, R. Esfera pública e os conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática. São Paulo: Cortez, 2000.

RAUPP, F. M.; BEREN, I. M. Metodologia da Pesquisa Aplicada às Ciências Sociais. 2003.

SPOSATI, L.; LOBO, I. Controle social e políticas de saúde, 1992.

SILVEIRA, R. Z. de. Tributo, educação e cidadania: a questão tributária no ensino fundamental como fator de desenvolvimento da cidadania participativa no Brasil. 2. Ed. Vitória: Instituto Histórico e Geográfico do Espírito Santo, 2002.

SOUZA, Jomilton Costa. Avaliação da implementação da política Participa SUS com foco na estruturação dos Conselhos Estaduais de Saúde. DF, 2012. Disponível em: <https://www.sabedoriapolitica.com.br/products/conselhos-de-saude/>. Acesso em 20 de outubro de 2018.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

A RELAÇÃO ENTRE OS ACIDENTES DE TRÂNSITO E O USO DOS LEITOS DO SUS NOS HOSPITAIS EM JARAGUÁ DO SUL, SC, EM 2016.

THE RELATIONSHIP BETWEEN TRANSIT ACCIDENTS AND THE USE OF SUS SUSPENSIONS IN HOSPITALS IN JARAGUÁ DO SUL, SC, IN 2016.

José Roberto Machado

Docente Geografia – Campus Jaraguá do Sul
Instituto Federal de Santa Catarina – IFSC
jose.machado@ifsc.edu.br

Nathalia Lais Dias
Técnica em Química

Rúbia Batista Viana
Graduando em engenharia têxtil pela UFSC

ABSTRACT: The present study aims to relate the number of beds provided by the Unified Health System (SUS), and used by patients from the traffic accidents that occurred in Jaraguá do Sul, during the year 2016. For this, the research followed a methodology that began with a bibliographical research in order to obtain the necessary information about the topics discussed, such as traffic accidents and public health in Brazil. Next, the data search in the Military Police battalion was carried out on the DATA / SUS website, readings and interpretations of the essential data to relate the traffic accidents and the available beds in Jaraguá do Sul. The average number of hospitalizations for ATT's in the hospitals of Jaraguá do Sul in 2016 was 23.41 admissions per month, while the average number of emergency beds provided by SUS in the city was 36.33, monthly. Thus, the Public Health Service of the city was able to supply the demand for hospitalizations from land transportation accidents due to the number of beds provided by SUS that are directed to this type of care. It was possible to conclude that the number of beds provided by the SUS in the city of Jaraguá do Sul is sufficient to supply the victims of monthly ground transportation accidents, when the number of accidents is within the quantity of each of the classifications of emergency beds made available.

KEYWORDS: Jaraguá do Sul. Public Health. SUS. Traffic-accidents.

A alta incidência de acidentes de trânsito na cidade de Jaraguá do Sul - SC, resulta em uma grande quantidade de pessoas feridas e de óbitos. Segundo Andrade e Jorge (2017), os acidentes de transporte terrestre (ATT) vitimam cerca de 20 a 50 milhões de pessoas anualmente, sendo que 1,25 milhões delas vêm a óbito. Nos países de baixa e média renda, cerca de 1 a 2% do PIB é destinado ao atendimento dos pacientes provenientes dos ATT's. Além disso, de acordo com Koch (2017), os acidentes de trânsito são a quinta maior causa de mortes no município de Jaraguá do Sul, o que torna os ATT's uma grave questão de risco à saúde pública da população.

Sendo assim, a presente pesquisa refere-se ao trabalho desenvolvido na cidade de Jaraguá do Sul - SC, que tem o como principal objetivo relacionar a quantidade de leitos disponibilizados pelo SUS (Sistema Único de Saúde) com o número de vítimas de acidentes de transporte terrestre durante o ano de 2016.

A escolha deste tema tem como principal razão o contato diário com estes tipos de ocorrência em Jaraguá do Sul - SC. Busca-se obter informações sobre o tratamento e atendimento às pessoas acidentadas, relacionando estes números a quantidade de leitos que estão disponíveis em Jaraguá do Sul, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tanto para casos emergenciais, quanto

para os possíveis tratamentos que podem ser necessários para a população atingida.

ACIDENTES DE TRÂNSITO

Segundo pesquisa divulgada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2013 aconteceram cerca de 1,25 milhão de mortes ao redor do mundo, provocadas por acidentes de transporte terrestre (ATT). Este número é estável desde 2007, apesar do crescimento populacional e da frota motorizada, que aumentaram 4% e 16%, respectivamente, durante este período.

Dos países reconhecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), 79 deles registraram queda no número total de mortes em acidentes de trânsito, enquanto os outros 68 países demonstraram aumento em mortes por lesões causadas por acidentes de transporte terrestre, sendo 84% destes, países de média e baixa renda.

Os países de baixa renda apresentam taxas de vítimas fatais duas vezes superiores às dos países de alta renda, havendo um número de mortes desproporcional relativamente ao nível de motorização desses países: 90% das mortes por lesões ocorrem nos países de baixa e média renda, que detém apenas 54% dos veículos de todo o mundo. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015, p. 2)

Dentre os países de média e baixa renda, também se encontra o Brasil, país que apresenta altas taxas de acidentes e mortalidade nas rodovias nacionais. No ano de 2015, foram registradas mais de 38 mil mortes por acidentes de trânsito no Brasil, sendo o maior número da América do Sul, com cerca de 18,9 mortes a cada 100 mil habitantes. Segundo o Observatório Nacional de Segurança Viária (ONSV), a regiões mais afetadas foram o Sudeste e Nordeste, com mais de 12 mil mortes no ano, cada uma.

Porém, a região Sul ficou em terceiro lugar no ranking de números totais de morte por acidente de trânsito em 2015, com mais de seis mil mortes, e uma taxa de 20,75 vítimas a cada 100 mil habitantes. No estado de Santa Catarina, Jaraguá do Sul destaca-se devido ao seu alto índice de acidentes de transportes terrestres, que é a quinta maior causa de mortes na cidade. Segundo Andrade e Mello (2013), em 1997, de 30 a 86% das hospitalizações nos países de baixa e média renda, foram por traumas causados em acidentes de transporte terrestre. Estas vítimas corresponderam ao uso de 48% dos leitos nas enfermarias cirúrgicas nestes hospitais. A partir disso, é possível identificar a grande demanda de atendimento e serviço público que são necessários para o atendimento dos pacientes acidentados.

Em 2015, Jaraguá do Sul ocupou a sexta posição no ranking comparativo das taxas de mortalidade por acidentes de transporte nos municípios catarinenses com mais de 100 mil habitantes, divulgado pelo Sistema Informativo de Mortalidade (SIM) e que está disponível no site da Prefeitura Municipal de Jaraguá do Sul.

O tenente da Polícia Militar, responsável pelo setor de trânsito na área do 14º BPM de Jaraguá do Sul, Antônio Benda da Rocha, afirmou em uma entrevista concedida ao Jornal “O Correio do Povo Online”, que os acidentes de trânsito são a quinta maior causa de mortes da cidade, tendo feito 15 vítimas no ano de 2016. Porém, este número pode ser ainda maior, pois este dado não leva em conta as mortes ocorridas após as internações dos acidentados. O número ultrapassa a taxa de homicídios, que registrou seis mortes no mesmo ano (OCP ONLINE, 2016).

Segundo informações divulgadas pela Prefeitura Municipal de Jaraguá do Sul, o número de mortes por acidentes de transportes no primeiro semestre do ano de 2016, aumentou 91,42% quando comparado com o mesmo período de 2015. Os números também apresentam grandes aumentos nos vários tipos de acidentes com mortes no trânsito, dos meses de Janeiro a Agosto.

No município de aproximadamente 170 mil habitantes (IBGE, 2018) estão concentrados dois hospitais gerais filantrópicos, 31 unidades básicas de saúde, 10 unidades de apoio a saúde de diagnóstico e terapia, entre outros serviços prestados pelo SUS (DATASUS, 2015).

Os dois hospitais da cidade, localizados em bairros diferentes, realizam dentre outros serviços, o atendimento emergencial, recebendo os pacientes provenientes das causas externas, como por exemplo, de acidentes de transporte terrestre.

METODOLOGIA

A presente pesquisa caracteriza-se como uma pesquisa exploratória e descritiva, de abordagem quantitativa. Para sua realização, a metodologia adotada consistiu das seguintes etapas: a elaboração de uma revisão teórica, a realização de levantamento dos dados e sua posterior análise e, por fim, a conclusão dos dados obtidos com a pesquisa.

Inicialmente foi realizado um levantamento bibliográfico acerca dos principais temas da pesquisa: acidentes de trânsito e saúde pública. Utilizou-se artigos, documentos e pesquisas relacionados para elaborar uma breve revisão bibliográfica, sendo este, parte introdutória e necessária para a compreensão da pesquisa como um todo.

Para a execução da pesquisa e obtenção dos dados necessários para a conclusão da desta, foram analisados relatórios disponibilizados por Órgãos Governamentais, municipais, estaduais assim como os de âmbito nacional. A quantidade de atendimentos realizados está disponível no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS), que é integrado ao Departamento de Informações do SUS (DATASUS), que disponibiliza dados sobre os leitos do SUS.

As informações dos acidentes, em âmbito mundial, foram retiradas de relatórios e informativos da União das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS); dados sobre acidentes nacionais são divulgados pelo Portal do Trânsito Brasileiro, Portal Acidentologia e pelo Observatório Nacional de Segurança Viária (ONSV); em Jaraguá do Sul, este tipo de informação é fornecido pelo Batalhão da Polícia Militar e pela Prefeitura Municipal de Jaraguá do Sul.

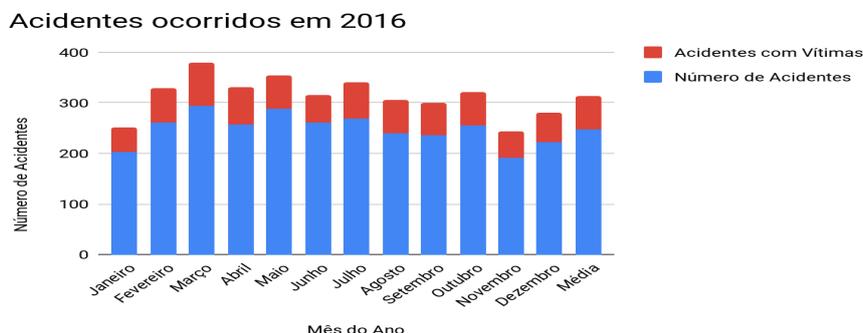
Finalizada a etapa de pesquisa e obtenção de informações, realizou-se uma análise e compilação dos dados mais relevantes para a pesquisa, elaborando tabelas e gráficos com os resultados obtidos, possibilitando assim, uma melhor visualização e exposição da relação entre os acidentes de trânsito em Jaraguá do Sul e o número de leitos disponibilizados pelo SUS no ano de 2016.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

ACIDENTES OCORRIDOS EM JARAGUÁ DO SUL EM 2016

Somando-se os valores mensais, em 2016 ocorreram 2980 acidentes, sendo 770 deles com vítimas, o que corresponde à uma média de 248,33 acidentes por mês e 65,5 com vitimados (Figura 1).

Figura 1: Acidentes registrados em Jaraguá do Sul no ano de 2016.



Fonte: Anuário Estatístico de Acidentes de Trânsito - 2016.

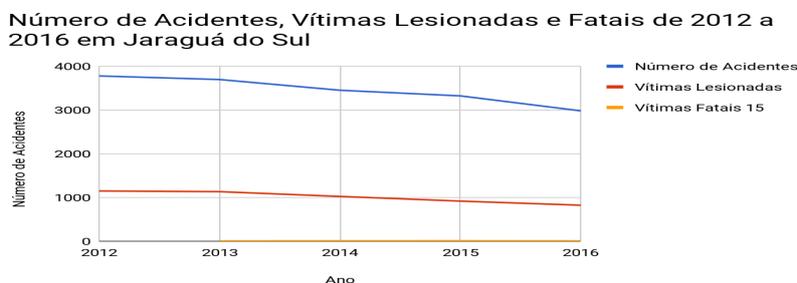
É possível observar que o mês com maior registro de acidentes de transporte terrestre foi Março, com 294 ATT's. Janeiro e Novembro foram os meses que tiveram o menor registro de acidentes, com 203 e 192 ocorrências, respectivamente.

Durante todo o ano, 5.706 veículos se envolveram em acidentes de transporte terrestre em Jaraguá do Sul, segundo o "Relatório de Trânsito 2016", do 14º Batalhão da Polícia Militar de

Santa Catarina.

Apesar do grande número de acidentes e vítimas no ano de 2016 (Figura 2), é possível observar que estas estatísticas vêm diminuindo nos últimos anos na cidade de Jaraguá do Sul. Por exemplo, em 2012 o número de acidentes registrados foi de 3778, resultando em 1149 vítimas lesionadas.

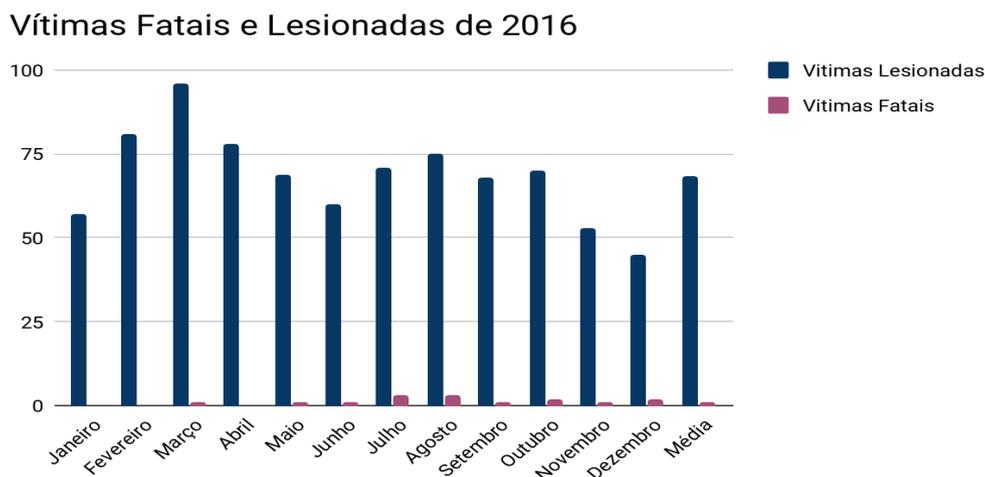
Figura 2: Índice de acidentes, vítimas lesionadas e fatais em Jaraguá do Sul, de 2012 a 2016



Fonte: Anuário Estatístico de Acidentes de Trânsito - 2016.

Apesar da diminuição dos acidentes, a quantidade de vítimas fatais aumentou 250% nos últimos quatro anos, tendo em vista que em 2012 foram registradas seis mortes por acidente de trânsito, contra os 15 registros de vítimas fatais em 2016. Apesar disso, dos 770 acidentes com vítimas ocorridos em 2016, 838 indivíduos ficaram feridos, dividindo-se em 15 vítimas fatais e 823 vítimas feridas. Na Figura 3, é possível observar os tipos de lesão das vítimas envolvidas de acordo com o mês da ocorrência. A média para vítimas feridas foi de 68,58/mês e de 1,25/mês para vítimas fatais. Segundo o “Anuário Estatístico de Acidentes de Trânsito 2016”, do 14º Batalhão da Polícia Militar de Santa Catarina (2017), todas as vítimas fatais vieram à óbito no local do acidente, não necessitando assim, de atendimento hospitalar.

Figura 3: Índice de vítimas fatais e lesionadas nos ATT's registrados em Jaraguá do Sul, em 2016.



Fonte: Anuário Estatístico de Acidentes de Trânsito - 2016.

Na figura acima é possível observar que o mês com maior número de vítimas lesionadas foi Março, com 96 feridos, enquanto Dezembro teve a menor taxa de lesões, com 45 vítimas. Julho e Agosto foram os meses que apresentaram maior número de vítimas fatais, com três óbitos registrados cada. Dezembro e outubro tiveram dois registros de óbitos cada, enquanto os outros meses tiveram um ou nenhum registro de vítimas fatais.

Apesar dos dados fornecidos pelo “Anuário Estatístico de Acidentes de Trânsito 2016”, de

acordo com o relatório de “Informações sobre internações hospitalares SUS e mortalidade por acidentes de transporte” no ano de 2016, ocorreram 29 mortes por acidente de trânsito em Jaraguá do Sul. Essa diferença de dados pode ser justificada pelo fato de que o relatório da Secretaria de Saúde de Jaraguá do Sul contabiliza os óbitos ocorridos por município de ocorrência e residência da vítima. Ou seja, outras 14 vítimas, residentes de Jaraguá do Sul, vieram à óbito em outras cidades de Santa Catarina.

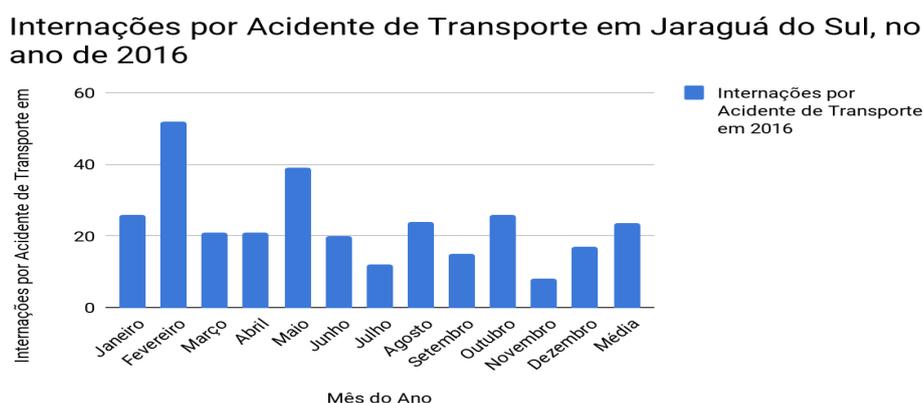
Além dos dados municipais vale ressaltar que, de acordo com o “Informações sobre internações hospitalares SUS e mortalidade por acidentes de transporte”, Jaraguá do Sul ficou em 2º (segundo) lugar no ranking de Taxa de Morte por Frota de Veículos por Município de Santa Catarina, com 25,61 mortes a cada 100 mil veículos, ficando atrás apenas da cidade de Lages. Apesar disso, ficou em 8º (oitavo) lugar no ranking de Taxa de Motorização por Município de Santa Catarina, com 65,67 automóveis por 100 habitantes. Estas taxas demonstram o quão grande é o problema na cidade de Jaraguá do Sul e quão violento o trânsito pode ser.

O relatório também fornece dados estaduais acerca de internações hospitalares de vítimas de acidentes de trânsito, de acordo com o local de residência. Neste ranking, Jaraguá do Sul ocupa o 3º (terceiro) lugar, com 296 internações durante o ano de 2016, com uma média de 24,67 internações mensais. Além disso, a taxa para este tipo de internação no município foi de 1,77 para cada 1 mil habitantes.

INTERNAÇÕES POR ACIDENTE DE TRANSPORTE

O Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) disponibiliza à população os dados de internações registradas por acidentes de transporte terrestre (ATT's), no portal online do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), que abrange não apenas a rede hospitalar própria, mas também redes particulares conveniadas aos setor público. A partir da seleção dos dados desejados, foi possível identificar o número de internações por acidente de transporte registradas em Jaraguá do Sul, no ano de 2016 (Figura 4).

Figura 7: Internações por acidente de transporte terrestre em Jaraguá do Sul, no ano de 2016.



Fonte: DATASUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

A média para internações por acidente de transporte, classificada como CID-10: V01-V99, foi de 23,41 internações mensais, sendo que o mês com maior ocorrência foi Fevereiro, com 52 registros, e o com menos internações registradas foi Novembro, com apenas 8 internações. A quantidade total de internações por ATT's no ano de 2016 em Jaraguá do Sul, foi de 281 registros, segundo o SIH/SUS do DATASUS. Porém, de acordo com o “Anuário XX” e o relatório “Saúde em números Edição 2017 - Ano base: 2016”, a quantidade de internações por acidentes de transporte foi de 297, registradas em 2016.

Destes 297 registros, o relatório “Saúde em números Edição 2017 - Ano base: 2016”, classifica os acidentes de acordo com sua CID-10. Na Tabela 1, é possível observar as classificações e a

quantidade de registros de cada uma.

Tabela 1: Internações por ATT's, de acordo com a classificação CID-10, Jaraguá do Sul, SC, 2016.

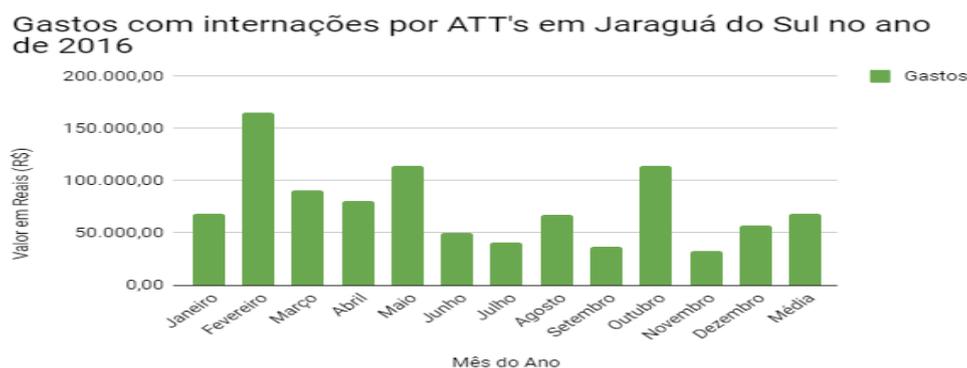
CID-10	Descrição	Registros	%
V01-V09	Pedestre traumatizado em acidente de transporte	31	10,47
V10-V19	Ciclista traumatizado em acidente de transporte	16	5,38
V20-V29	Motociclista traumatizado em acidente de transporte	193	65,98
V40-V49	Ocupante automóvel traumatizado em acidente de transporte	50	1,68
V60-V69	Ocupante veículo de transporte pesado traumatizado em acidente de transporte	1	0,33
V80-V89	Outros acidente de transporte terrestre	3	1,01
V98-99	Outros acidente de transporte terrestre e não especificado	3	1,01
TOTAL		297	100,00

Fonte: DATASUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Observando a tabela acima, é possível notar que a maioria das internações foram de motociclistas acidentados, que representam 64,98% dos internados registrados. Apesar disso, as motocicletas representam apenas 13,03% dos veículos envolvidos em acidentes terrestres. Enquanto isso, os automóveis representam 65,45% dos envolvidos em ATT's, como é possível observar na Figura 4.

Durante todo o ano de 2016, foram gastos R\$ 919.345,46 apenas com internações de pacientes provenientes de acidentes de trânsito, nos estabelecimentos hospitalares de Jaraguá do Sul (SIH/SUS - DATASUS). Segundo o relatório "Saúde em números Edição 2017 - Ano base: 2016", a despesa total da Prefeitura Municipal de Jaraguá do Sul com a Função Saúde foi de R\$ 168.936.004,01, durante todo o ano de 2016. Neste valor inclui-se as Funções Administrativas (Administração Geral e Formação de Recursos Humanos) e Subfunções Vinculadas (Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica).

Figura 5: Gastos com as internações por ATT's em Jaraguá do Sul, em 2016.



Fonte: DATASUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

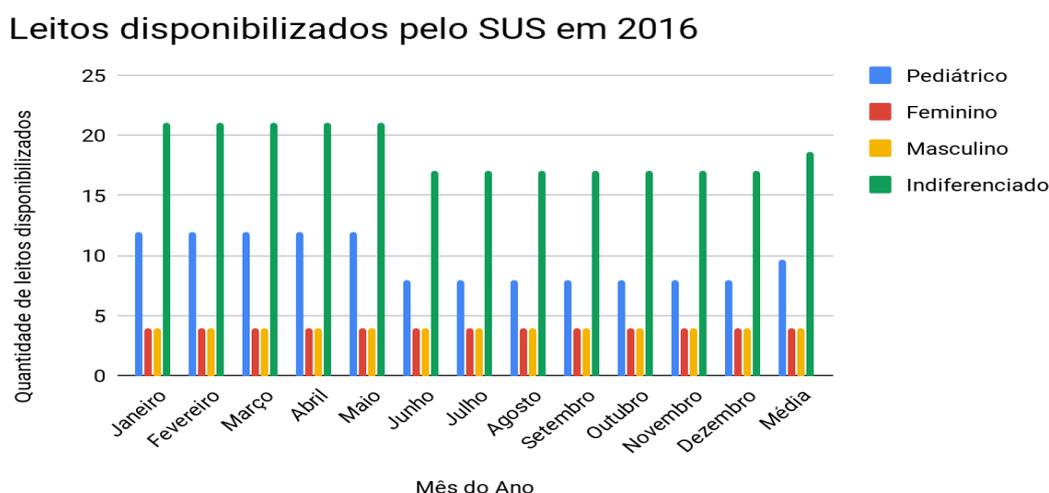
Considerando apenas as despesas da subfunção vinculada: Assistência Hospitalar e Ambulatorial, que foram avaliadas em R\$ 98.032.234,49 (Noventa e oito milhões, trinta e dois mil, duzentos e trinta e quatro reais e quarenta e nove centavos), os valores dedicados apenas para internações de pacientes provenientes de acidentes de trânsito representam 0,937% de toda a receita disponibilizada para tal subfunção.

LEITOS DISPONIBILIZADOS PELO SUS EM JARAGUÁ DO SUL, NO ANO DE 2016

Para atender todos os pacientes internados provenientes de acidentes de transporte terrestre, são disponibilizados os Leitos de Urgência, para repouso ou observação, que segundo o CNES (s/d), “São aqueles leitos destinados a acomodar os pacientes que necessitem ficar sob supervisão médica e ou de enfermagem para fins de diagnóstico ou terapêutica durante um período inferior a 24 horas”. Estes leitos são classificados em pediátricos, feminino, masculino e indiferenciado, sendo estas opções destinadas para cada tipo de paciente atendido.

Em Jaraguá do Sul, são disponibilizados os quatro tipos de leito citados, sendo que estes foram disponibilizados durante todo o ano de 2016. Na Figura 6, é possível observar a quantidade disponibilizada para cada tipo de leito nos meses de 2016, e uma média anual dessas quantidades.

Figura 6: Leitos totais disponibilizados pelo SUS em Jaraguá do Sul, em 2016.

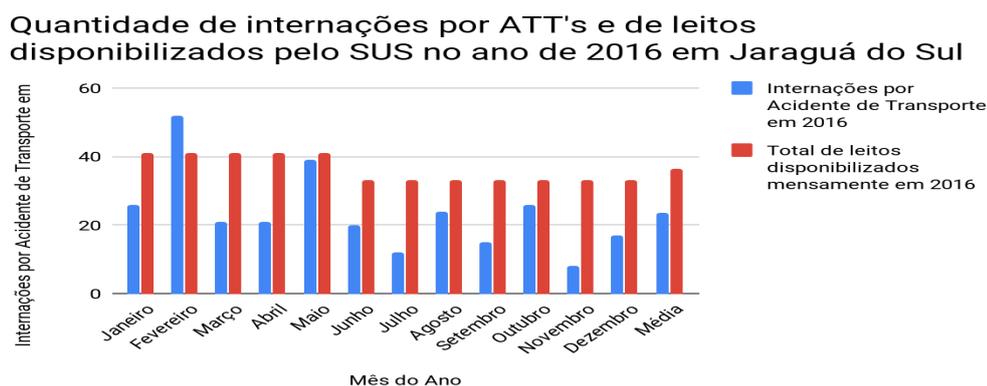


Fonte: DATASUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Nos primeiros meses de 2016, de Janeiro a Maio, foram disponibilizados uma quantidade maior de leitos pediátricos e indiferenciados, totalizando em 41 leitos disponíveis para urgência por mês. A partir de Junho, o número de leitos pediátricos e indiferenciados diminuiu, assim como a quantidade de leitos totais, que passou para 33 por mês. A média anual de 36,33 leitos totais disponibilizados mensalmente no ano de 2016 em Jaraguá do Sul.

Na Figura 7, é possível observar a relação das internações por acidente de transporte terrestre que ocorreram em 2016, e a quantidade de leitos de urgência - que são os adequados para esta categoria de atendimento - disponibilizados pelo SUS no mesmo período, em Jaraguá do Sul.

Figura 7: Relação da quantidade de leitos e de internações por ATT's em Jaraguá do Sul, em 2016.



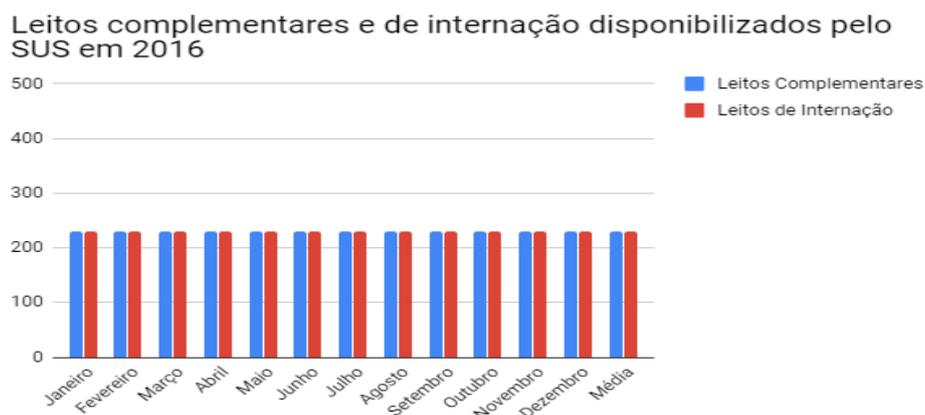
Fonte: DATASUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

A média de internações por ATT's nos hospitais de Jaraguá do Sul em 2016 foi de 23,41 internações por mês, enquanto a média de leitos de urgência disponibilizados pelo SUS na cidade foi de 36,33, mensalmente. Sendo assim, o Serviço Público de Saúde da cidade foi capaz de suprir a demanda de internações provenientes de acidentes de transporte terrestre tendo em vista a quantidade de leitos disponibilizados pelo SUS que são direcionadas a este tipo de atendimento. Apenas no mês de Fevereiro, que a quantidade de acidentados internados foi bem acima da média, com 52 registros, que o número de leitos não foi suficiente para atender todos as internações por ATT's. Sendo assim, a relação de leitos de urgência disponibilizados pelo SUS é de 1,55 para cada paciente internado proveniente de acidentes de trânsito.

Além disso, é importante ressaltar que o DATASUS fornece apenas o tipo de atendimento prestado - neste caso, internações por acidente de transporte-, sendo assim, não foi possível identificar se os internados por ATT's foram classificados como pediátrico masculino, feminino ou indiferenciados. Por isso, não é possível confirmar se os pacientes foram internados nos leitos adequados para tal situação, que são os leitos de urgência (observação e repouso), pois a quantidade de leitos classificados como masculinos, por exemplo, pode ter sido inferior à quantidade de homens adultos internados naquele mês.

Vale lembrar que também são disponibilizados os leitos hospitalares de internação e os complementares, que podem ser utilizados pelos pacientes de acidentes de transporte, caso necessário. Na Figura 8, está o gráfico que representa a quantidade de leitos disponibilizados pelo SUS em Jaraguá do Sul, no ano de 2016, nas categorias complementar e de internação.

Figura 8: Leitos hospitalares complementares e de internação disponibilizados pelo SUS em Jaraguá do Sul, em 2016.



Fonte: DATASUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Mensalmente, foram disponibilizados 231 leitos complementares e de internação nos hospitais de Jaraguá do Sul, durante o ano de 2016, sendo que esta quantidade permaneceu estável durante todo o ano. Sendo assim, os pacientes internados por acidentes de transporte poderiam ser alocados e atendidos tanto nos leitos complementares quanto de internação, devido à grande quantidade disponibilizada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizada a pesquisa, conclui-se que a rede pública de saúde de Jaraguá do Sul é capaz de suprir a demanda de atendimentos dos pacientes provenientes de acidentes de transporte terrestre, tendo em vista a relação de leitos disponibilizados e do número de internações ocorridas em 2016, no município de Jaraguá do Sul.

Além disso, é importante ressaltar que cerca de 1% dos investimentos em saúde destinados aos hospitais da cidade, são utilizados apenas na internação de pacientes provenientes de acidentes de transporte terrestre, e que com a diminuição da violência no trânsito da cidade, conseqüentemente este valor também será reduzido, podendo assim, ser investido em outros setores da saúde pública de Jaraguá do Sul.

REFERÊNCIAS

14º BATALHÃO DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SANTA CATARINA. Anuário Estatístico de Acidentes de Trânsito - 2016. Estado de Santa Catarina, Polícia Militar, 5ª Região de Polícia Militar, 14º Batalhão, “Batalhão Tenente Coronel PM Leônidas Cabral Herbster”, 2017. Disponível em: <<http://14bpm.com.br/estatisticas/transito/>>. Acesso em: 06 jun.2018.

14º BATALHÃO DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SANTA CATARINA. Relatório de Trânsito de 2016. Estado de Santa Catarina, Polícia Militar, 5ª Região de Polícia Militar, 14º Batalhão, “Batalhão Tenente Coronel PM Leônidas Cabral Herbster”, 2017. Disponível em: <<http://14bpm.com.br/estatisticas/transito/>>. Acesso em: 06 jun. 2018.

ANDRADE, Silvânia Suely Caribé de Araújo. JORGE, Maria Helena Prado de Mello. Internações hospitalares por lesões decorrentes de acidente de transporte terrestre no Brasil, 2013: permanência e gastos. Universidade de São Paulo, 2015. Disponível em Epidemiologia e Serviços da Saúde, v.26 n.1 Brasília, janeiro de 2017.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES - Notas Técnicas. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/NT_RecursosF%C3%ADsicos.htm#origem> Acesso em: 06 jun.2018.

DATASUS. CNES - RECURSOS FÍSICOS - HOSPITALAR - LEITOS DE INTERNAÇÃO - SANTA CATARINA. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintsc.def>> Acesso em: 06 jun.2018.

DATASUS. V01-V99 ACIDENTES DE TRANSPORTE. s/d. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/v01_v99.htm> Acesso em 06 jun.2018.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. JARAGUÁ DO SUL - SC. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/jaragua-do-sul/panorama>> Acesso em: 06 jun.2018.

KOCH, Leonardo. Trânsito é a quinta maior causa de mortes em Jaraguá do Sul. O Correio do Povo Online, março de 2017. Disponível em: <<http://ocponline.com.br/noticias/transito-e-a-quinta-maior-causa-de-mortes-em-jaragua-do-sul>>. Acesso em: 06 jun.2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 06 jun.2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/index.php/sistema-unico-de-saude/sistema-unico-de-saude>> Acesso em: 06 jun.2018.

MOBILIDADE POPULACIONAL E SAÚDE: A REGIONALIZAÇÃO DO SUS E OS DESLOCAMENTOS POPULACIONAIS EM BUSCA DO ATENDIMENTO EM SAÚDE.

POPULATION MOBILITY AND HEALTH: SUS REGIONALIZATION AND POPULATION DISPLACEMENT IN SEARCH OF HEALTH CARE.

Luiza Nogueira Losco

Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Universidade Estadual de Campinas – Unicamp
luizalosco@gmail.com

Roberto Luiz do Carmo

Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Universidade Estadual de Campinas – Unicamp

ABSTRACT: The principle of universality of the Unified Health System (SUS) led to a discussion on coverage and capillarity of Brazilian health services. Thus, the need to reflect on the different directives that structure the public health system in Brazil has been strengthened: decentralization, regionalization, hierarchy and community participation. These guidelines are intrinsically linked, and they organize the provision of medical equipment throughout the country. Therefore, it reflects on the different degrees of complexity in health care and its distribution in space are consistent with the practices of the users of the system and with the urban complexities in the Brazilian context. Understanding the importance of the spatial mobility of the population in the significant transformations of the demographic dynamics, we try to discuss the distribution of the population having as a factor of attractiveness the search for health care.

KEYWORDS: Health and mobility; Spatial Population Mobility; Regionalization in Health.

Para se conhecer o estado de saúde de uma população, é necessário compreender uma complexa rede de determinantes, que se relacionam com fatores biológicos, psicossociais, ambientais, estilos de vida, contexto socioeconômico, político e cultural, além de aspectos vinculados aos sistemas de saúde (REYNEVELD, 1998). Este estudo procura entender como que a estrutura e organização do sistema público de saúde brasileiro se situam nesta intrincada trama de condicionantes.

A partir da criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), no pós-Segunda Guerra, originou-se um documento que considerava a saúde como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade” (BATISTELLA, 2007, p. 57). Inicia-se, então, um processo de transformação da compreensão do modelo biomédico para uma concepção ampliada do conceito de saúde (BACKES et al., 2009).

Em 1978, a Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata, representa um marco para a saúde mundial, reafirmando a concepção ampliada da saúde e defendendo-a como um direito aos cidadãos (RODRIGUES; SANTOS, 2009). A Carta de Ottawa, de 1986, resultado da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, se apresenta como uma resposta aos progressos alcançados pela Conferência de Alma-Ata. Nela se encontram os preceitos para uma nova saúde pública, tendo como foco a promoção da saúde (BRASIL, 2002).

Portanto, inspirado pelo movimento mundial de transformação da concepção da área de atuação da saúde pública, surge no Brasil o Movimento da Reforma Sanitária, repensando as políticas de saúde no país (FRAIZ, 2007). Desta forma, tem início a construção do Sistema Único

de Saúde (SUS), que é instaurado na Constituição de 1988 (FRAIZ, 2007).

Assim, desde seu início, o SUS se apresenta como alicerce para a reestruturação dos serviços públicos de saúde, tendo como elemento basilar a universalidade do atendimento, para que todos os residentes no país tivessem a garantia do direito à saúde (FRAIZ, 2007). Estruturado por meio de subsistemas verticais e de base territorial, integrando distintas esferas de governança, o SUS abrange seu escopo para além da prestação de serviços assistenciais, e apresenta a responsabilidade de articular ações promocionais, de prevenção, cura e reabilitação da saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2009). O princípio da universalidade define o alcance do SUS perante a população que será atendida, mas não é o único que fundamenta sua atuação. Dentre os outros princípios norteadores das ações do sistema de saúde, se encontram a integralidade, a equidade, e o direito à informação (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

Em conjunto com os princípios, o SUS conta com diretrizes que o estruturam. Dentre elas estão: a descentralização, fortalecendo o papel dos municípios, articulando as esferas de governança; a regionalização, fazendo com que os serviços de saúde atuem a partir de um território de abrangência; a hierarquização, tendo em vista que os serviços são ordenados por níveis de atenção; e a participação comunitária, que visa à participação da população por meio de colegiados inseridos na gestão dos serviços de saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

Neste conjunto de estrutura de atuação, a universalidade do acesso torna-se, portanto, uma questão central para a funcionalidade do SUS. Entretanto, a acessibilidade aos serviços não depende somente da existência dos mesmos. Ao se refletir sobre o acesso à saúde, é necessário levar em consideração uma multiplicidade de abordagens; devendo reconhecer as especificidades geográficas, culturais, econômicas e funcionais de cada lugar (UNGLERT et al., 1987). O nível de acesso pode depender, por exemplo, da distância que se precisa percorrer para alcançar o serviço, ou o tempo e os custos empreendidos (UNGLERT et al., 1987). Desta forma, o ingresso universal aos serviços, não depende somente da disposição da aparelhagem médica no espaço, mas também é importante compreender as diversas dinâmicas territoriais, que irão condicionar a circulação dentro do sistema de saúde.

Segundo Faria e Bortolozzi (2012), a mudança que mais se acentua a partir da constituição do SUS é a passagem de uma política orientada pelos problemas de saúde para uma política territorial da saúde:

Isso significa que o território ou a gestão do território é a condição fundamental para o acesso, por sua vez, é a condição para a universalidade, equidade e integralidade do sistema. Exatamente por isso e entendendo que não há acesso sem que se organizem territorialmente os serviços, o SUS foi pensado a partir de uma base ou estrutura territorial (FARIA; BORTOLOZZI, 2012, p. 432).

Para que a questão territorial pudesse, de fato, se mostrar presente na atuação do sistema de saúde, foi necessária a política de descentralização dos serviços (FARIA; BORTOLOZZI, 2012). Desta forma, o município se apresenta como local principal para a gestão do SUS, sendo que será a partir dele que acontecerá a hierarquização e a regionalização dos serviços (FARIA; BORTOLOZZI, 2012).

A hierarquização se manifesta através dos níveis de complexidade do atendimento, discriminados entre atenção primária, secundária e terciária. A atenção primária, reconhecida pelo sistema brasileiro também como atenção básica (SOUZA; SAMPAIO, 2002), tem como esfera de ação a municipalidade, dentro dos moldes de uma territorialização (FARIA; BORTOLOZZI, 2012). Já a regionalização atinge os outros níveis hierárquicos, construindo uma rede de atenção em saúde, que envolve outras esferas de governança (FARIA; BORTOLOZZI, 2012). Desta forma, refletindo sobre os processos de hierarquização e de regionalização do SUS, este estudo pretende compreender a dinâmica da circulação dos usuários que buscam o cuidado em saúde.

Geografia do SUS

Reconhecer que a saúde é um direito da população e dever do Estado é um grande passo para o amplo acesso ao cuidado em saúde (FRAIZ, 2007). Contudo, mesmo que se assumam esta

responsabilidade, um longo percurso precisa ser percorrido até que os serviços se tornem de fato universais (FRAIZ, 2007). O movimento inicial necessário, entretanto, é assumir “que a saúde é um direito inerente à condição de cidadania, sendo que a plena participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua inserção como cidadãos” (FLEURY; OUVÉRY, 2008, p.23).

Cada país apresenta sua forma de organizar seu sistema de saúde, sendo vinculado ao seu tipo de regime econômico e político (RODRIGUES; SANTOS, 2009). Pode ser que os serviços sejam totalmente financiados pelo Estado e voltados para a população como um todo; existindo também formatos que se configuram em sistemas semi-públicos, voltados para o atendimento a pequenas parcelas da população; ou também podem ser totalmente privados, sendo que os usuários devem pagar pelos serviços oferecidos (RODRIGUES; SANTOS, 2009).

No Brasil, até o final da década de 1980, os serviços de saúde contavam com uma política dupla, na qual se dividia a ocupação do Ministério da Saúde, com suas secretarias e órgãos estaduais e municipais, e, por outro lado, tinha-se a ação do sistema de seguro-saúde (ARRETCHE, 2011). A partir do final dos anos 80 e início dos anos 90, são lançadas as bases do Sistema Único de Saúde (SUS), quebrando com a estrutura restritiva do neoliberalismo revelada nas políticas de saúde anteriores (GADELHA, 2006). Representa, portanto, acentuada ruptura com as formas anteriores de organização das políticas de saúde do país e, fundamentado pelo direito universal à saúde, inscreve o Brasil entre os países que defendem a universalização dos direitos sociais. Direitos estes que devem ser resguardados pelo Estado (BAHIA, 2005).

Em 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, o sistema de saúde, regido pelas diretrizes da descentralização, integração, regionalização, hierarquização e universalização dos serviços, teve aprovação por consenso, iniciando uma nova etapa na política de saúde brasileira (ARRETCHE, 2011). Durante a década de 1990, portanto, inicia-se um processo de normatização e institucionalização da descentralização do sistema de saúde nacional (ARRETCHE, 2011), tendo distribuídas as seguintes funções:

[...] a União está encarregada do financiamento e formulação da política nacional de saúde, bem como da coordenação das ações intergovernamentais. Isto significa que o governo federal – isto é, o Ministério da Saúde – tem autoridade para tomar decisões mais importantes nesta política setorial. Neste caso, as políticas implementadas pelos governos locais são fortemente dependentes das transferências federais e das regras definidas pelo Ministério da Saúde (ARRETCHE, 2002, p. 22).

Os estados e municípios passam, então, a apresentar a competência e autonomia para a formulação de políticas públicas na área da saúde, podendo se relacionar com as especificidades de cada localidade. Desta maneira, a organização do SUS reproduz a tríplice federativa do país e legitima a autonomia dos três níveis de governo (DOURADO; ELIAS, 2011). Contudo, como forma de coordenação das ações nacionais em saúde, foram implementadas portarias ministeriais que consistem em condicionar as transferências federais para os estados e municípios conforme os objetivos e diretrizes das políticas nacionais (ARRETCHE, 2002).

Com este processo de normatização e institucionalização, somente mais recentemente que algumas de suas estratégias se apresentam com mais relevância entre os documentos oficiais. É o caso da política de regionalização, que tem seu início marcado na década de 2000, por meio de edições de novas normas pelo Ministério da Saúde, se fortalecendo no ano de 2006, com o Pacto da Saúde, que apresenta a regionalização como uma de suas bases fundamentais (VIANA et al., 2008).

A regionalização passa, então a ser considerada como o principal mecanismo promotor da descentralização, integralidade e hierarquização dos serviços prestados pelo SUS (VIANA et al., 2008). A regionalização é considerada como um processo de organização das ações e dos serviços de saúde, assegurando a integralidade, a racionalidade e otimização dos gastos e recursos e a garantia do direito à saúde dentro da própria região (MENDES et al., 2015).

Mas para que a regionalização pudesse ser efetivada, foi necessária a descentralização dos serviços:

A regionalização é uma diretriz do SUS que procede da necessidade basilar de integrar seus componentes para garantir a efetivação do direito à saúde no País. Pela natureza federativa do sistema, isso só pode ser realizado mediante arranjos institucionais estabelecidos entre entes federados. Portanto, para que se consolide a regionalização de ações e serviços de saúde no Brasil, devem ser considerados os condicionantes derivados do modelo de federalismo e do desenvolvimento das relações intergovernamentais, observando a inserção de figuras regionais como instância administrativas não coincidentes com os entes federados (DOURADO; ELIAS, 2011, p. 205).

Em julho de 2011, com o Decreto Presidencial n°. 7.508, a política de regionalização alcança um ritmo mais acelerado, com o Contrato Organizativo da Ação Pública e da Saúde (COAP) e a política das Redes de Atenção à Saúde (MENDES et al., 2015). Segundo Steinberg (2013), na última década passa a existir uma retomada da relação entre território, políticas públicas e Estado, fazendo com que as ações desenvolvidas pelo Estado levem em consideração o ordenamento territorial. Esta relação pode ser vista em políticas econômicas, sociais, setoriais ou espaciais (STEINBERG, 2013). Percebe-se a necessidade de se compreender que as políticas e sistemas de proteção social, em especial na área da saúde, vão bem mais além da melhoria das condições sanitárias da população, abrangendo tanto o debate teórico como a ação concreta de atores, grupos sociais e organizações na construção de relações, processos e instituições (FLEURY; OUVÉRY, 2008).

Compreende-se, portanto, uma valorização das políticas territoriais dentro do sistema de saúde, estas que se mostram essenciais para o acolhimento das especificidades de cada localidade. Contudo, devido ao tamanho continental do país, uma das grandes dificuldades da regionalização é a conciliação de uma rede homogênea de serviços e intervenções perante uma enorme heterogeneidade territorial (VIANA et al., 2010).

As desigualdades da rede urbana brasileira são também percebidas nas disparidades dentro dos serviços de saúde, sendo que a possibilidade de atuação e de constituição de políticas públicas de cada município depende de sua posição na rede hierárquica dentre as cidades:

Em consequência, os resultados da descentralização brasileira na saúde são contraditórios e altamente dependentes das condições prévias locais. Observa-se que as características dos sistemas descentralizados de saúde são bastante heterogêneas no território nacional: diferentes capacidades financeiras, administrativas e operacionais para a prestação da atenção à saúde e às distintas disposições políticas de governadores e prefeitos (VIANA et al., 2010, p. 2319).

Os processos de descentralização, regionalização e hierarquização estão intrinsecamente vinculados, e por conta disso, suas complexidades estão relacionadas. É necessário, portanto, compreender como que estas políticas se relacionam com as estruturas hierárquicas da própria regionalização urbana brasileira.

Deslocamentos Populacionais e saúde

Para a construção deste estudo, entende-se que a mobilidade abrange os movimentos populacionais circulatórios ou de curta duração temporal, com consequências sociais, econômicas, políticas e ambientais, num sentido mais abrangente do que o conceito de migração (HOGAN, 2005).

Devido à complexidade cada vez mais aflorada dos movimentos populacionais, fazem-se necessários novos empenhos teóricos e metodológicos para a compreensão da distribuição e da circulação populacional (CUNHA, 2011). Leva-se em consideração, ainda, que as causas mais amplas dos movimentos espaciais da população se vinculam com condicionantes estruturais relacionados aos contextos históricos e com mudanças institucionais (SINGER, 1998). Assim, pode-se compreender que os fluxos populacionais que apresentam como estrutura a hierarquização e a regionalização dos serviços de saúde podem se constituir como uma nova modalidade dos movimentos espaciais da população (BAENINGER, 2012).

Assim, procura-se refletir sobre os novos desafios colocados para os serviços públicos de

saúde na atual configuração dos deslocamentos populacionais para atendimento em saúde, ponderando sobre a necessidade de formulação de políticas que atendam às necessidades destes movimentos. Dentre estes deslocamentos sem encontram os que estão vinculados a uma ação terapêutica e/ou a trajetória percorrida pelos usuários à procura de atendimento, estando este fluxo relacionado a qualquer esforço realizado para alcançar a resolutividade de sua necessidade em saúde (ROESE; GERHARDT, 2008).

Diversas são as questões que suscitaram a problemática de pesquisa e norteiam este estudo: Como a população brasileira se move pelo espaço à procura serviços de saúde de média e alta complexidade? Qual o impacto/dimensão dessa mobilidade para os locais de destino e para a saúde da população? Qual o perfil sócio demográfico das pessoas que procuram serviços de saúde fora de seus municípios de residência? Contudo, o que se pretende responder com a realização desta pesquisa é a relação entre a estrutura do SUS (hierarquização e regionalização) e a mobilidade espacial da população. Ou seja, os critérios da regionalização dos serviços do SUS estão condizentes com as práticas de mobilidade populacional já estabelecida histórica e culturalmente ou favorecem novos tipos e direções de deslocamentos?

Portanto, para a elaboração deste estudo, inicialmente foi realizada uma análise dos deslocamentos para utilização dos serviços de saúde tendo as Autorizações de Internação Hospitalares (AIHs) como principal base de informações. As AIHs são organizadas por cada unidade hospitalar participante do SUS (tanto pública como as particulares conveniadas) e disponibilizadas através do SIH/SUS, que é gerido pelo Ministério da Saúde. Como dentre as variáveis das AIHs estão presentes o local de residência e o local de internação, pode-se fazer uma analogia com estas informações e compreender que existe um fluxo de saúde para as pessoas que se internam em locais distintos dos que elas residem. Assim, consegue-se verificar localidades que atraem e que dispersam população com relação aos dados de internação.

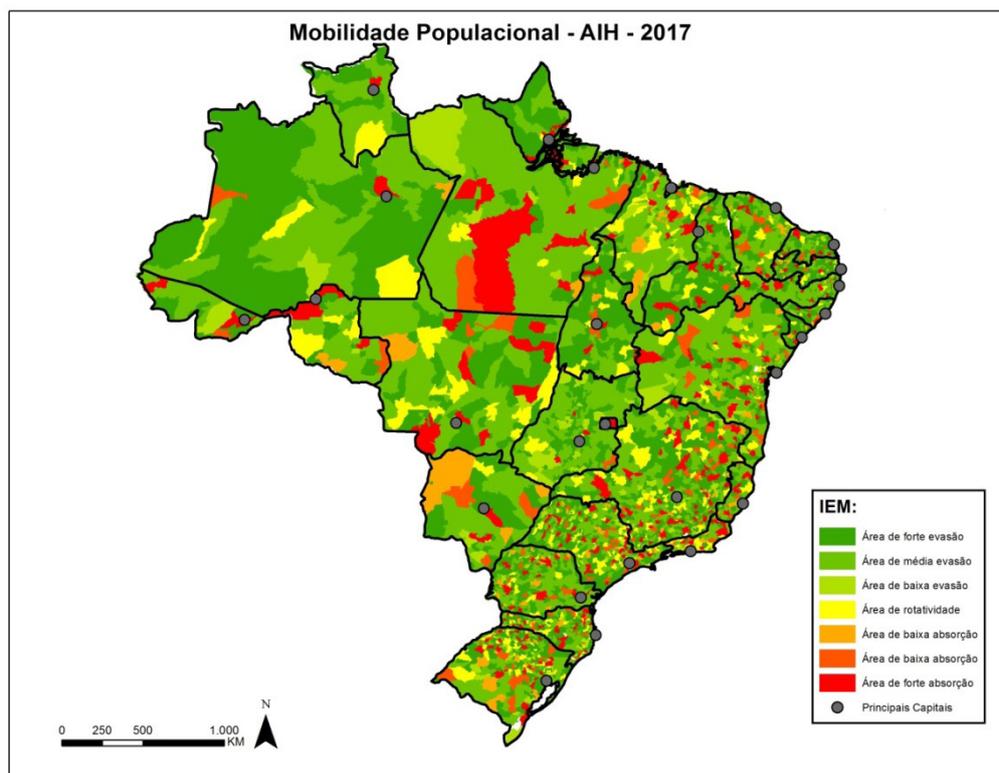
Com isso, é possível observar o volume de “imigrantes” e de “emigrantes”, sendo possível calcular o “fluxo de saúde bruto” (somando do volume de imigrantes e emigrantes) e o “saldo do fluxo de saúde” (subtraindo o número de emigrantes do volume de imigrantes). Além disso, pode-se encontrar o índice de eficácia dessa mobilidade, sendo este resultado da razão entre o saldo migratório e a migração bruta.

O Índice de Eficácia Migratória (IEM) é um indicador muito discutido entre os autores que discorrem sobre a temática da mobilidade espacial da população e Baeninger (1999) propõe uma classificação que permite analisar a capacidade de evasão, atração ou rotatividade migratória de determinada localidade. Sua classificação separa o índice em sete grupos:

- i) -1,00 a -0,51: área de forte evasão migratória;
- ii) -0,50 a -0,30: área de média evasão migratória;
- iii) -0,29 a -0,01: área de baixa evasão migratória;
- iv) 0,00 a 0,09: área de rotatividade migratória;
- v) 0,10 a 0,29: área de baixa absorção migratória;
- vi) 0,30 a 0,50: área de média absorção migratória;
- vii) 0,51 a 1,00: área de forte absorção migratória.

Desta forma, influenciam, por consequência, os movimentos populacionais em busca de atendimentos, como pode-se verificar na figura a seguir:

Figura 1: Índice de Eficácia da Mobilidade entre municípios residência e municípios de internação no Brasil em 2017.



Fonte: Elaboração própria, SIH – SUS, 2017.

O mapa representa o índice de eficácia da mobilidade entre municípios de residência e municípios de internação, graduando entre áreas de maior evasão e áreas de maior absorção. As localidades em vermelho correspondem às áreas de maior absorção e as em verde, de maior evasão. As localidades em amarelo seriam área de rotatividade, apresentando tanto absorção como evasão.

Com base nestes dados, pode-se verificar que existe significativa mobilidade espacial para internações hospitalares entre os municípios brasileiros e que as áreas de maior absorção confirmam a centralidade das grandes cidades. Contudo, é preciso considerar que os dados não foram ponderados pelo tamanho populacional de cada localidade, sendo necessário este cálculo para uma análise mais detalhada.

Considerações Finais

A partir do que se pôde verificar, reflete-se sobre a necessidade de discussão sobre a disposição da aparelhagem médica dentre os distintos níveis hierárquicos de atendimento estar coerente com as práticas dos usuários do sistema e com as complexidades urbanas brasileira. Desta forma, abarcando as políticas relativas à saúde pública e refletindo sob o viés das componentes demográficas, esta pesquisa pretende analisar, como se configura a rede de mobilidade espacial da população a partir da estrutura dos serviços de saúde.

Os resultados aqui apresentados fazem parte de um trabalho de tese de doutorado que ainda se encontra em andamento. Nas próximas etapas da pesquisa, espera-se relacionar os fluxos de saúde com a complexidade urbana nas Regiões brasileiras; conhecer o grau de centralidade das grandes cidades brasileiras nos atendimentos de maior complexidade; determinar os níveis de polarização dentre as cidades médias; verificar os fluxos de saúde em áreas de fronteira terrestre, relacionando-os com movimentos internacionais motivados pelo uso dos serviços públicos de saúde brasileiros, para que assim seja possível compreender a relação das diretrizes do SUS com

a distribuição da população no espaço e com as complexidades da rede urbana.

Referências

ARRETECH, M. Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização. 3.ed. Rio de Janeiro, RJ: Revan; São Paulo, SP: FAPESP, 2011.

ARRETECH, M. Relações federativas nas políticas sociais. Educação & Sociedade, Campinas, SP, v. 23, n. 80, p. 25-48, 2002.

BACKES, M. T.; ROSA, L. M. da; FERNANDES, G. C. M.; MEIRELLES, B. H. S.; SANTOS, S. M. de A. dos. Conceitos de Saúde e Doença ao Longo da História. Revista Enfermagem. UERJ, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 11-117, 2009.

BAENINGER, R. Região, metrópole e interior: espaços ganhadores e espaços perdedores nas migrações recentes – Brasil, 1980-1996. 1999. 243f. Tese (Doutorado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 1999.

BAENINGER, R. Rotatividade migratória: um novo olhar para as migrações internas no Brasil. Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana – REMHU, Brasília, DF, Ano XX, n. 39, p. 77-100, 2012.

BAHIA, L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C. (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ, 2005.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D'A. (Orgs.). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

Brasil. As Cartas da Promoção da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CUNHA, J. M. P. Apresentação – Mobilidade espacial da população: desafios teóricos e metodológicos para o seu estudo. In: _____ (Org.). Mobilidade espacial da população: desafios teóricos e metodológicos para seu estudo. Campinas, SP: Nepo/Unicamp, 2011.

DOURADO, D. de A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. Revista Saúde Pública, 45(1): 204-11, 2011.

FARIA, R.; BORTOLOZZI, A. A territorialização como proposta para organização da atenção básica à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): análise de uma prática geográfica da saúde. Revista Geografia, Rio Claro, v. 37, n. 3, p. 431-444, 2012.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ, 2008.

FRAIZ, I. C. Saúde e sociedade. In: ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO, L. R.; SILVA, L. L. (Org.). Saúde da família na atenção primária. Curitiba, PR: Editora IBPEX, 2007.

GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. Revista de Saúde Pública, São Paulo, SP, v. 40, n. especial, p. 11-23, 2006.

HOGAN, D. J. Mobilidade populacional, sustentabilidade ambiental e vulnerabilidade social. *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo, SP, v. 22, n. 22, p. 323-338, 2005.

REIJNEVELD, S. Reported health, lifestyles and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 52, n. 5, p. 298-304, 1998.

RODRIGUES, P. H.; SANTOS, I. S. Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

ROESE, A.; GERHARDT, T. E. Fluxos e utilização de serviços de saúde: mobilidade dos usuários de media complexidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, RS, v. 29, n. 2, p. 221-229, 2008.

SINGER, P. Economia política da urbanização. 14.ed. rev. São Paulo, SP: Contexto, 1998.

SOUZA, H. M. de; SAMPAIO, L. F. R. Atenção Básica: política, diretrizes e modelos coletâneos no Brasil. In: NEGRI, B; FARIA, R.; VIANA, A. L. Á. (orgs.) Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas, SP: Unicamp/IE, p. 9-32, 2002.

STEINBERG, M. A inseparabilidade entre Estado, políticas públicas e território. In: _____ (Oor.). Território, Estado e políticas públicas espaciais. Brasília, DF: Ler Editora, 2013.

UNGLERT, C. V. S.; ROSENBERG, C. P.; JUNQUEIRA, C. B. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de Geografia em Saúde Pública. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, SP, v. 21, n. 5, p. 439-446, 1987.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). Tratado de saúde coletiva. 2.ed. São Paulo, SP: Hucitec; Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2009.

VIANA, A. L. d'Á.; IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; LIMA, L. D. de; ALBUQUERQUE, M. V. de; IOZZI, F. L. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspectiva*, v. 22, n. 1, p. 92-106, 2008.

VIANA, A. L. d'Á.; LIMA, L. D. de; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 15(5): 2317-2326, 2010.

AVALIAÇÃO DE IMPLANTAÇÃO DE GEOTECNOLOGIAS APLICADAS A SAÚDE: UMA PROPOSTA METODÓLOGICA

EVALUATION OF IMPLEMENTATION OF GEOTECHNOLOGIES APPLIED TO HEALTH: A METHODOLOGICAL PROPOSAL

Eucilene Alves Santana

Pesquisadora Colaboradora Pós-Graduação em Geografia
Universidade de Brasília-UNB
eucilenealves2012@gmail.com

Nádia Maria da Silva Machado

Pesquisadora de campo Escola Nacional de Saúde Pública
Fiocruz/MS

Helen Gurgel

Universidade de Brasília-UNB

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

Universidade Federal do Pará- UFPA

Walkiria Gentil Almeida Andréev

Tutora do curso de Especialização em Avaliação em Saúde
FIOCRUZ/MS

ABSTRACT: This article aims to propose a methodological model of summative evaluation, for use of geoprocessing tools in the services and actions of the Unified National Health System (SUS), considering two: effectiveness and efficiency of the seven pillars of the evaluation method. The evaluation consists of the following steps: understanding the role and mission of the service in the health system, establishing the objectives of the evaluation, choosing the aspects or dimensions to be evaluated, building criteria, standards and indicators; design of the evaluation study; evaluation process; identification of problems and failures, proposals for change; implementation of the correction and reevaluation actions, which are presented in a logical model. And the proposed one consists of information by structure, process and result dimensions needed to measure the level of quality achieved by comparing and analysis of the information to be obtained, from the criteria previously established in the matrix of analysis and judgment. As a result, we obtained a logistic model, the relevance matrix of the evaluation, the analysis and judgment matrix, a structured questionnaire with 17 questions, indicators to measure access, quality and performance. As a recommendation for the evaluation of other Geoprocessing tools used in the SUS, allowing the comparison of effectiveness and efficiency.

KEYWORDS: evaluation model, indicators, geoprocessing, public health

Apesar da grande oferta de ferramentas de livre acesso, a dificuldade e/ou carência apontada pelo gestor de saúde municipal, consiste na falta de domínio de uma ferramenta que tenha funções de: organizar, sistematizar dados e gerar informações em um único ambiente, dando-lhes a possibilidade de monitorar e avaliar as ações em tempo hábil. Visando minimizar essa carência, em 2013 o Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) do Ministério da Saúde (MS) disponibilizou uma ferramenta de geoprocessamento como projeto

piloto a ser testada pela equipe e gestores de saúde em Manaus, contribuindo para sistematizar espacialmente, monitorar e avaliar as ações e serviços do SUS ofertados no município visando atender entre outras as expectativas do gestor municipal (MORETTI, et al., 2014).

A escolha da cidade de Manaus, Amazonas, ocorreu por demanda espontânea dos próprios gestores locais deste município. A região apresenta um quadro de diagnóstico de vulnerabilidade à saúde pública, com agravos relacionados a questões sociodemográficas, socioeconômicas, climáticas e ambientais. Expresso no perfil epidemiológico o qual é marcado pela sobreposição de grupos de causa com diferentes naturezas, como observado por Oliveira (2008).

A partir da disponibilização da ferramenta i3geo Saúde, pelo DEMAS/MS, assegurou ao município a possibilidade de manipulação de dados georreferenciados sobre temas ligados à saúde pública, desagregados a menor unidade, bairros, agregando a prática diária no processo de trabalho das equipes de saúde e gestores quanto ao monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde. Uma vez que a ferramenta é voltada para a manipulação de dados georreferenciados sobre temas ligados à saúde pública no Brasil, desagregada a menor unidade-bairros e permite também a construção e publicação de mapas interativos na Internet, facilitando a organização e análise da informação de forma espacial na área de saúde e operações espaciais, (BRASIL, 2014).

No entanto, após a implantação da ferramenta no município, o gestor federal pergunta-se: Qual foi a contribuição da ferramenta i3geo Saúde na gestão do SUS local (município)? Diante do contexto, o presente estudo tem como objetivo propor um modelo metodológico de avaliação somativa¹, a qual tem como característica mostrar, o que foi feito, e se os objetivos estabelecidos foram atingidos, podendo ser replicada para outras ferramentas e outras intervenções.

Destaca que apesar do termo monitoramento está geralmente atrelada à avaliação, há diferenças que devem ser consideradas, por exemplo, o monitoramento tem caráter ágil, flexível e amplo. Enquanto, a avaliação deve ser eficiente sistemática, científica e legítima, visando explicar a relação existente e seus efeitos, considerando os contextos políticos, econômicos, culturas, sócio demográfico e organizacional (HARTZ, 1999).

A concepção de qualidade depende do lugar que ocupa o sujeito (CAMPOS, 2005), nesta proposta metodológica, está vinculado também aos responsáveis pela provisão e gestão dos serviços, desta forma o foco será no rendimento, custo e eficiência. E o grau de adequação ou de excelência na execução das ações e serviços devem ser aferidos por meio da comparação de parâmetros apropriados (PEREIRA, 2006), os quais foram listados na matriz de análise e julgamento e estabelecidos no momento da construção do plano e da avaliação.

No Brasil e no mundo tem se utilizado o método revisado de avaliação da qualidade de Donabedian (1990), conhecidos como os sete pilares: eficiência, eficácia, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Dois destes, eficácia e eficiência compõem a metodologia proposta.

Adotando que eficácia aponta o grau com que um programa ou intervenção, ou política atingem as metas e objetivos planejados, ou seja, uma vez estabelecido o referencial (linha de base) e as metas a serem alcançadas, utiliza-se indicadores de resultado para avaliar se estas foram atingidas ou superadas, (BRASIL, 2012).

Enquanto Eficiência aponta uma análise da relação entre custos e consequências, podendo ser medida ou sobre as condições próximas do ideal ou na prática diária ou, definida como os efeitos alcançados em relação ao esforço empreendido, em termos de custos, recursos e tempos que foram gastos para alcançá-los (MEDRONHO, 2006). E ainda, o quanto se consegue produzir com os meios disponibilizados, (BRASIL, 2012).

Nesse sentido o modelo teórico/lógico proposto contém informações por dimensões de estrutura, processo e resultados necessários para medir o nível de qualidade alcançado comparando e analisando as informações obtidas, a partir dos critérios previamente estabelecidos constantes na matriz de análise e julgamento elaborada. Adotou se os conceitos estabelecidos pelos autores

1 Avaliação somativa: visa fornecer julgamentos sumários sobre aspectos fundamentais do programa ou estratégia política, ou intervenção sendo frequentemente utilizada para deliberar sobre a continuidade ou o encerramento destes, baseando-se na especificação de até que ponto os objetivos propostos foram atingidos (FURTADO, 2001)

(MEDRONHO, 2006; PEREIRA, 2006), quanto à “estrutura” - os recursos ou insumos utilizados na assistência à saúde e para “processo” - as atividades ou os procedimentos empregados pelos profissionais de saúde para transformar os recursos em resultados.

Em suma uma avaliação deve seguir as seguintes etapas: entendimento do papel e da missão do serviço no sistema de saúde, estabelecimento dos objetivos da avaliação, escolha dos aspectos ou dimensões a serem avaliadas, construção de critérios, padrões e indicadores; desenho do estudo de avaliação; processo de avaliação; identificação dos problemas e falhas, propostas de mudança; execução das ações de correção e reavaliação (CAMPOS, 2005). Os quais serem abordados nesta proposta metodológica.

Antes, porém um resgate na literatura de como tem se aplicado as geotecnologias na saúde. Exemplos clássicos são: identificação e mapeamento de risco, e/ou em busca de respostas, e/ou se a transmissão de um agravo a um determinado grupo populacional está ou não associada a um determinado tipo de vegetação, ou a outro condicionante (BARCELLOS; RAMALHO, 2002), e/ou na utilização de métodos descritivos associados ao geoprocessamento para o planejamento de ações de controle da doença como a Hanseníase (MARQUES et al., 2017). E recentemente como instrumentos no auxílio a gestão (MORETTI et al., 2014; MÜLLER; CUBAS; BASTOS, 2010 e BARCELLOS et al., 2008).

Nos municípios, tem-se verificado um aumento do movimento na produção de bases cartográficas municipais. Estes municípios têm feito uma soma de investimentos em aplicativos de georreferenciamento de endereços, utilizando, inclusive, “redes neurais”, na tentativa de minimizar erros, especialmente os de grafia (BARCELLOS; RAMALHO, 2002). Porém sem relatos da avaliação da eficácia e eficiência dos mesmos pós implantação.

Conforme Hino (2006), os eventos de saúde identificados de forma georreferenciados possibilitam importante análise e avaliação de riscos à saúde da população, principalmente relacionando ao meio ambiente e ao perfil socioeconômico. Ainda, por Pontes (2003), o uso tem sido facilitado pelo amplo acesso a bases de dados epidemiológicos e pela disponibilidade de ferramentas cartográficas e estatísticas computadorizadas. Esses avanços possibilitam a confecção de mapas temáticos que podem contribuir para a formulação de hipóteses a respeito da distribuição espacial de agravos à saúde e sua relação com indicadores socioeconômicos. É fato que o acompanhamento dos eventos de saúde a partir do georreferenciamento proporciona um melhor monitoramento dessas informações, permitindo análises de comparações num aspecto mais ampliado para as possíveis intervenções sanitárias.

Porém, permanece a pergunta avaliativa: O uso da ferramenta possibilita aos municípios organizar os dados de saúde especializados em um único ambiente, fornecendo painéis de indicadores, cenários para subsidiar a tomada de decisão do gestor e se ocorreram mudanças organizacionais nos serviços de saúde?

METODOLOGIA

Para a construção da proposta foram realizadas reuniões presenciais e/ou por telefone com os gestores do Ministério da Saúde; gestores da Secretária Municipal de Saúde de Manaus, AM e com os técnicos de informação (TI) responsáveis pelo desenvolvimento e/ou pelo uso da ferramenta implantada (I3Geo Saúde), visando reunir informações da contextualização, dos objetivos e metas estabelecidas da adesão da gestão municipal para a o uso da ferramenta desenvolvida no âmbito do Ministério da Saúde.

Utilizou-se ainda, de documentos disponibilizados pelos gestores e técnicos envolvidos nos processos, como atas de reuniões, relatórios, e-mails e links de sites sobre a ferramenta em uso. Permitindo desta forma estabelece a proposta metodológica de avaliação contendo os objetivos da avaliação, a escolha dos aspectos ou dimensões a serem avaliadas, a construção de critérios, de padrões e de indicadores.

A escolha do modelo de avaliação somático ocorreu seguindo as diretrizes e orientações do curso de pós-graduação em Avaliação em Saúde da ENSP/Fiocruz.

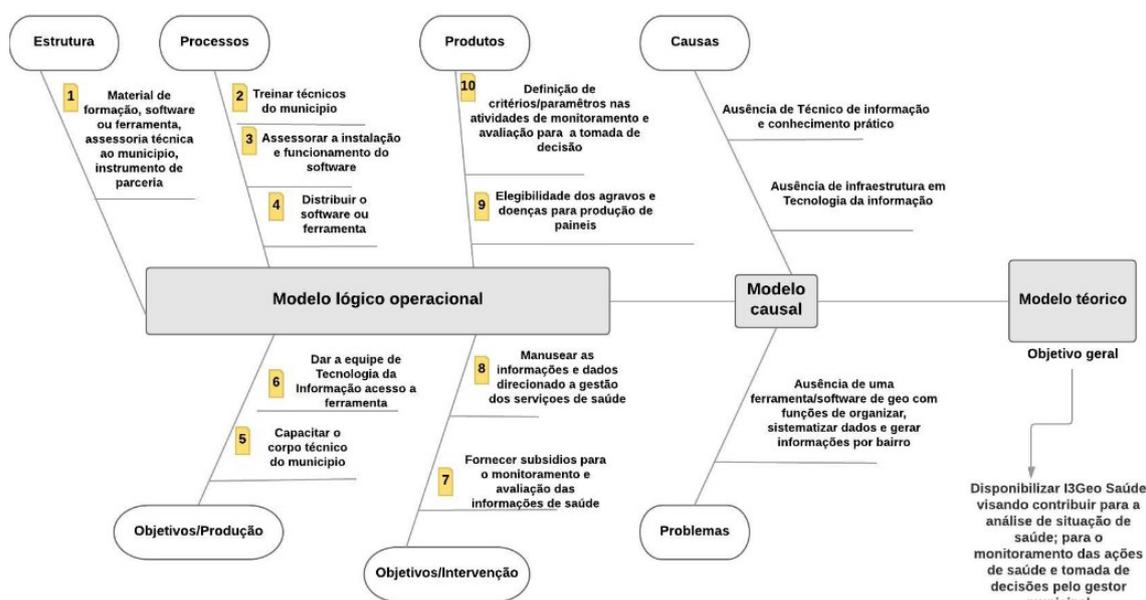
RESULTADOS

A proposta metodológica de avaliação contempla os eixos estrutura e processo. Por enfatizar as explicações para a diferença entre o pretendido e o realizado (CHAMPAGNE et al., 2011). Bem como os atores envolvidos, se as ações atingiram a população-alvo pretendida, o nível, a extensão e a qualidade dos serviços prestados e quais os recursos foram necessários para apoiar o esforço realizado conforme a referência de Cruz, (s/d).

Neste contexto, os componentes necessários para avaliação são:

Modelo Lógico- inclui as especificações citadas por Hartz (1999): o problema, a população alvo, as condições do contexto, o conteúdo da intervenção, os atributos necessários para produzirem os efeitos esperados. O modelo lógico é composto de três núcleos: modelo lógico operacional, modelo causal e o modelo teórico. Contemplando a estrutura fornecida, os processos de trabalho desenvolvido, os objetivos da intervenção e da produção, bem como os produtos esperados e, no causal as causas da intervenção, o problema e por fim o objetivo geral definido no modelo teórico, a intervenção realizada no município (Figura 1). No modelo todos os componentes estão relacionados entre si, mas no núcleo do Modelo lógico operacional é necessário uma inter-relação entre a estrutura, processos, produção, intervenção para chegar aos produtos esperados, foram então relacionados diretamente quando na construção do modelo os itens (2,5,7,9,10), (3,6,8,9,10), (4,6,8,9,10).

Figura 1 – Modelo Lógico da Intervenção a partir da disponibilização a ferramenta i3Geo Saúde no município de Manaus-AM.



Desenho da avaliação- por se tratar de município específico, sugere o estudo de caso, por permitir a utilização de uma variedade de métodos qualitativos, incluindo entrevistas, análise de documentos, observações não participativas de reuniões, ou ainda podem combinar métodos qualitativos e quantitativos (BUCHLER, 2009).

Identificação dos interessados- Ministério da Saúde/ Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS, esfera Federal e na esfera Municipal- Secretaria Municipal de Saúde de Manaus-AM colaborador chave no processo.

Seleção dos participantes da pesquisa- todos os profissionais técnicos que atuam na área

de monitoramento das ações de saúde que utilizam a ferramenta, como também os gestores municipais da SMS de Manaus e do Ministério da Saúde, para responderem o questionário estruturado.

Fontes de dados- dados primários: coletadas por meio de questionário estruturado com questões fechadas e distribuídas na escala contínua de Likert (1932), com no máximo cinco pontos, com variação de nível desde “Discordo totalmente, discordo parcialmente, não concordo e nem discordo, a Concordo parcialmente e Concordo totalmente”, método também utilizado por Moraes; Costa (2014).

O questionário contempla dois blocos de informações: 1º Bloco- informações de identificação do entrevistado e o 2º Bloco -informações com perguntas fechadas (Figura 2).

Figura 2 – Estrutura do questionário estruturado contendo as perguntas de interesse para avaliação somática.

1º Bloco: nome do entrevistado, função cargo, tempo na função; contato e-mail	
2º Bloco: questões fechadas	
<p>1 Conexão com internet atende o serviço do i3Geo saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discordo totalmente • Discordo parcialmente • Não concordo e nem discordo • Concordo parcialmente • Concordo totalmente 	<p>4 O treinamento no i3Geo saúde atendeu o objetivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discordo totalmente • Discordo parcialmente • Não concordo e nem discordo • Concordo parcialmente • Concordo totalmente
<p>2. Possui computador exclusivo para a atividade com o i3Geo saúde; 3. Trabalha em média 4 horas para atividade; 5. A sua participação ocorreu do início ao final da implantação; 6. O i3Geo saúde é apoiado pelo gestor atual; 7. A lógica do i3Geo saúde é clara para você; 8. Fui orientado quanto a importância e a utilidade do i3Geo saúde; 9. A assessoria foi suficiente para esclarecer as dúvidas que surgiram; 10. Teve acesso a todo o material de suporte do i3Geo saúde; 11. O i3Geo saúde é útil na organização e sistematização dos dados; 12. A ferramenta tem sido útil no planejamento das atividades de saúde; 13. O suporte e assessoria ao i3Geo saúde foram constantes; 14. Não tenho dúvida quanto a operacionalidade da ferramenta; 15. Utilizo o i3Geo saúde na rotina; 16. Os dados foram disponibilizados na INDE após a implantação; 17. A ferramenta tem sido útil na INDE e a atualização é realizada de forma sistemática</p>	

Dados secundários- devem ser coletados de forma sistemática: 1. no site e respectivos Dashboard local e no INDE, 2. da análise da documentação de pactuação da intervenção no município de Manaus das reuniões entre os gestores e equipe técnica do Ministério da Saúde/ Departamento e Monitoramento de Avaliação do SUS e do município disponibilizada por ambos; 3. Da análise documental dos registros técnicos sobre a ferramenta I3Geo Saúde, no DEMAS/MS, a exemplo do manual de implantação da ferramenta, registros de acompanhamento e suporte técnico.

Avaliação dos Resultados - este componente na avaliação requer o uso de indicadores de processo, estrutura e de resultados, estabelecidos na fase de planejamento da avaliação. Estes devem ser objetivos e mensuráveis, e ainda que retratem o funcionamento e a utilidade da ferramenta no auxílio da gestão a partir das informações obtidas dos dados primários e secundários. Nesta etapa é exigido uma atenção para a organização e tabulação dos dados coletados, os quais devem estarem de acordo com as categorias do Modelo Lógico proposto, devendo ainda, relacionar as categorias com as dimensões previstas na Matriz de Análise e Julgamento, possibilitando desta forma uma maior compreensão inter-relação na análise.

As matrizes em geral no campo de avaliação em saúde expressam a lógica causal de uma intervenção, traduzindo como os seus componentes contribuem na produção dos efeitos, além de favorecer sínteses em forma de juízos de valor (ALVES, et al., 2010). A utilização da matriz orienta a proposição de indicadores inseridos em três dimensões: acesso (PENCHANSKY; THOMAS, 1981; DONABEDIAN, 1984), qualidade e desempenho (MATITZ; BULGACOV, 2011) e suas respectivas subdimensões: oportunidade; conformidade e resultados e com as respectivas

fontes de verificação, e técnica de coleta (Figura 3).

Figura 3. Matriz de Relevância da Avaliação

Dimensões	Subdimensões	Indicadores	Fonte de verificação	Técnica de coleta
Acesso	Oportunidade	<i>Percentual de recursos financeiros dispendido</i>	Plano de custo elaborado pelo município e Ministério da Saúde	Análise documental
		<i>Número de recursos humanos no processo de implementação</i>		
		<i>Tempo gasto entre a implementação e a operacionalização do i3Geo saúde</i>	Resultados da aplicação do questionário estruturado	Questionário estruturado a ser aplicado aos técnicos e gestores do município e Ministério da Saúde
Qualidade	Conformidade	<i>Quantidade de ponto de rede disponível no local</i>	Resultados da observação in loco e das entrevistas realizadas com os técnicos	Observação in loco e entrevistas abertas com os técnicos usuários da ferramenta
		<i>Quantidade de computadores</i>		
		<i>Tempo em dias que o sistema está em uso desde a sua implementação</i>	Banco de dados do i3Geo saúde no local	Coleta e análise dos dados disponíveis no i3Geo como data de atualização da informação disponibilizada e se o mesmo está em funcionamento em uma planilha
Desempenho	Resultados	<i>Número de técnicos treinados na Ferramenta</i>		
		<i>Periodicidade de disponibilização de material tutorial e número de protocolos criados disponibilizados após a implementação</i>	Resultados da aplicação do questionário estruturado	Visita in loco e questionário estruturado aplicado aos técnicos e gestores do município e Ministério da Saúde
		<i>Percentual de recursos utilizados (gasto/programado)</i>	Plano municipal de saúde e planilha orçamentária do Ministério da Saúde	Análise dos recursos programados e contra aprtida do Ministério da saúde para o quesito estrutura e informações
		<i>Quantidade de informações produzidas (Número de informações de saúde geradas/dias trabalhados no mês)</i>	Registro na Base do i3Geo saúde	Coleta e análise dos dados disponíveis no i3Geo saúde
		<i>Quantidade produtos (Informações) disponibilizadas no sítio e ou site após a capacitação da equipe local</i>		
		<i>Qualidade das informações (produtos) disponibilizados no i3Geo saúde</i>	SAGE- Sala de apoio a Gestão Estratégia do Ministério da Saúde	Coleta e análise dos dados disponíveis no i3Geo saúde e na SAGE

Matriz de Análise e Julgamento- um dos componentes essenciais da avaliação possibilita a conformação dos aspectos identificados da implantação da ferramenta i3Geo Saúde, com pontuações preestabelecidas por proporcionar o julgamento da relação entre a proposta da intervenção e a implantação de fato. Na elaboração desta matriz, foram utilizados, os insumos de oportunidade e conformidade, relacionados às dimensões de acesso e qualidade respectivamente, integrantes esses, do componente estrutural dessa análise. Já os insumos atribuídos à eficácia e eficiência estão distribuídos na dimensão de desempenho a partir do componente de mensuração do desempenho da intervenção (Figura 4).

A matriz de análise e julgamento considerou, também os indicadores e critérios observando pesos esperados e alcançados estabelecidos pelos avaliadores, para a análise do grau de implementação. Foram atribuídos 10 pontos para cada item, divididos pelas dimensões de acesso total: 25% (do total dos pontos), dimensões de qualidade total: 33,33% (do total dos pontos), e dimensão de desempenho 33,33% (do total dos pontos), totalizando 120 pontos (100%) dos pontos atribuídos.

Figura 4 – Matriz de Análise e Julgamento

		Dimensões de Acesso						
		Índices de disponibilidade	N	%	Peso esperado	Peso alcançado	% grau de implementação	
Componente Estrutural	Insumos Oportunidade	Havia recursos financeiros disponíveis			10		Resposta afirmativa= 10	
		Havia infraestrutura física			10		Resposta negativas= 0	
		Havia recursos humanos			10			
	Insumos Oportunidade			30	N	25,00%		
			Dimensões de Qualidade					
	Insumos Conformidade	Produtos (painel) no site disponibilizados	Monitoramento da qualidade de dados e informações			10		Resposta afirmativa= 10
			Protocolo e/ou tutorial elaborado			10		Resposta negativas= 0
			Capacitação técnica no software em uso			10		
			Insumo- Conformidade			40	N	33,33%
			Dimensões de Desempenho					
Componente Desempenho	Insumo Desempenho Eficácia	Painel disponibilizado no site			10		Resposta afirmativa= 10	
		Qualidade dos painéis disponibilizados			10		Resposta negativas= 0	
	Insumo Desempenho Eficácia			20	N	16,66%		
	Desempenho Eficácia	Recurso Financeiro	% Técnicos capacitados			10		Resposta afirmativa= 10
			% de gasto com infraestrutura			10		Resposta negativas= 0
			Produtividade da equipe			10		
			Insumo Desempenho Eficácia			40	N	33,33%
	TOTAL DISPONIBILIDADE DE INSUMOS E ATIVIDADES				120	N	100%	

Meta avaliação- A condução adequada das avaliações deve ser verificada por meio de meta-avaliações, sendo importante por revisar de forma sistemática o desenho, o processo e os resultados de uma avaliação, onde se utilizam como parâmetro os quatro atributos básicos da avaliação: utilidade, viabilidade (exequibilidade), propriedade e precisão (exatidão) (JOINT COMMITTEE, 1994). Nas abordagens somativas de meta-avaliação, estas ocorrem após o término da avaliação, depois que todo o processo avaliativo já aconteceu, além do mais auxiliam os interessados a perceber tanto os pontos fortes como as fragilidades da avaliação realizada e ainda, o seu mérito e valor (STUFFLEBEAM, 2001). E tem como finalidade de saber o que foi realizado ou não na avaliação, como também o impacto da avaliação. Orientações estão publicadas no JOINT COMMITTEE (1994; 2011) para consulta.

CONSIDERAÇÕES

Ponderando que há uma vasta literatura do uso da avaliação somativa voltados para programas, políticas e intervenções, no âmbito da saúde, este parece ser um dos padrões de avaliação no Brasil. O que torna oportuno e útil a divulgação desta proposta metodológica para avaliação da eficácia e eficiência de ferramentas de geoprocessamento em uso nas ações/atividades do SUS.

Visto ainda, que a proposta metodológica apresentada permite explicar como ocorreu a implantação da ferramenta, neste caso o i3GEO Saúde. Não limitaria apenas a uma análise dicotômica da intervenção, sem considerar as modalidades de implantação nos diferentes contextos e tampouco os mecanismos intervenientes associados aos seus efeitos (DENIS; CHAMPAGNE,

1997). Contribui também, para a formulação de um desenho que se perceba os vários contextos existentes, como identificar de forma clara o foco da avaliação fundamental para a construção do todo e, na definição do uso dos resultados da avaliação (CHEN, 1990).

Espera-se que a partir da divulgação do modelo proposto, ocorra uma maior sensibilização de pesquisadores e acadêmicos de diversas áreas para a realização de avaliações das ferramentas de geoprocessamento em uso na gestão da saúde pública. Fornecendo respostas aos gestores e técnicos de saúde das escolhas destas ferramentas no âmbito municipal, estadual ou federal.

AGRADECIMENTOS

A equipe do curso de Aperfeiçoamento/Especialização em Curso de Especialização em Avaliação em Saúde- Fundação Oswaldo Cruz, ao LAGAS/UnB e projetos UnB/IRD JEAI-GITES e LMI-Sentinela e do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS/Secretaria Executiva/Ministério da Saúde pelo apoio constante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, C.K de A.; NATAL, S.; FELISBERTO, E.; SAMICO, I. 2010 Interpretação e análise das Informações: o Uso de Matrizes, critérios, Indicadores e Padrões. In: SAMICO, I. et al., Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010, 196p.

BARCELLOS, C.; RAMALHOS, W. Situação Atual do Geoprocessamento e da Análise de Dados Espaciais. Informática Pública, v.4, n.2, p. 221-230, 2002.

BARCELLOS, C.; RAMALHO, W.M; GRACIE, R.; MAGALHÃES, M.de A.F.M.; FONTES, M.P.; SKABA, D. Georreferenciamento de dados de saúde na escala submunicipal: algumas experiências no Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v.17, n.1, p. 59-70, 2008.

BRASIL. 2012. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Indicadores - Orientações Básicas Aplicadas à Gestão Pública. Brasília: MP, 2012. 64 p.

BRASIL, 2014- SIG - BRASIL. Portal Brasileiro de dados espaciais. Infraestrutura Nacional de Dados Espaciais – INDE. Disponível em: <http://www.inde.gov.br/a-inde/apresentacao>. Acesso em: 01 nov.2014.

BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. (Org.) A avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011. 292 p.

BUCHLER, J. Teaching Quantitative Methodology to the Math Averse. PS: Political Science and Politics, v. 42, p. 527-530, 2009.

CAMPOS, C.E.A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. Rev. Bras. Saúde Materno Infantil, v. 5, (Supl 1), p. S63-S69, 2005.

CHAMPAGNE, F.; HARTZ, Z.; BROUSSELLE, A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Apreciação Normativa. In: Astrid Brouselle; François Champagne; André-Pierre Contandriopoulos; In: HARTZ, Z (Orgs.). Avaliação: Conceitos e Métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p: 77-94.

CHEN, H. T. Theory Driven Evaluations. Newbury Park: Sage Publications. 1990.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In

MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde [versão online], p.180-198. Disponível em www.ims.uerj.br/ccaps. Acesso em 14 dez.2018

DENIS, J.L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z. (ORG). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676- 36-1. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em 14 dez.2018.

DONABEDIAN A. La calidad de la atención médica – definición y métodos de evaluación. La Prensa Mexicana, México, D.F. 1984.

FURTADO, J.P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v.6, n.1, p.165-181, 2001.

HARTZ, Z.M.A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. Ciência & Saúde Coletiva, v. 4, n. 2, p. 341-353,1999.

HINO, P. et al., Geoprocessamento aplicado à área da saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. v.14, n.6, p. 939-943, 2006.

JOINT COMMITTEE ON STANDARDS FOR EDUCACIONAL EVALUATION - JCSEE. The program evaluation standards (2ed.) Thousand Oaks, CA: Sage, 1994.

JOINT COMMITTEE ON STANDARDS FOR EDUCATIONAL EVALUATION. The program evaluation standards: a guide for evaluators and evaluation users: a guide for evaluators and evaluation users. 3rd. ed. Thousands Oaks, CA: Sage, 2011.

LIKERT, R. (1932), “A Technique for the Measurement of Attitudes”, Archives of Psychology v.140: p. 1-55. Disponível em: http://www.voteview.com/Likert_1932.pdf. Acesso em 12 dez.2018.

MARQUES, N.T.A, et al., Geoprocessamento aplicado à epidemiologia da leishmaniose visceral. In: VIII Simpósio Nacional de Geografia da Saúde. Anais do VIII GeoSaúde, V Fórum Internacional de Geografia da Saúde UFGD – 2017, Dourados, Brasil, 27 de junho a 01 de julho de 2017, p.318-328. Disponível em: www.geosaude.org. Acesso em 16 dez.2018.

MATITZ, Q.R.S.; BULGACOV, S. O conceito desempenho em estudos organizacionais e estratégia: um modelo de análise multidimensional. RAC, v. 15, p.580-607,2011.

MEDRONHO R.A. Epidemiologia. São Paulo: Editora Atheneu. 2006.

MORETTI, E.; ALVÃO, D.; SELLERA.;P.E; LACERDA, A.M.A.; BRAZ, R.M.;TARSO,P. Espacialização das informações em saúde em nível local: experiências com o software i3gGeo Saúde. In: ANAIS DO 11º CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, Suplemento Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação Interface (Botucatu) [online], supl. 3, 2014. Disponível em <http://conferencias.redeunida.org.br/ocs/index.php/redeunida/RU11/paper/view/2694>. Acesso em 10 dez. 2018.

MORAIS, RM DE; COSTA, AL. Um modelo para avaliação de sistemas de informação do SUS de abrangência nacional: o processo de seleção e estruturação de indicadores. Rev.Adm. Pública, v.48, n. 3, p. 767-793, 2014.

MÜLLER,E.P.L.; CUBAS,M.R.;BASTOS,L.C. Georreferenciamento como instrumento de gestão

em unidade de saúde da família. Revista Brasileira de Enfermagem [en línea] 2010, 63. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019463017>. Acesso em 18 de fevereiro de 2019.

OLIVEIRA, P de T de R. Desigualdade Regional e o Território da Saúde Amazônica. Belém: EDUFPA, 2008. 248p.

PENCHANSKY R, THOMAS JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care. v.19, n.2, p. 127-140, 1981.

PEREIRA, M.G. Epidemiologia: Teoria e Prática. 10a reimpressão. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan. 2006.

PONTES, J. S. et al. Espaço, saúde e ambiente: uma análise espacial da comunidade santa clara por meios de técnicas de geoprocessamento. Cadernos do Logepa, v. 2, p. 116-126, 2003.

STUFFLEBEAM, D. L. The metaevaluation imperative. American Journal of Evaluation, Thousand Oaks, v. 22, n. 2, p.183-209, 2001.

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS: UM ALINHAMENTO A PERSPECTIVA DE ESTADO NEOLIBERAL

HOSPITALES UNIVERSITARIOS FEDERALES: UN ALINEAMIENTO LA PERSPECTIVA DE ESTADO NEOLIBERAL

Marcio Nolasco Leite

Mestrando em Geografia

Programa de Pós-Graduação em Geografia - UFGD

marcioleite@ufgd.edu.br

Adáuto de Oliveira Souza

Professor do Programa de Pós Graduação em Geografia – UFGD

RESUMEN: Este artículo objetivó buscar, en el pensamiento político latinoamericano, balizas que hicieran posible, reflexionar sobre el camino utilizado por esa región para hacer de la política social. En ese contexto, el análisis traído discurre sobre orígenes que determinaron ese hacer. El texto contribuye con el rescate de una literatura, como lo es la cepalina para el análisis del “desarrollo” de la región latina. Además, se aborda la cuestión de las grandes corporaciones - leviatán, que aliados al mercado se opone a la democracia y la búsqueda de equidad. El texto contextualiza la acción concreta del gobierno brasileño titulado Programa Nacional de Reestructuración de los Hospitales Universitarios Federales (REHUF), normatizada por el Decreto 7.802, de 2010, evidenciando una alineación con la perspectiva de estado neoliberal pregonada como “mejor” alternativa a seguir. El trabajo, está organizado en algunas etapas, de la siguiente manera: La primera pretende tratar sobre los elementos mercantiles establecidos a partir del pensamiento neoliberal que tiene en el mercado su mayor actor. En la segunda, el REHUF es presentado en el texto bajo la forma de acción de gobierno vinculada a la perspectiva neoliberal. En las consideraciones finales, intentamos hacer un análisis sobre el REHUF y el neoliberalismo y trazar una visión emancipatoria a ser pensada.

PALABRAS CLAVE: Hospitales Universitarios Federales; neoliberal.

O Pensamento Latino-Americano, acima de tudo, tem um viés político e a política representa as relações de classes e frações de classes (conforme concepção de Estado de Nicos Poulantzas) na disputa por poder, e por consequência pode influenciar no direcionamento das ações estatais.

A ideia é construirmos pressupostos coordenados, a partir, sobretudo, da teoria sociológica, sobre as origens de forças motrizes supranacionais que agiram sobre a região da América Latina, para assim propagarem um discurso neoliberalista solucionador dos problemas enfrentados pela Política Social, apregoando que o “mercado” resolveria tudo, já que a administração privada, em tese, seria mais eficiente que a pública, corroborando neste sentido, para se depreciar a visão sobre a disponibilização de serviços via Estado e depositando no “mercado” status de salvador. Um tom ideológico parece fazer parte da historicidade da Política Social. A intencionalidade deste texto é também correlacionar esse momento na trajetória do Pensamento Político sobre as Políticas Sociais para coaduná-lo, já na sua concretude, em uma ação de governo que carrega tais valores como o é o “Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - (REHUF)”. Nesse mote holístico de relação do Neoliberalismo com a ação REHUF, é que o texto se apresenta, nunca se fechando para incorporações futuras advindas da dinâmica sócio espacial, que por sua vez, não é estática e sim movimento.

O problema que iremos discutir ao longo deste artigo/trabalho é no sentido de

problematizar o direcionamento constituído a partir da propagação do neoliberalismo e, em decorrência, a chamada expansão do mercado, assim, os valores mercantis passaram a ser um consenso e, inclusive, passaram a participar por intermédio dos policy makers¹ da agenda para “melhoria” das políticas sociais/públicas, como soluções em termos de eficiência/reestruturação. A gestão dos Hospitais Universitários Federais por intermédio da ação REHUF e pari passu o fato da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH ter sido criada para ser gestora do REHUF sinalizam que o governo está usando ferramentas administrativas/gerenciais alinhadas com a perspectiva de estado neoliberal vigente.

1. O PENSAMENTO (NEO) LIBERAL CONSTITUÍDO COMO CAMINHO CAPITALISTA PARA UM TIPO DE “DESENVOLVIMENTO”

Calderón (2017) nos instiga a pensar se em plena era da informação, no envolvimento da globalização, poderíamos pensar em um novo tipo de desenvolvimento possível para a Região latino-americana, que expanda e inove dinâmicas de um desenvolvimento humano de caráter progressivamente mais autônomo, inclusivo e informacional. Tal provocação do autor, em voga, é desta feita, o start para navegarmos na discussão sobre o “desenvolvimento”, conceito muito problematizado, mas que aqui será tratado para se chegar ao caso concreto da ação REHUF, proposta neste artigo, estabelecendo minimamente com ela, conexões/aproximações possíveis, a partir da visão neoliberal, que apregoa os mercados como sinônimo de “eficiência”, “melhoria”, em detrimento do serviço estatal “corrupto” e, “ineficiente”.

Dialogando com essa perspectiva de se pensar sobre o tema desenvolvimento, temos os autores “cepalinos”, para quem a América Latina precisaria de uma certa concepção basilar, qual seja:

[...] o desenvolvimento nas condições de periferia latino-americana não seria uma etapa de um processo universal de desenvolvimento, mas um processo inédito, cujos desdobramentos históricos seriam singulares à especificidade de suas experiências, cabendo esperar-se sequências e resultados distintos aos que ocorreram no desenvolvimento cêntrico. (BIELSCHOWSKY, 2000, p. 22) Grifos nossos.

Nesse metiê, Bielschowsky (2000), em suma, reflete a preocupação latino-americana com um rememorar em 1998 dos cinquenta anos de pensamento cepalino para essa região, uma espécie de análise (desde dentro da América Latina) consubstanciada, consoante às interveniências/pensamentos promovidos a partir da criação da Comissão Econômica para a América Latina e Caribe - CEPAL), a qual buscou dar empoderamento aos países latino-americanos subalternos, tentando de alguma forma revelar às suas condições de subalternidade, bem como no sentido de trazer a metodologia estruturalista para a análise desse debate em torno do tema desenvolvimento. Oportuno ainda é verificar a questão da Teoria da Dependência, consoante observação de Coriolano e Sampaio (2012, p. 55):

A Teoria da Dependência tem origem, em 1950, com Raúl Prebisch referindo-se à Argentina. No contexto latino-americano, destacam os anos 1960 e 70, ao explicar a relação de dependência, de força e de poder no capitalismo. Explicam os teóricos da dependência que economias nacionais somente podem ser entendidas em conexão e inserção no sistema político e econômico mundial. A explicação, embora tenha perdido eficácia teórica, faz-se necessária à compreensão e explicação do desenvolvimento de países periféricos do capitalismo.

Teóricos como André Gunder Frank, Rui Mauro Marini, Theotônio dos Santos, Fernando Henrique Cardoso, Enzo Faletto, entre outros, da Comissão Econômica para América Latina - CEPAL acreditam que o mundo é dominado por uma única economia, de modo que povos e países se acham interligados na esfera da produção capitalista. Trata-se de teoria crítica que mostra a reprodução capitalista, de forma que os países centrais drenam a mais valia dos países periféricos ao capital. E a dependência é resultado da exploração, por produzir subdesenvolvimento. Grifos nossos.

1 Definição: Decisores políticos

Nesse sentido, a grande indagação seria esta: estamos a serviço do modelo neoliberal de desenvolvimento, por conseguinte acabamos lutando contra o vento, em analogia a fábula expressa na obra de Quijano (2005) “Dom Quixote e os moinhos de vento na América Latina”, ou seja, não vemos que em plena era da globalização as grandes corporações seriam os “leviatãs”, que seguem comandando o mundo e estaríamos, de igual maneira, vivenciando uma sociedade latina cuja tendência é baixo desenvolvimento em ciência e tecnologia para a periferia, esta por sua vez, servindo de ferramenta para que o centro continue hegemônico e nos deixe a mercê do desenvolvimento que ele atingiu. Essa condição de subalternidade nos aparece como imodificável frente ao discurso que pra desenvolver-se precisamos seguir o modelo disposto e como ocorrera com o centro, parecendo esconder a real condição latina, portanto, é importante não nos deixarmos persuadir pela ideologias propagadas pelos países centrais, já que as condições latinas são díspares de outras. (BORÓN, 2001; DOWBOR, 2017; CALDERÓN, 2017).

Calderón (2017), assim, reforça que a perspectiva de desenvolvimento vinculada às teorias estruturais de desenvolvimento, impulsionada pela CEPAL, com destaque para os trabalhos de Prebisch e Medina Echavarría, representa conceitos importantes para se basear o estudo da região. Para ele, Prebisch não só realiza uma crítica ao capitalismo periférico, mas reflete sobre as limitações da ortodoxia neoclássica para interpretar a realidade e para impulsionar políticas viáveis para o desenvolvimento. Assim, recorre aos seus conceitos chaves para compor o debate: “progresso técnico”, “padrões de demanda”, “intercâmbios desiguais”, e “particularidades do capitalismo latino-americano”. Nesse viés a região não seguiria um ritmo linear de desenvolvimento. Echevarría, discutiu a questão das condições sociológicas do desenvolvimento econômico. Com ele se inicia a Escola da Sociologia Política do Desenvolvimento. Para ele uma ética do desenvolvimento supõe uma responsabilidade compartilhada e uma certa ética do consumo. Nesse diapasão, ele reforça que o tema do desenvolvimento não poderia partir de um simples viés de análise. (CALDERÓN, 2017)

Na perspectiva da CEPAL, é importante retomar que os anos 1950 foram pujantes no sentido de criatividade, ousadia e influência representada por essa Comissão. E assim, num ponto de vista analítico, a ideia era que os países subdesenvolvidos precisavam de uma teoria independente e/ou adaptada, considerando que em setores relevantes seu funcionamento dava-se de forma assimétrica em relação aos desenvolvidos. A mensagem cepalina principal versava sobre a necessidade de industrialização para a superação do subdesenvolvimento e da pobreza. Outrossim, Raúl Prebisch produziu um conjunto de documentos que passou a figurar como referência para os desenvolvimentistas latino-americanos. Por um lado, ressaltava que a industrialização representava para a região a captação dos frutos do progresso técnico mundial, e analiticamente trazia a inserção internacional das economias periféricas e da vulnerabilidade externa decorrente desta, bem como explicitando as condições problemáticas e tendências “perversas” do processamento interno do crescimento na periferia latino-americana. Além de refletir sobre a intervenção estatal, em que o mercado não teria condições de resolução espontânea, face as condições estruturais latinas periféricas (BIELSCHOWSKY, 2000).

Ainda sobre a inserção internacional periférica, cabe destacar duas acepções trazidas, quais sejam: a do Manifesto Latino-Americano no qual a tese “vincula-se aos ciclos e à forma como a estrutura de produção e emprego subdesenvolvida impedia a periferia de reter os frutos de seu progresso técnico, à diferença do que ocorria no “centro” (BIELSCHOWSKY, 2000, p. 28). A segunda versão era relacionada “à deterioração devida ao excesso de mão-de-obra na agricultura subdesenvolvida da periferia – não transferível aos países cênicos, fechados à imigração” (BIELSCHOWSKY, 2000, p. 28). A partir de 1960, a CEPAL passou a defender a importância de estimular as exportações (BIELSCHOWSKY, 2000).

Nesse diapasão, “os trabalhos eram fortemente policy-oriented. No pensamento cepalino, a ação estatal em apoio ao processo de desenvolvimento aparece como corolário natural do diagnóstico de problemas estruturais de produção, emprego e distribuição de renda nas condições específicas da periferia subdesenvolvida” (BIELSCHOWSKY, 2000, p. 35). No início de 1960, foi criado no âmbito da CEPAL o Instituto Latino-Americano de Planejamento Econômico e Social

– (ILPES), o qual desempenhou importante papel na formação de quadros técnicos nos governos da América Latina (BIELSCHOWSKY, 2000). Destarte, temos a contribuição técnica da ala brasileira, de Celso Furtado que “parte da ideia de que a má distribuição de renda seria responsável por orientar a estrutura produtiva a um padrão de industrialização pouco empregador de trabalho, e reforçador da má distribuição” (BIELSCHOWSKY, 2000, p. 40). Assim, parece-nos que o sentido de desenvolvimento proposto pela CEPAL para a região é por um sentido de desenvolvimento em que se pensa a condição de status que a América Latina possui, sua historicidade, para então de fato, pensar-se no que é necessário para avançar. E, desse modo, consiga-se não ter pajcha (pobreza), ou seja, que estejamos alinhados ao enfoques propostos por Amartya Sen e Mabul Uhaq em que a “gente” é objeto e sujeito do desenvolvimento (BIELSCHOWSKY, 2000; CALDERÓN, 2017).

Se torna necessário pois pensar em novo tipo de desenvolvido possível, neste sentido, o olhar sobre o desenvolvimento apregoado pela CEPAL é salutar nesse vazio linear a que somos remetidos por outros organismos. O espiral da pesquisa geográfica, como aponta Guimarães (2003), e que reforça a ideia da articulação escalar, é fundamental para se verificar o chamado desenvolvimento desigual e combinado e sua escala de atuação no contexto da globalização, em que podemos verificar mais empresas multinacionais fora de seus territórios, mas, atuando nas periferias, aproveitando-se de sua mão-de-obra, dos recursos naturais, do mercado consumidor, como bem pontuara nesse sentido Coriolano e Sampaio, (2012) sobre essa temática, versando sobre o controle via formas abstratas e indiretas, de viés econômico, provocados pela aliança entre o capital estrangeiro e as elites locais, subscritos por megaprojetos cujos financiadores são o FMI e o Banco Mundial.

Por corolário, foi posto que no fundo a questão consiste em como se pode mudar as diferentes situações e processos de dependência que predominaram no passado até uma maior interdependência e autonomia. Se trata de detectar se há condições, vontade e possibilidades políticas para promover em escala regional e nacional, um desenvolvimento humano informacional genuíno e sustentável. Ainda sendo possível concluir que os processos de desenvolvimento em curso possibilitam uma diversidade de interações que poderiam promover uma maior autonomia e independência. Supõe incrementar qualitativamente a capacidade de agência dos atores do desenvolvimento de cada país e da região em conjunto. Todavia não se aprende a navegar completamente contra o vento, seria preciso identificar corretamente os verdadeiros empecilhos para um desenvolvimento diferente do imposto como único caminho universal a ser seguido (CALDERÓN, 2017). O capitalismo remodela seus ferramentais e neste aspecto, sobre o neoliberalismo, num ideário de desenvolvimento criado, Coriolano e Sampaio, (2012, p. 61) discorrem:

[...] É a retomada do liberalismo clássico, influenciado pelas teorias econômicas neoclássicas, de reestruturação do capitalismo com ideias políticas e econômicas que exigem a não participação do estado na economia, total liberdade de comércio como necessidade para desenvolvimento. Promove a política de privatizações, circulação livre de empresas e capitais internacionais, entrada de empresas transnacionais, pressão das empresas diminuindo o poder do Estado, ou seja, pressuposto de que a “mão invisível” controlará o mercado. Grifos nossos

Salutar destacar a contribuição de Borón (2001) para o debate que propusemos estabelecer. Para esse autor, os novos leviatãs (as grandes corporações) e a pólis democrática estão envolvidos por uma relação de “assincronicidade”, ou seja há uma incompatibilidade entre os dois, temos por um lado a reestruturação neoliberal em curso em vários países da América Latina, por outro lado instituições democráticas do capitalismo democrático funcionando de forma obsoleta. Para ele, esse pequeno conglomerado de gigantes empresas transnacionais que atuam na escala planetária; possuem poderio econômico avassalador, bem como influenciam na dinâmica social e ideológica, são atores políticos de primeira ordem e promotoras de desequilíbrios nas fracas instituições democráticas das sociedades capitalistas.

Para o autor, existe a dissonância: por um lado, a democracia, enquanto integração de todos em que confere o status de cidadão e por outro, o mercado balizado na lógica da competição, da

“sobrevivência dos mais aptos”. O mercado é tido como o espaço particular e como prescreve o neoliberalismo é preciso comprar um ingresso para desfrutar dele. Na democracia a participação de um repercute em potencialização nos/para os demais. No mercado, o consumo de um significa o não-consumo de outro (BORÓN, 2001).

2. O (REHUF): COMPREENDENDO-O A PARTIR DA CORRELAÇÃO COM O (NEO) LIBERALISMO.

O Decreto nº 7.802, de 27 de janeiro de 2010² foi o normativo que instituiu o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais, e que dispôs sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplinou o regime da pactuação global com esses hospitais (BRASIL, 2010a). Ou seja, temos adscrito um normativo e/ou uma “ossatura material” do bloco no poder, numa referência à concepção de Estado de Poulantzas (1980).³ No que diz respeito aos hospitais Universitários (HUs), a lei ordinária traz em suas disposições finais e transitórias, elementos que ajudam a compreender sua inserção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) como vemos no Art. 45, (BRASIL, 1990):

Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.” (...). Grifos Nossos.

Como observaram, (Sodré et al., (p. 371, 2013), no tocante ao financiamento dos hospitais de ensino, fora estipulado “a partilha igualitária entre Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS) nas despesas dos HUFs⁴, em que a Saúde e a Educação necessitam de uma programação orçamentária para cumprir as parcelas cabíveis respectivamente”. Os autores afirmam que há nesta partilha a intencionalidade do MEC de redução de sua participação no orçamento dos (HUFs) e de ampliação da receita do (MS), subjazendo, assim o governo se esquivando das despesas na área da Saúde e da Educação consideradas dispendiosas por demais por ele (SODRÉ et al, 2013). Outro importante contexto a ser observado é a criação/implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH em que o debate das conquistas vinculadas ao SUS, a partir de se vivenciar períodos de crise, tem-se em tal empresa uma espécie de solução gerencial proposta.

Fernandes (2017) asseverou que o (SUS) surgiu e consolidou-se num espaço de profundas contradições. Assim, tinha-se o reconhecimento do direito à saúde sintetizado, todavia, ocorrido num contexto em que o neoliberalismo impunha limites às recentes conquistas da classe trabalhadora, que foram conquistados historicamente, de forma lenta, e com grandes dificuldades em sua concretização, sinalizadas desde a inscrição na Constituição. Ela elenca que ao propagar as privatizações e o processo de mercantilização da vida, como estratégias do direcionamento/ideário neoliberal, se evidencia a frenagem imediata ao projeto de reforma sanitária que além dessas, encontrariam outras barreiras para sua efetivação. Explica ainda a hierarquização dos hospitais universitários consoante previsão no sistema público de saúde, que além de destinados a cobrir com prioridade, os níveis de média e alta complexidade, caracterizam-se “pela dimensão de hospital-escola, espaço destacado na formação de recursos humanos na área da saúde fundado na integração de ensino, pesquisa, extensão e atendimento à população” (FERNANDES, 2017, p. 100). Os hospitais universitários ligados às Instituições Federais de Ensino Superior - (IFES) e reconhecidos pela excelência, enfrentaram, desde sua gênese e em proporções variadas, a crise a qual o SUS foi submetido nas três décadas de sua existência (FERNANDES, 2017).

A ferramenta que o Governo concebeu para o “enfrentamento” à conjuntura ora

² idem

³ idem

⁴ O decreto estipulou a progressão dos percentuais de cada ministério envolvido, até que em 2012 ambos contribuam de forma igual. Para fins de financiamento serão consideradas despesas dos HUFs o montante das despesas correntes alocadas para esses hospitais, bem como as custas para sua reestruturação e modernização, excluindo-se deste montante as despesas com inativos e aposentados.

abordada foi a instituição do (REHUF) através do Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Salutar reiterarmos a sua finalidade, que de acordo com o art. 2º, consubstancia-se em: “criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais possam desempenhar plenamente suas funções”. A intervenção prescrita no decreto tinha foco em: investir em infraestrutura, equipamentos e atividades-fim das instituições; reestruturar o quadro de profissionais; estabelecer mecanismos adequados de financiamento compartilhados entre os ministérios da Saúde e da Educação; e modernizar a gestão (BRASIL, 2010a; FERNANDES, 2017). Inspirado em documento do Banco Mundial de 20075 como “receita de bolo para o sucesso”, além de ser seu financiador (FERNANDES, 2017).

Oliveira (2014) contribui para a verificação sobre o porque da implementação do REHUF, quando disserta sobre o programa elencando que acórdãos do Tribunal de Contas da União (TCU), principalmente os de 2006, 2008 e 2009, apontaram “a necessidade de reestruturação dos Hospitais Universitários Federais” (BRASIL, 2006; 2007; 2008; 2009 apud OLIVEIRA, 2014, p. 116). Desse modo, dois antecedentes relevantes para a implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares foram os Acórdãos do TCU e o REHUF, o que por sua vez, torna importante entendê-los sob um viés relacional. O (TCU) em 2009 elaborou o Acórdão nº 2.813 de 2009, o qual discutira a necessidade de construção de um modelo institucional para atendimento e suporte às necessidades dos hospitais universitários ou até modificar-se a estrutura dos HUs (BRASIL, 2009 apud OLIVEIRA, 2014). Assim, surgira a proposta pensando os HUs como unidades gestoras plenas, com alguns parâmetros gerencialistas apresentados no acórdão, considerados pertinentes conforme destacado pela autora. (BRASIL, 2009 apud OLIVEIRA, 2014, p. 114).

a) agrupamento de hospitais vinculados à mesma instituição federal, com criação de complexos hospitalares com administração única; (b) definição de metas, de indicadores e de atribuições de responsabilidades por resultados; (c) gestão dos recursos pelo próprio hospital, excluindo a transferências dos mesmos para as fundações de apoio; (d) previsão de mecanismos de avaliação periódica, incluindo pesquisas de satisfação e com a divulgação dos resultados obtidos; (e) implantação da ideia de benchmarking entre os hospitais universitários; (f) inclusão da necessidade de criação de metas anuais para elaboração de protocolos clínicos com base em evidências e que levem em conta o custo/efetividade dos procedimentos, tratamentos e medicamentos propostos; (g) fixação de parâmetros mínimos de produtividade para realização de consultas ambulatoriais e de outros procedimentos considerados convenientes; (h) implantação de mecanismos de responsabilização de servidores dos HUs por resultado; (i) verificação da legalidade do aumento de terceirizados nos Hospitais Universitários; (j) aplicação da Emenda Constitucional nº 19/1998 como relevante para a questão de pessoal nos HUs que precisam ser dotados de quadro de pessoal próprio e de plano de carreira de servidores compatível com as peculiaridades das atividades de assistência à saúde. (BRASIL, 2009 apud OLIVEIRA, 2014, p.114)

Os Hospitais Universitários Federais se fazem presentes na maioria das Unidades da Federação e em (2018) de um total de 50 hospitais, 40 possuem contratos com a EBSEH⁶, portanto são “cogestados” por essa empresa pública e pela Universidade de vinculação, o que demonstra o alinhamento com a forma de governar típica do estado liberal, que se utiliza de instrumentais de reformas administrativas/gerencias como “soluções” para as crises. Com esse montante de hospitais existentes no Brasil se torna salutar pesquisar o que o REHUF e a EBSEH, em cada nosocômio disposto no território brasileiro, impactaram no atendimento de média e alta complexidade no contexto do SUS (de cunho universal), bem como possíveis cenários, interessante também, é que os HU’s sofreram ao longo de sua história constantes ações do Estado, o que os diferem dos outros hospitais. (EBSEH, 2018; JÚNIOR, 2018).

Ainda, pode-se destacar, que:

5 Disponível em: <<http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1185895645304/4044168-1186326902607/19GovernancaSUSport.pdf>> acessado em 17 de fev. de 2018.

6 Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/apresentacao1>> acessado em 04 de fev. de 2018.

Apesar da pequena quantidade, os HUFs estão entre as principais instituições de formação de profissionais de nível técnico, de graduação e pós-graduação do país, assim como são importantes centros de referência em pesquisa e inovação tecnológica e em assistência à saúde de média e alta complexidade. (JÚNIOR, 2018, p. 47)

Deste modo, tornam-se um campo e uma materialidade existente propícia a análise de avaliações das ações de governo sobre eles dispostas. Pesquisas sobre ações como o REHUF, ações ora que estão alinhadas aos pressupostos neoliberais, poderão tornar visíveis os impactos gerados no espaço e na sociedade dos seus efeitos. E conforme tais resultados, encaminhar a luta social.

Segundo Garcia (2001) é preciso medir o desempenho, a eficácia e a efetividade das intervenções estatais, faz-se necessário um processo contínuo de avaliações das ações governamentais.

CONSIDERAÇÕES

Após expormos um panorama do Pensamento Latino-Americano versando sobre a culminação e/ou o protagonismo capitalista, replicado/ressignificado numa espécie de “cavalo de tróia” pela instituição do neoliberalismo, como forma essencial para o desenvolvimento, explicitamos um caso concreto, a ação REHUF, utilizada para reestruturar os hospitais universitários federais. Nesse sentido, fora possível expor o alinhamento dos pressupostos neoliberais advindos dos países centrais numa espécie de neocolonialismo ao impor um padrão de desenvolvimento a ser seguido como fórmula mágica para o sucesso para os subdesenvolvidos/periféricos. Assim, a ação do REHUF segue os pressupostos simétricos do pensamento neoliberal, que vê no mercado a peça central para promoção de eficiência, racionalidade, melhor gestão, embora no caso concreto observado, tais nosocômios são “cogestados” por uma Universidade (Fundação Pública) e uma Empresa Pública (Pessoa Jurídica de Direito Privado).

A gestão dos HU's passou a ser feita pela EBSERH, à qual passou a ser a gestora do REHUF. Em tendo essa competência configurou-se como a solução “jurídico administrativa-sustentável” proposta com única possibilidade para que os HU's desempenhassem plenamente suas atribuições no contexto do SUS. Assim, na proposição desse caminho, que utiliza pressupostos gerenciais, fica explícita sob o viés de administração privada imbricado num espaço público, mesmo sendo administrado por uma empresa que ainda é pública. O REHUF veio para solucionar a questão da precarização da mão-de-obra dos HU's, todavia, nessa contratação via concursos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho – (CLT) o tom da gestão fica explicitamente alinhado com o modelo empresarial, no sentido de cumprimento de metas. Por outro lado, tais servidores não têm direito a estabilidade, posto isso, parece assim gerar uma outra espécie de precarização. No entanto, fato relevante é verificar, se após estes 8 anos da ação REHUF, a disponibilização dos serviços de saúde nos HU's se aliou mais ao cumprimento de metas pactuados com os municípios e estados ou, para além desse cumprimento, ofereceu cobertura universal nas demandas de média e alta complexidade e/ou precarizou seu oferecimento de serviço de saúde. Essa mensuração tornar-se-á salutar para medir o desempenho efetivo dessa ação de governo.

Para O'Donnell (1999), as democracias delegativas, que depositam todas as suas esperanças nos “salvadores da pátria”, precisam avançar para uma segunda etapa, qual seja, uma democracia consolidada. Nesse segundo estágio, o “demos” se faz presente e o Estado de Bem-Estar Social coexiste. Assim, é importante compreender que as democracias latinas americanas, a exceção do Uruguai e Chile, não avançaram para o status de democracias representativas consolidadas. E eleições que tendem a depositar, delegar a governança a uma única pessoa “endeusada” não colaboram para superação do status quo. (O'Donnell, 1999).

A trajetória da Política Social é contextualizada por Pereira (2008) que assevera que ela é maior que a experiência do Welfare State, considerada esta por ela, amparada em Misrha, decorrente das políticas Keynesianas no pós Segunda Guerra Mundial. Assim, para ela, a Política Social não se confunde com experiência do Welfare State e sim a ela antecede e sucede. A história revela que conquistas sociais desde 1880, como seguro social, fazem parte da Política Social, e que

mesmo no período do fascismo o Estado foi obrigada a ceder. A trajetória também demonstrou que a lutas das classes sociais possibilitaram que mesmo se estando a serviço da reprodução capitalista, esta só pode acontecer e ser legitimada a partir de que o Estado chama para si a responsabilidade pelo Bem- Estar das pessoas. Assim, as conquistas no campo da Política Social não se dão de uma hora para outra, mas a longo prazo. (PEREIRA, 2008)

Pesquisas sobre ações como o REHUF, que estão alinhadas aos pressupostos neoliberais, poderão tonar visíveis os impactos gerados no espaço e na sociedade dos seus efeitos. E conforme tais resultados, basilar a luta social. É preciso medir os desempenho, a eficácia e a efetividade. Talvez, as experiências latinas possam direcionar-nos, posto que o país que não seguiu à risca os ditames neoliberais e o fizera dentro de suas possibilidades, alcançou o IDH melhor que outros mais céticos. (O'DONNELL, 1999; CALDERÓN, 2017). Cumpre ainda destacar o que assevera Borón (2001) sobre a relação Estado-Mercado no sentido de que a crença de que temos um Estado grande e que seria preciso diminuí-lo é equivocada e assim esta deve ser criticada revelando a função ideológica dessa crença. Em realidade, os estados latinos americanos são pequenos se comparado com os do Primeiro Mundo. Nesse sentido, os apóstolos do neoliberalismo por seu dogmatismo sacralizam os mercados e satanizam o Estado.

Outro aspecto que os neoliberais pregam é refutado por Borón (2001), como a abolição de imposto sobre os lucros, para ele tais impostos sobre os lucros equivalem à quinta ou sexta parte do que representam em países do primeiro mundo. E sobre a falácia da elevada pressão tributária sobre a América Latina, esta equivaleria à metade existente nos países da OCDE. O problema para ele seria que nossos sistemas tributários arrecadam pouco e mal e contribuem para a evasão tributária das grandes empresas e das grandes fortunas, obrigados em menor proporção em relação a como o são nos países desenvolvidos. Ele ainda discorre sobre o mito do “Grande Estado” propagado, citando o exemplo argentino, que após a “reforma do Estado”, no governo Menem constituiu “um estado que é menor e mais fraco do que antes, e que não serve para nada”. Assevera que as reformas liberais em outros países latinos tinham como objetivo fundamental “assegurar o superávit fiscal necessário para o pagamento da dívida externa e não a racionalização do setor público” (BORÓN, 2001 p. 216).

Um outro fator que consideramos pertinente é o que Draibe (2006) propõe, quando analisa o Estado de Bem-Estar no contexto da cidadania. Em outras palavras, para se pensar a Política Social e/ou o Bem- Estar é preciso levar-se em conta três eixos analíticos, sobre o Estado de Bem-estar, desenvolvimento econômico e cidadania, com base na literatura contemporânea, quais sejam: a análise integrada da economia e da política social; a análise histórica comparada dos estados e regimes de bem-estar e as dimensões de família e gênero na estruturação dos tipos de Welfares States. Somente partindo desse eixo a proteção social poderia ser pesquisada e também tornar-se socialmente mais inclusiva e menos experimentadora de processos de “retrenchment” próprios da gestão neoliberal (DRAIBE, 2006). Corroborar para a percepção que existem vários países e vários tipos de bem-estar, não somente um, universal, mas vários numa espécie de multiculturalidade, uma muntidimensão da sociedade que não é estática e sim movimento no tempo/espaço.

REFERÊNCIAS

BIELSCHOWSKY, Ricardo. (Org). Cinquenta anos de pensamento na CEPAL – Uma Resenha. Rio de Janeiro / São Paulo: Record, 2010, (p. 13 a p. 68).

_____. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acessado em 20 de nov. de 2017.

_____. Secretaria de Educação Superior. Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde. Decreto n.º 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação

dos Hospitais Universitários Federais (REHUF). Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7082.htm>. Acessado em 20 de nov. de 2017.

_____. Medida Provisória n.º 520, de 31 de dezembro de 2010. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEH e dá outras providências. Brasília, 2010.

_____. Lei n.º 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências., Brasília, 2011.

_____. Subchefia de Assuntos Parlamentares. Exposição de Motivos. EM Interministerial nº 00127/2011/MP/MEC. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Projetos/ExpMotiv/EMI/2011/127-MP%20MEC.htm> acesso em 12 de janeiro de 2018.

_____. Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília, 1995.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências.

BORÓN, A. A coruja de minerva: Mercado contra democracia, Petrópolis, Fases, 2001.

CALDERÓN, Fernando. La construcción social de los derechos y la cuestión del desarrollo. In _____ Navegar contra el viento.... O las perspectivas da América Latina en la era de la información (2016). Cidade Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2017. (pp. 49-74)

CARDIAL, A. M. D. do. Novas determinações do capital na saúde brasileira: a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares em questão. 2013. 177f. Dissertação. (Mestrado em Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2013.

CORIOLO, L. N., e SAMPAIO, C. A. C. Discursos e concepções teóricas do desenvolvimento e perspectivas do turismo como indução. In BRASILEIRO, M. D. S., MEDINA, J. C. C., e CORIOLO, L. N., orgs. Turismo, cultura e desenvolvimento [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2012. pp. 49-73.

DRAIBE, S. M. Estado de Bem- Estar, Desenvolvimento Econômico e Cidadania: algumas lições da literatura contemporânea. 2006. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.

DOWBOR, Ladislau. A era do capital improdutivo. São Paulo: Editora Outras Palavras & Autonomia Universitária, 2017.

FERNANDES, R. B. Da conquista ao desmonte: Um estudo de caso sobre os (des)caminhos da política de saúde em tempos de EBSEH. 2017. 145f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2017.

GARCIA, R. C. Subsídios para organizar avaliações da ação governamental. Planejamento e Políticas Públicas, nº 23, junho de 2001.

JÚNIOR, N. P. Política, Planejamento e Gestão em Hospitais Universitários Federais. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas / Faculdade de Ciências Médicas / Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Campinas - SP, 2018.

MELO, J. G. (Org.) Espiral do espaço. In: _____ RAUL, B. G. Atores políticos, representação social e produção da escala geográfica. Presidente Prudente, Gráfica e editora Impress, 2003, pp7-22.
QUIJANO, A. Dom quixote e os moinhos de vento na América Latina. Estudos Avançados, nº 19, 2005

SANTOS, M. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: HUCITEC, 1996.

SODRÉ, F.; LITTIKE, D.; DRAGO, L. M. B. e PERIM, M. C. M. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? Serv. Soc., São Paulo, n. 114, p. 365 – 380, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282013000200009> acesso em 12 de fevereiro de 2018.

OLIVEIRA, G. A. A compatibilidade dos princípios e modelo de Estado que subjazem ao SUS e a EBSERH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares). Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul / Faculdade de Filosofia / Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais, Porto Alegre, 2014.

O'DONNELL, Guilherme. Democracia delegativa? Revista Novos estudos. nº 31 – out/1999 - CEBRAP, (pp. 25 -40).

PEREIRA, P. A. P. Trajetória da Política Social. Temas & Questões. São Paulo: Ed. Cortez, 2008.

POULANTZAS, N. O Estado, o poder, o socialismo. 1980, 3º ed. Rio de Janeiro – RJ. Brasil. Trad. Rita Lima.

Web site:

Web site da EBSERH:

- <http://www.ebserh.gov.br/>

ESCALA E SITUAÇÃO GEOGRÁFICA NA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE INTERESTADUAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO VALE DO MÉDIO SÃO FRANCISCO

SCALE AND GEOGRAPHICAL SITUATION IN THE IMPLEMENTATION OF PETROLINA-JUAZEIRO RIDE AND INTERSTATE HEALTH CARE NETWORK OF VALE DO MÉDIO SÃO FRANCISCO

Luciana da Costa Feitosa
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
lcostafeitosa@gmail.com

ABSTRACT: This article aims to explain the relationship between the scale of origin and the scale of realization of events in the implementation of the regionalization as a planning tool. From the systematization strategies analysis of the Interstate Health Care Network of Vale do Médio São Francisco, first experience of interstate regionalization of Health Policy in Brazil, was found that the process of regulation of the territory does not necessarily follow the rigid hierarchical power “top-down” that emanates from the federal government and reverberate in the states and municipal entities. Thus, the concept of geographical situation as a methodological tool to understand the region in brazilian public policies.

KEYWORDS: events, geographical situation, regulation, regionalization, public policies.

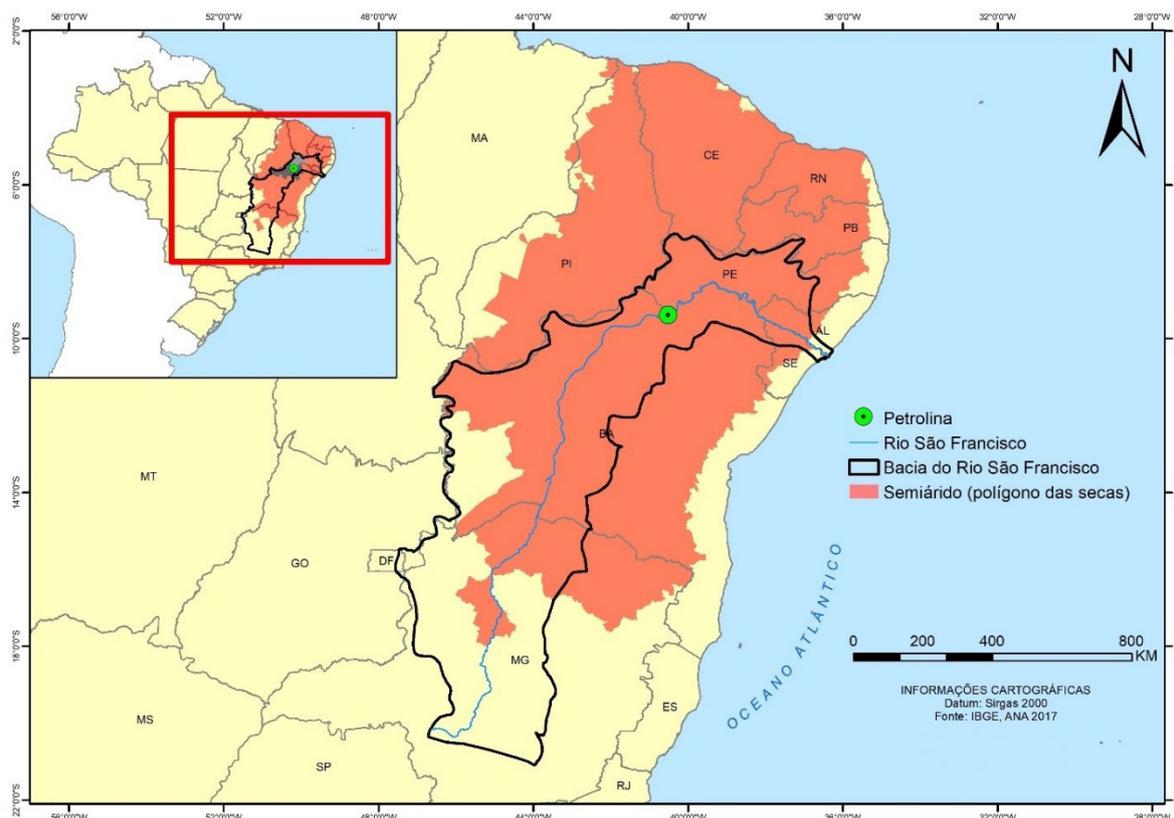
No Brasil, desde os anos 1950, o planejamento regional foi institucionalizado na Administração Pública Federal e vem sendo usado de maneira sistematizada ou fragmentada, em cada período político, como estratégia de aprimoramento de diferentes políticas públicas. No semiárido do Nordeste brasileiro, entre o extremo oeste pernambucano e o norte baiano, às margens direita e esquerda do rio São Francisco, as características territoriais herdadas das áreas de influência dos municípios de Petrolina/PE e Juazeiro/BA possibilitaram a implementação da primeira experiência de regionalização interestadual da Política de Saúde no Brasil - Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco (Rede PeBa). Tal fenômeno revela a gênese da estruturação das regiões e da forma-conteúdo do planejamento conduzido pelo próprio Estado, processos que Ribeiro ([2004] 2015) chamou de regionalização como fato e regionalização como ferramenta.

A simbiose entre essas duas características manifesta as facetas mais visíveis e problemáticas da região e da regionalização, sendo possível afirmar que a operacionalização de uma política pública regional e interfederativa numa mesma porção territorial não está, necessariamente, no poder hierárquico rígido “de cima pra baixo” que emana do ente federal de governo e reverbera nos entes estaduais e municipais, e sim nas heranças do passado e na sucessão e coexistência do acontecer homólogo, acontecer complementar e acontecer hierárquico (Santos, 2008 [1994]) que faz de Petrolina/PE e Juazeiro/BA uma situação geográfica. Aqui a situação geográfica é entendida como o resultado de um conjunto de forças oriundo de eventos geografizados e tornados materialidade e norma (SILVEIRA, 1999), de modo que o objetivo deste trabalho é explicar a relação entre a escala de origem e a escala de realização dos eventos na implementação da regionalização como ferramenta de planejamento.

Situação geográfica: da perspectiva teórica ao instrumento metodológico

Na porção do Submédio do Vale do São Francisco onde se localiza os municípios de Petrolina, em Pernambuco, e Juazeiro, na Bahia, houve um desenvolvimento bem singular. Ramos (2001) argumenta que ambos se formaram desde o período colonial em função da posição estratégica da área, que servia de encontro dos caminhos terrestres abertos pelos criadores de gado e bandeirantes por meio de uma importante via fluvial, conforme pode ser observado pela Figura 01.

Figura 01: Mapa de localização da área de influência de Petrolina/PE e Juazeiro/BA no contexto da bacia hidrográfica do rio São Francisco e do semiárido nordestino.



Em meados dos anos 1960, a incidência das variáveis do período técnico-científico-informacional (SANTOS, 2008 [1994]) criou as possibilidades para a consolidação de Petrolina e Juazeiro como uma das principais economias do semiárido nordestino. A difusão desse novo período, marcada pelos novos papéis do Estado e revolução da informática conectando instantaneamente os lugares, permitiu a implementação de perímetros públicos irrigados e tornou o Vale do São Francisco um dos espaços agrícolas modernos do território brasileiro, por meio do binômio técnicas de irrigação-políticas públicas (RAMOS, 2013).

A modernização seletiva do território inseriu Petrolina e Juazeiro no competitivo mercado internacional de produção e exportação de frutas. Além disso, consolidou a influência de uma elite política local em Petrolina, representada pela Família Coelho¹, que ocupa importantes cargos tanto a nível regional quanto nacional e ajuda a levar vetores externos que, ao se instituírem

¹ A Família Coelho, elite política e econômica do município de Petrolina, iniciou a sua consolidação hegemônica na região do Vale do São Francisco a partir de 1913, ano em que o patriarca da Família, Clementino de Souza Coelho – o Coronel Quelê – foi prefeito de Petrolina pelo período de 1913 a 1916. Desde 1947, quando seus filhos Nilo Coelho e Gercino Coelho se elegeram deputados estaduais, respectivamente, por Pernambuco e Bahia, os integrantes da família ocupam postos políticos nas três instâncias de poder do território brasileiro, de forma contínua, até os dias atuais, culminando com as ascensões de Fernando Bezerra Coelho ao Ministério da Integração Nacional, entre 2010 e 2013, durante o mandato de Dilma Rousseff, e de Fernando Coelho Filho ao Ministério de Minas e Energia, no Governo de Michel Temer. Atualmente, Miguel Coelho - também filho de Fernando Bezerra Coelho – cumpre mandato como prefeito de Petrolina para o período de 2017 a 2020.

localmente, reverberam nas práticas e costumes herdados do passado, ao mesmo tempo em que também sofrem as influências oriundas da constituição dos lugares.

O conjunto de combinações criado a partir da disputa por interesses econômicos e políticos torna Petrolina e Juazeiro uma área com características singulares de constituição e usos do território, já que ambos os municípios se situam geograficamente de um lado da margem do São Francisco e estão politicamente inseridos em dois estados da federação. Conseqüentemente, as densidades técnicas e normativas se geografizam de diferentes maneiras a depender da força do emissor e do receptor dos eventos. Desse modo, o conceito de situação geográfica é pertinente para analisar e articular variáveis de diversas escalas num contexto particular, pois sendo “síntese teórica que permite estabelecer nexos entre o mundo, a formação socioespacial e o lugar, a situação geográfica substantiva o princípio teórico de que o uso do território tem existência nos lugares” (CATAIA e RIBEIRO, 2015, p. 11).

A categoria território usado permite uma visão unificada dos diversos problemas sociais, econômicos e políticos na medida em que compreende que o território é a força capaz de autorizar a união entre o passado e o futuro e, por isso, precisa ser visto “como um campo de forças, como o lugar do exercício, de dialéticas e contradições entre o vertical e o horizontal, entre o Estado e o mercado, entre o uso econômico e o uso social dos recursos” (SANTOS, 1999, p. 19). Sendo assim, a própria localização geográfica de Petrolina e Juazeiro tem um papel central na maneira como essa porção do território foi apropriada e usada ao longo dos séculos.

Claval (2011) explica que a análise de situação coloca em destaque as influências exercidas em uma localidade, uma região ou um país por outros lugares, regiões ou países, de modo que sua operacionalidade e força teórica deriva da possibilidade de compreensão de diferentes usos do território ao longo do tempo a partir das mudanças nas dinâmicas territoriais que formam subespaços coesos entre si. Por isso Silveira (1999) propõe que no período atual a situação seja estudada como resultado de um conjunto de forças oriundo de eventos geografizados e tornados materialidade e norma, pois o valor dos lugares muda na medida em que se muda a situação. Assim, ao longo do tempo, os eventos constroem situações geográficas que podem ser demarcadas em períodos e analisadas na sua coerência, pois “se considerarmos o mundo como um conjunto de possibilidades, o evento é um veículo de uma ou de algumas dessas possibilidades existentes no mundo” (SANTOS, 2008 [1996], p. 144).

A proposta acima estabelece que só é possível falar em tempo-espaço a partir da ideia de evento, que reúne tempo e espaço numa categoria única, pois tomando como premissa que o espaço sempre demanda um componente material e o tempo só tem sentido se for considerado do ponto de vista empírico, o evento surge como possibilidade de unir o mundo ao lugar e o futuro e o passado por meio das mediações empíricas do presente. Desse modo, o evento pode ser compreendido como o

resultado de um feixe de vetores, conduzido por um processo, levando uma nova função ao meio preexistente. Mas o evento só é identificável quando ele é percebido, isto é, quando se perfaz e se completa. E o evento somente se completa quando integrado no meio. Somente aí há o evento, não antes (SANTOS, 2008 [1996], p. 95).

O evento revela a indissociabilidade contraditória de objetos e ações e impõe a explicação tanto dos objetos quanto das ações decorrentes dele. Logo, na medida em que a incidência das variáveis exógenas do período técnico-científico-informacional muda a constituição interna dos lugares e, conseqüentemente, a relação da situação com o mundo, é preciso atualizar o conceito para se entender as particularidades do presente. Por isso a “situação não é apenas um pedaço do território, uma área contínua, mas também um conjunto de relações. [...]. Construção histórica e concreta, uma situação é, sobretudo, um instrumento metodológico” (SILVEIRA, 1999, p. 27).

A situação geográfica vista como teoria e como prática metodológica possibilita a interpretação de determinadas porções do território sob três perspectivas indissociáveis: a) as estruturas históricas herdadas; b) a conjuntura e a coerência dos eventos presentes nos lugares e c) o projeto dos lugares lançado pela situação geográfica. Sendo assim, é possível reconhecer

numa situação geográfica objetos técnicos, normas, ações, escalas, ideologias e discursos que são diversos no processo histórico e nos lugares. Da combinação desses dados nos lugares decorrem formas de vida concretas e, ao mesmo tempo, poderão ser pensadas formas de vida possíveis” (SILVEIRA, 1999).

O partido de método destacado acima fornece uma nova leitura para a análise de situação geográfica e provê subsídios para o entendimento dos novos conteúdos do lugar e da região no período atual, pois se no passado a região se dava a partir de relações de vizinhança que se produziam no lugar, hoje ela “se define pela solidariedade que se estabelece dentro dela a partir de uma organização (SANTOS, 2000 [1996], p. 59), de modo que o cerne do conceito de região no período atual não são as vidas de relações que formam os domínios da contiguidade, e sim as variáveis externas que se sedimentam localmente e transformam esses lugares ao mesmo tempo em que também são transformadas por eles.

A região se constitui por meio de uma interdependência entre uma ordem global (ou nacional) e uma ordem local, pois “a presença de elementos verticais e horizontais contribui para explicar tanto o acúmulo de funções nas regiões quanto o seu esvaziamento” (SILVEIRA, 2010, p. 77). Logo, a região está vinculada à existência de uma solidariedade organizacional criadora de uma coesão baseada em racionalidades de origem distantes, enquanto o lugar se constitui por uma solidariedade orgânica formada a partir de objetos contíguos de um subespaço e que se manifestam pela própria forma como o território encontra-se arranjado (SANTOS, 2008 [1996]).

O acontecer solidário é o responsável por definir a área de ocorrência de um lugar ou região e se manifesta territorialmente de três maneiras: um acontecer homólogo, um acontecer complementar; e um acontecer hierárquico (SANTOS, 1994). O acontecer homólogo e o acontecer complementar supõem uma extensão contínua, na qual a solidariedade orgânica se constitui pelas próprias variáveis em co-presença. Por sua vez, no acontecer hierárquico as relações podem ser pontuais e a solidariedade independe da contiguidade, forjando a solidariedade organizacional que define o novo caráter da região.

A situação geográfica como instrumento metodológico para o planejamento de políticas públicas precisa levar em consideração a sucessão e coexistência das três formas do acontecer em uma porção territorial através da congregação dos eventos transformados em materialidade e normas, pois o evento pode ser entendido como “o vetor das possibilidades existentes num país, ou numa região, ou num lugar, considerados esse país, essa região e esse lugar como um conjunto circunscrito e mais limitado que o mundo” (SANTOS, 2008 [1996] p. 144). Esse processo define o caráter da região e do lugar do ponto de vista da escala de ocorrência do fenômeno que dá a coerência funcional para o seu edifício, já que ambos são subordinados às mesmas leis de evolução. Na próxima parte observa-se como essas dinâmicas se manifestam na situação geográfica de Petrolina e Juazeiro.

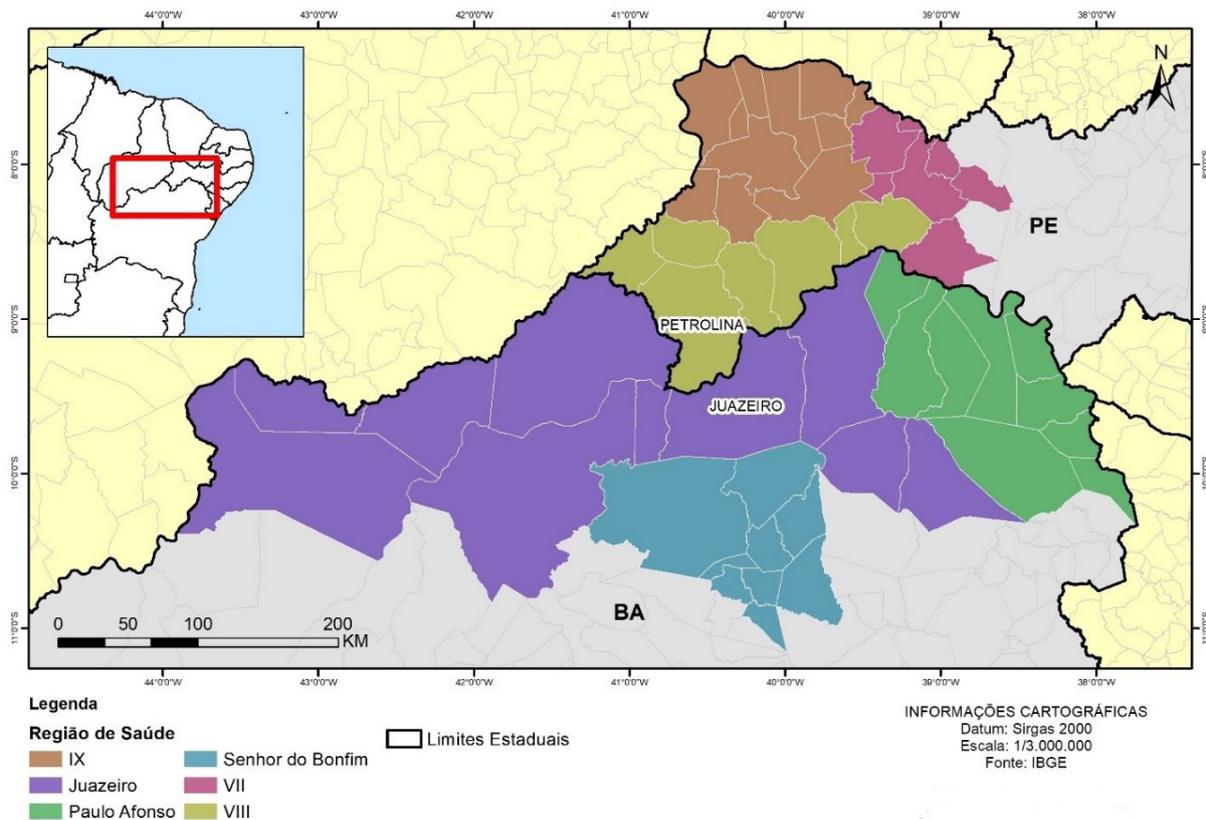
Os eventos convertidos em normas: a manifestação territorial do acontecer solidário e a implementação da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco

O entendimento de Petrolina e Juazeiro enquanto situação geográfica permite a operacionalização metodológica da área de ocorrência da Política de Saúde por meio da densidade normativa que incide diretamente sobre esta circunscrição do espaço geográfico e constitui a Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco (Rede PeBa). Sendo assim, a regionalização vista como fato e ferramenta pode fundamentar tanto uma reflexão teórica quanto os preceitos de uma política setorial ou propostas de planejamento regional, ambos os casos que estamos analisando com o presente trabalho.

A Rede PeBa é a primeira experiência de gestão regional interestadual da rede de serviços do Sistema Único de Saúde no Brasil e foi forjada a partir do protagonismo de atores governamentais que assumiram postos estratégicos junto ao Ministério da Saúde durante os mandatos presidenciais de Lula e Dilma Rousseff e junto às secretarias de saúde dos estados de Pernambuco e da Bahia. A Rede está enquadrada no artigo 2º do Decreto nº 7.508, de junho de

2011, que estabelece as diretrizes de regionalização do SUS e explicita que “as regiões de saúde interestaduais, compostas por municípios limítrofes de mais de um Estado, serão instituídas por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os municípios” (BRASIL, 2011). A estrutura regimental da Rede PeBa é composta por 03 regiões de saúde da Bahia (Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim) e 03 regiões de saúde de Pernambuco (Ouricuri, Petrolina e Salgueiro), totalizando 52 municípios, conforme se observa na Figura 02.

Figura 02: Mapa da rede interestadual de atenção à saúde do Vale do Médio São Francisco



Na situação geográfica de Petrolina e Juazeiro a regionalização como fato “encontra-se vinculada aos jogos dinâmicos da disputa de poder, inscritos nas diferentes formas de apropriação (construção e uso) do território” (RIBEIRO, 2015 [2004] p. 195). Para ser compreendida depende de articulações que nos deem as dinâmicas de construção pretérita do território vinculadas aos agentes hegemônicos. Por sua vez, a regionalização como ferramenta é uma forma-conteúdo que tem na variável política sua estrutura determinante, já que é o Estado, principalmente, que possui o poder para instituir limites e usar dessa ferramenta para controle e planejamento do território. Ribeiro (2015 [2004]) argumenta que a problemática da regionalização possui duas faces instavelmente conectadas, já que num primeiro momento se regionalizam atores, interesses e instituições e, em seguida, atores, interesses e instituições reconhecem, valorizam e formalizam as regiões. Desse modo, a política atua como variável fundamental tendo em vista que na escala do acontecer hierárquico é ela que escolhe racionalmente os lugares que acolhem as possibilidades de realização dos eventos, de modo que entender o papel do Estado é fundamental na instituição de regionalizações, pois é “a eficiência do Estado para exercício cotidiano da hegemonia soberana que lhe confere o monopólio de produção das normas jurídicas” (ANTAS JR, 2005, p. 44).

Os preceitos constitucionais regulam normativamente o território e instituem competências político-administrativas para cada um dos entes da federação, fazendo com que todo o uso do território, do ponto de vista legal, esteja subordinado a esse ordenamento. É por isso que Kahil (2005) afirma que o debate político só pode se dar à escala da Nação, pois é nessa instância que se encontram as instituições decisivas que podem operar transformações quanto ao uso que se dá (e que também se espera) do território nacional. Com base nessa perspectiva

a escala de origem do evento tem o que ver com a força do seu emissor. É raro que o governador de um estado ou o prefeito de um município tenham condições de criar outra coisa além de, respectivamente, eventos locais ou regionais. Enquanto isso, no âmbito geográfico de uma região ou lugar, as escalas superiores de ação estão frequentemente enviando vetores. Esses vetores de diferentes níveis hierárquicos se combinam para solidariamente constituir uma área comum de ocorrência, que é a sua escala de realização (SANTOS, 2008 [1996], p. 153)

Na relação entre a escala de origem e a escala de relação dos eventos pode-se inicialmente concluir que o Ministério da Saúde é a escala de origem da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco (Rede PeBa) na situação geográfica de Petrolina e Juazeiro, uma vez que é no poder central de Brasília que se viabiliza os espaços de regulação que abrigam a regionalização como ferramenta. Todavia, por que os tomadores de decisão deliberam sobre priorizar determinadas políticas (constituindo, assim, uma parte dos eventos) em determinados pontos do espaço geográfico (constituindo, assim, as situações)?

Isso ocorre porque o processo de regulação normativa do território não segue, necessariamente, o poder hierárquico rígido “de cima para baixo” que emana do ente federal de governo e reverbera nos entes estaduais e municipais, pois atores locais que se nacionalizam podem interferir decisivamente sobre a área de ocorrência de uma política em um determinado local que seja do seu interesse. Ou seja, a entrada de determinado tema na agenda de governo está associada aos atores que operam no âmbito das políticas públicas e à dimensão do acontecer homologado e acontecer complementar que se dão entre eles. Daí que quando os atores se nacionalizam dentro das instituições que possuem força para emitir normas de regulação do território tanto a escala de origem quanto a escala de realização dos eventos passam a ser o local de interesse e origem dos atores, fenômeno que ocorreu na implementação metodológica da Rede PeBa.

O ponto inicial para a sua implementação foi a Portaria nº 1.989, de 23 de setembro de 2008. A diretriz normativa do Ministério da Saúde instituiu um Grupo de Trabalho que envolvia a participação conjunta das seguintes instâncias: a) Ministério da Saúde (representado pela Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa); b) Secretaria de Estado da Saúde da Bahia; c) Secretaria de Estado da Saúde de Pernambuco; d) Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro; e) Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina e f) Universidade Federal do Vale do São Francisco. A regulamentação normativa viabilizada pelo Ministério da Saúde pode, num primeiro momento, passar a ideia de que o acontecer hierárquico foi o vetor responsável pelo início de implementação da Rede PeBa. Todavia, a escala de origem do evento da primeira experiência de regionalização interestadual do SUS no Brasil não surgiu no ente federal de Governo, e sim a nível local.

Nos anos de 2001 a 2004, na Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro, iniciaram-se as primeiras discussões sobre a conformação de uma parceria interestadual que pudesse viabilizar o acesso aos serviços de saúde para a população dos municípios de Petrolina e Juazeiro. As discussões entre os gestores eram travadas somente a nível local e sem a interferência das instâncias estaduais ou federal, embora já houvesse uma ideia em potência que precisava de uma robustez institucional e política para se transformar em norma.

A viabilidade político-institucional de consolidação da Rede PeBa surgiu a partir de 2006, no contexto do segundo mandato presidencial de Lula, e, principalmente, dos mandatos dos governadores de Estado da Bahia e de Pernambuco. Eduardo Campos (PSB), governador de Pernambuco, e Jacques Wagner (PT), governador da Bahia, compunham a base aliada do governo federal e permaneceram por dois mandatos seguidos (2007 – 2014) à frente de seus respectivos estados. Consequentemente, uma parte do staff de primeiro escalão do Ministério da Saúde, que havia assumido cargos estratégicos entre 2003 e 2005 na gestão do então Ministro Humberto Costa (PT), migrou para as instâncias dos dois estados.

O próprio Humberto Costa, derrotado por Eduardo Campos na disputa do primeiro turno da eleição pernambucana de 2006, compôs a base aliada do então governo eleito e foi nomeado

Secretário das Cidades de Pernambuco, entre 2007 e 2010. Pelo lado baiano assumiu o cargo de Secretário de Saúde do Estado da Bahia o médico Jorge Solla, que havia sido Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, entre 2003 e 2005. Daí em diante, o diálogo para a sistematização da Rede PeBa passou a ser travado diretamente entre as instâncias estaduais de governo.

Na região do Vale do São Francisco a conjuntura política também era favorável à base governista. Fernando Bezerra Coelho, então prefeito de Petrolina, era figura central no Governo Eduardo Campos, ao ponto de ter renunciado do mandato para se tornar Secretário de Desenvolvimento Econômico de Pernambuco. Nas eleições municipais de 2008 a Prefeitura de Juazeiro foi ocupada pelo candidato do PCdoB, Isaac Cavalcante, consolidando a coalização de forças aliada ao PT no estado da Bahia e ao Presidente Lula no Governo Federal. Por sua vez, em Petrolina, elegeu-se Júlio Emílio de Macedo, do PMDB, que era apoiado por Fernando Bezerra Coelho.

A conjuntura político-institucional necessária para a implementação da Rede PeBa ganhou robustez institucional a partir de 2008, quando uma série de eventos entre as três instâncias da federação culminaram no acordo da primeira região interestadual da política de saúde no Brasil, instituída em 2011. Todavia, é possível inferir que isso não teria acontecido se a escala de origem do evento não tivesse sido forjada ainda no início dos anos 2000, em nível local, graças aos primeiros diálogos entre as secretarias municipais de saúde de Petrolina e Juazeiro. As relações entre o acontecer complementar e acontecer homólogo deram sustentação para o poder regulatório das normas do acontecer hierárquico viabilizar a implementação da regionalização como ferramenta. O Quadro 01, a seguir, explicita o conjunto de eventos que materializaram a proposta da Rede PeBa.

Quadro 01: Eventos que marcaram a consolidação da Rede PeBa entre 2008 e 2011.

PERÍODO	ACONTECIMENTO
Set/2008	Portaria nº 1.989, de 23 de setembro de 2008 que institui Grupo de Trabalho para implementação do Projeto.
Abr/2009	Assinatura da Carta do Vale do Médio São Francisco
Abr/2009	1º Fórum Macrorregional da Região de Saúde do Vale do Médio São Francisco
Mai/2009	Assinatura do Termo de Compromisso entre os Estados sobre a Rede de Alta Complexidade em Oncologia
Dez/2009	2º Fórum Macrorregional da Região de Saúde do Vale do Médio São Francisco
Mar/2010	Início do processo de discussão para formulação da PPI Interestadual. Apresentação das Diretrizes para o Plano Diretor de Investimentos – PDI 2010/2013
Mar/2010	Instituição do Colegiado de Cogestão Interestadual – CRIE
Mai/2010	Início da elaboração dos projetos de acordo com as prioridades elencadas no PDI
Jan/2011	Assinatura do Pacto Intergestores pela Implantação da Rede Interestadual de Saúde
Jan/2011	3º Fórum Macrorregional da Região de Saúde do Vale do Médio São Francisco
Mar/2011	Definida a Implantação da 1ª Central de Regulação Interestadual de Leitos do Brasil, em reunião do CRIE
Ago/2011	Inauguração da Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL), primeira do Brasil

Fonte: Adaptado de Rodrigues et al, 2016

Considerações Finais

O conceito de situação geográfica, que durante tanto tempo iluminou as formulações de geógrafos no processo de validação das categorias e conceitos da ciência geográfica, foi aqui resgatado como um instrumento metodológico capaz de explicar a relação entre a escala de origem e a escala de realização dos eventos no período técnico-científico-informacional e delimitar as diferenças entre os conceitos de lugar e região nas políticas públicas, de modo que a institucionalização da regionalização como ferramenta leve em consideração a incidência do acontecer homólogo, acontecer complementar e acontecer hierárquico que moldam a regionalização como fato. É somente por meio da caracterização do território usado que se pode dar conteúdo às regiões e elaborar políticas que deem conta das especificidades dos lugares.

Tal constatação é importante porque o poder regulatório das normas de políticas públicas nacionais, caso da Política de Saúde, reverbera no território de maneira distinta a partir da força do emissor e do receptor dos eventos. As estruturas históricas herdadas, associadas à conjuntura e a coerência dos lugares, que fazem de Petrolina/PE e Juazeiro/BA uma porção territorial com características singulares de constituição e usos do território capaz de abrigar a primeira experiência de gestão regional interestadual da Política de Saúde no Brasil. Logo, não há como formular políticas públicas que se pretendam regionais e, sobretudo, compartilhadas com mais de um ente da federação se não forem considerados, primeiramente, os elementos do território como norma, ou seja, aquele pedaço do espaço geográfico organizado por meio de suas características próprias, mas cuja área de ocorrência abriga as condições de implementação de vetores externos.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 1.989**, de 23 de setembro de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto n° 7.508**, de 28 de junho de 2011.

AFFONSO, S. **O planejamento regional brasileiro pós-Constituição Federal de 1988: instituições, políticas e atores**. Dissertação (Mestrado em Geografia Humana). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 2014.

ANTAS JR, R. M. **Território e regulação: espaço geográfico, fonte material e não formal do direito**. São Paulo: Associação Editorial Humanitas/Fapesp, 2005. 248p.

CATAIA, M. A. e RIBEIRO, L. H. L. **Análise de situações geográficas: notas sobre metodologia de pesquisa em Geografia**. Revista da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Geografia (Anpege). v. 11, n. 15, 2015.

CLAVAL, P. **Epistemologia da Geografia**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2011. 406p.

RAMOS, S. F. **Uso do território brasileiro e sistemas técnicos agrícolas: a fruticultura irrigada em Petrolina (PE) e Juazeiro (BA)**. 2001. Dissertação (Mestrado em Geografia Humana). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

_____. **O uso do território no vale do São Francisco: sistema técnico agrícola da fruticultura irrigada**. GEOUSP – Espaço e Tempo, São Paulo, n. 34, 2013.

RIBEIRO, A. C. T. **Regionalização: fato e ferramenta**. In: LIMONAD, E. et al (org.). Brasil Século XXI: por uma nova regionalização? Agentes, processos e escalas. Rio de Janeiro: Letra Capital Editora, 2015. p. 194-212.

RODRIGUES, R. M. et al. **Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco:**

potencial instituinte para a produção de redes vivas. In: FEUERWERKER, L et al (org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

SANTOS, M. **O território e o saber local:** algumas categorias de análise. Cadernos IPPUR, Rio de Janeiro, n° 2, 1999.

_____. **Região:** globalização e identidade. In: LIMA, L. C (org). Conhecimento e Reconhecimento: uma homenagem ao geógrafo cidadão do mundo. Fortaleza: Eduece, 2000 [1996]. p. 53-64.

_____. **A Natureza do Espaço:** técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Edusp, 2008 [1996]. 392p.

_____. **Técnica, Espaço, Tempo.** São Paulo: Edusp, 2008 [1994]. 176p.

SILVEIRA, M. L. **Um país, uma região:** fim de século e modernidades na Argentina. São Paulo: FAPESP/LABOPLAN-USP, 1999. 488p.

_____. **Região e globalização:** pensando um esquema de análise. Revista REDES, Santa Cruz do Sul, v. 15, n. 1, 2010.

_____. **Uma situação geográfica:** do método à metodologia. Revista Território, n° 6, 1999.

OS DESAFIOS DO PLANEJAMENTO TERRITORIAL DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: O CASO DO MUNICÍPIO DE SÃO SEPÉ, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL.

THE CHALLENGES OF THE TERRITORIAL PLANNING OF BASIC HEALTH CARE SERVICES: CASE OF THE MUNICIPALITY OF SÃO SEPÉ, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL.

Douglas Bouvier Erthal
Graduando em Geografia
Universidade Federal de Santa Maria
douglasbouv@gmail.com

Rivaldo Faria
Prof. Adjunto da Universidade Federal de Santa Maria
rivaldo.faria@ufsm.br

Marcelo Zanatta
Graduando em Geografia
Universidade Federal de Santa Maria
zanattageo@outlook.com

ABSTRACT: Territorialization is a fundamental planning practice for ordering health promotion and prevention actions in basic health care (ABS) in Brazil. Therefore, the National Basic Care Policy (PNAB) defined it as an organizational guideline for the modeling of health care networks and the Unified Health System itself in the country. The effectiveness of territorialization in the municipalities, however, is not always done according to social and assistance criteria or also as a possibility of reordering care. Therefore, we went into the daily routine of the basic health care network of the municipality of São Sepé, Rio Grande do Sul, to understand some of the difficulties encountered in the territorialization process, as well as to discuss practical and possible actions for a territorial reordering of health services. ABS at this location. The methodology was based on the territorial diagnosis, with use of secondary data, and in territorialization workshops made using the action-research method. The results showed territorial challenges for the organization of actions in ABS, such as distances, limits, profiles and health needs. Although the municipality has universal coverage of services, it is necessary to seek more resolute solutions in accordance with territorial changes.

KEYWORDS: Territorialization; Primary-Health-Care; Territorial-Planning; São-Sepé

A Atenção Básica à Saúde (ABS) pode ser definida pelo seu envolvimento real com a vida da sociedade, atuando na promoção e prevenção da saúde, bem como no reconhecimento do território e da população que nele vive, coletando dados que servem para implantar estratégias de acordo com as necessidades de saúde da comunidade, e pode-se dizer que ela foi um marco referencial para a organização dos serviços numa lógica que visa à mudança do modelo assistencial (GIL, 2006). Uma das principais definições dada a esse conjunto de serviços é o de porta de entrada ou primeiro contato com o sistema de atenção à saúde (STARFIELD, 2002) e nela deveriam ser resolvidos, de acordo com Mendes (2009), em torno de 80% dos agravos à saúde apresentados pela população. No Brasil, a ABS é representada pelo conjunto de ações de saúde individuais e coletivas que atuam sob uma população adscrita num território coberto por uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2017).

O primeiro passo, portanto, para a organização de uma rede de atenção básica é o desenho dessa porta de entrada, de forma que garanta o acesso para toda população (CAMPOS et.al, 2014). Por isso, não se pode pensá-la de maneira estreita, pois, assim, segrega os usuários, mas deve-se ter a cautela de não pensa-la também larga demais, para além de sua capacidade de oferta. É para responder estas demandas que o planejamento territorial dos serviços da ABS existe, garantindo os princípios constitucionais da saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1989).

A territorialização da Atenção Básica à Saúde (ABS) é uma das diretrizes organizativas da ABS no Brasil (BRASIL, 2017). Através dela os serviços se apropriam de um território e uma população definida e passam a responder por todas as suas necessidades de saúde, incluindo as necessidades que ela deve encaminhar, como referenciamento, aos serviços especializados. Através dessas ações, ela deve incorporar a intersetorialidade que informe uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços voltados para uma nova prática sanitária (FERREIRA e SILVA, 2005).

Segundo Mendes (1993), a territorialização é um processo social de mudança nas práticas sanitárias, portanto, não é apenas uma ação de “confinamento” territorial das ações. Nesse sentido, ou seja, como processo social, a territorialização é uma transformação da mentalidade assistencial que vê o sujeito pela sua doença e fragmenta a atenção em ações descontínuas e casuísticas. Por isso, Gondim e Monken (2009) afirmam que a territorialização se coloca como uma metodologia capaz de operar mudanças no modelo assistencial e nas práticas sanitárias vigentes.

Na prática, portanto, a territorialização vai definir as responsabilidades sanitárias do Município e organizar todo o fluxo de usuários no interior da sua rede de atenção. Mas esse não é um processo fácil e é recorrente que os gestores acabem desencadeando isso de maneira burocrática, assim compreendendo o território politicamente como uma superfície geométrica demarcadora das ações. Em outros casos, mesmo com enorme boa vontade dos gestores, falta formação e apoio adequado, uma vez que planejar o território pode não ser uma tarefa simples, visto que ele é resultado de processos (TEIXEIRA, PAIM e VILASBOAS, 1998).

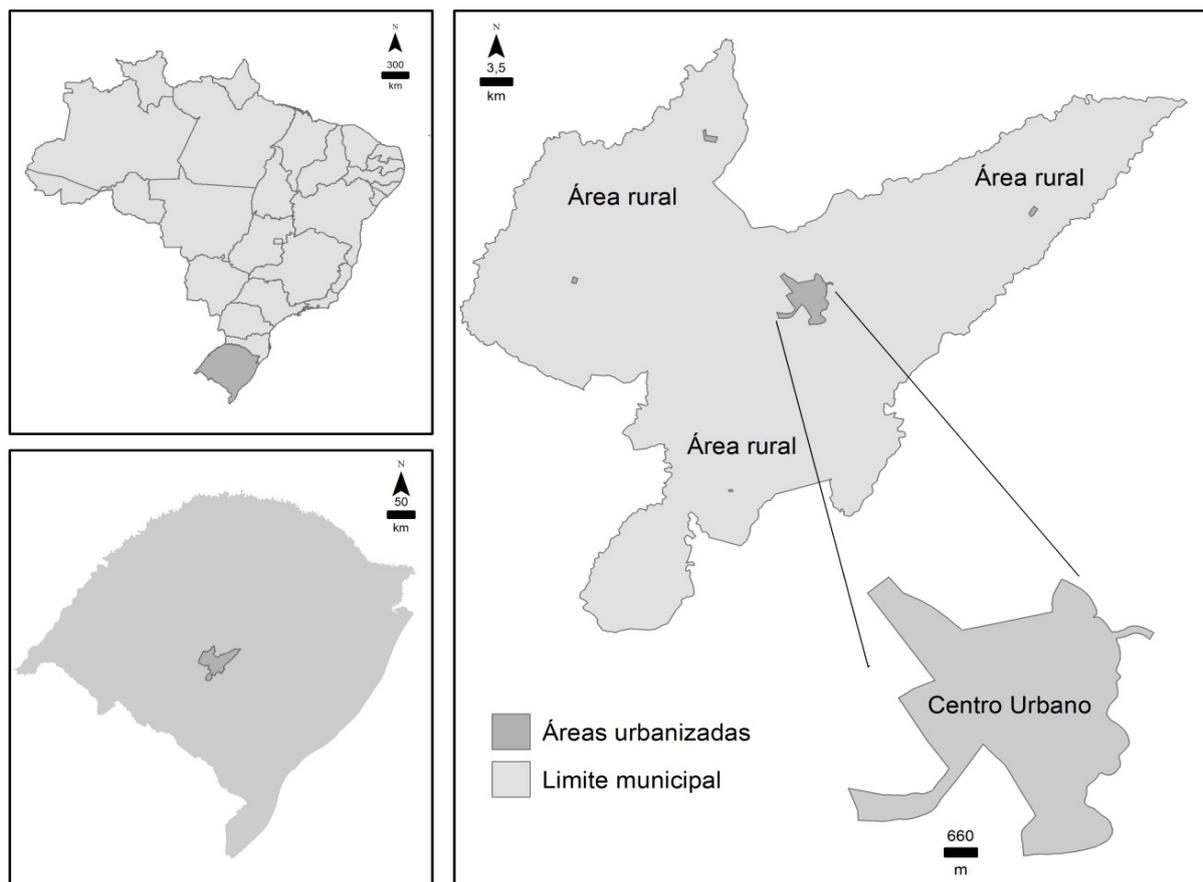
A teoria e a tecnologia da territorialização se desenvolveram muito no Brasil desde as primeiras oficinas de territorialização propostas por Unglert (1993), mas há ainda uma distância enorme da prática. Por isso, é fundamental a reflexão e a ação; e a extensão universitária cumpre exatamente essa função social própria da universidade (INCROCCI e ANDRADE, 2018).

São Sepé, localizado no Rio Grande do Sul, é um dos muitos municípios brasileiros que enfrentam dificuldades para desenhar a porta de entrada do SUS. Em 2018 o próprio município procurou o Núcleo de Pesquisa em Geografia da Saúde (NePeGS) para apoiá-los na territorialização dos seus serviços de ABS. Isso permitiu o desenvolvimento de um projeto colaborativo, cujos resultados preliminares, serão, pioneiramente, apresentado nesse trabalho. O objetivo é caracterizar a rede de atenção à saúde, explicitar os desafios que enfrenta a ABS no município, bem como trazer reflexões sobre as oficinas de territorialização, que foram importantes na deliberação de um novo projeto de implementação dessas ações.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Área de estudo

São Sepé é um município localizado na região central do Estado do Rio Grande do Sul (figura 1), e tem uma população estimada de 23.690 habitantes (IBGE, 2018). De acordo com o censo de 2010, cerca de 4.977 (21%) dessas pessoas viviam na zona rural do município. Uma das características de São Sepé é sua extensão territorial, que soma um total de 2.202,648 km². A extensão da área urbana é de apenas 18,62 km², e é nela que residem mais de 90% da população. Como característica da região central do Estado, São Sepé é um município de alta produtividade de grãos, entre os principais estão soja e arroz, e também de carne bovina, a maior parte feita por grandes empresas do agronegócio.

Figura 1: Localização do município de São Sepé, Rio Grande do Sul, Brasil.

Metodologia

A metodologia é baseada na pesquisa-ação, que é adequada aos projetos de extensão como o que foi desenvolvido nesse trabalho. Ela é um tipo de pesquisa social com base empírica concebida e realizada com uma ação ou um problema coletivo, no qual participantes e pesquisadores se envolvem de modo a cooperar para propor soluções conjuntas (THIOLLENT, 2008).

Os dados da rede de atenção à saúde do município foram levantados através da Secretaria Municipal de São Sepé (SMS-SS), num trabalho conjunto com o Núcleo de Pesquisa em Geografia da Saúde (NePeGS – UFSM), através de uma ação extensionista. Sendo uma extensão, portanto, um processo, este trabalho continua em andamento e foi construído em cinco fases. A primeira fase consistiu basicamente no diagnóstico da situação atual da rede de saúde do SUS no município. Através dela, essa rede foi mapeada e categorizada, servindo de base para estabelecer ações e estratégias no território.

No segundo momento, levantaram-se informações das condições sociais e de saúde da população de São Sepé, coletadas em fontes secundárias oficiais, como o IBGE (2010), e também em fontes fornecidas pelos profissionais da SMS-SS. Essas informações foram sistematizadas em dados demográficos (população residente e população por grupo de idades), dados sociais (alfabetização, renda, condições de domicílio e moradia e saneamento), dados de saúde (mortalidade por gênero e por grupos de idade, morbidade por doenças crônicas como diabetes, hipertensão e sífilis e grupos de risco, como gestantes, crianças e idosos) e por fim, os dados de uso do solo (presídios, hospitais, associações de bairros etc).

A terceira fase do trabalho sistematizou oficinas de territorialização, dividida em três etapas, envolvendo todos os trabalhadores da ABS do município, incluindo médicos, agentes comunitários de saúde (ACS), gestores e universidade. Essas oficinas foram cruciais para se compreender, de maneira prática e pedagógica, como está a situação atual da ABS no município do ponto de vista territorial e epidemiológico. No primeiro momento, de caráter educativo, foi

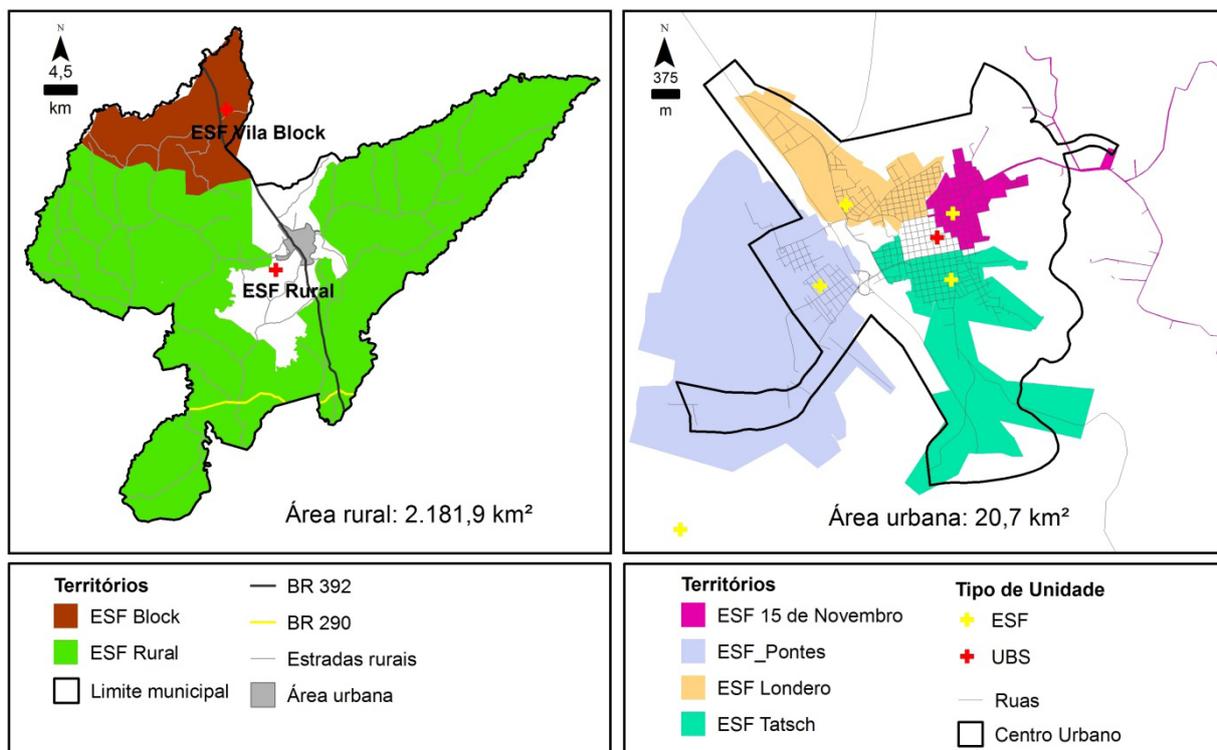
discutido os princípios da territorialização, o que é, como é implementada e para que é necessário implementá-la. O segundo momento, tendo função operativa, promoveu um debate sobre as condições territoriais de cada equipe. Essa etapa foi fundamental para se chegar a reflexões mais profundas sobre o território, como por exemplo a história de formação de determinados lugares, além de marcos territoriais (igrejas, salões comunitários, hospitais, pontes etc), importantes para complementar as etapas posteriores. Por fim, a última etapa da oficina definiu estratégias comuns para servirem de base no processo de reorganização dos serviços da ABS. É lógico que, de acordo com a necessidade de cada equipe, alguns critérios podem não responder as demandas daquela realidade, por isso, muitos deles acabam sendo construídos no momento da territorialização em si.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Caracterização da Atenção Básica à Saúde de São Sepé e seus principais desafios

São Sepé apresenta uma ABS relativamente organizada do ponto de vista da cobertura assistencial. Sendo um município de expressiva extensão territorial, as áreas cobertas pelas ESF equivalem a mais de 80% da área total do município (figura 2). A ABS é constituída por seis ESF que trabalham de maneira territorializada, como é sua característica principal. Segundo dados coletados na própria SMS-SS, esse modelo assistencial cobre um total de 17.315 pessoas, e cerca de 13.000 vivem no centro urbano do município. Aproximadamente 7.000 usuários não são atendidos pelo modelo territorializado, que por sua vez utilizam a UBS, que é o modelo tradicional dos postos de saúde da década de 1980, garantindo o acesso aos demais 20% dessa população. Portanto, a ABS atende, conforme esses números, 100% da população.

Figura 2: Configuração territorial da ABS da área rural e urbana do município de São Sepé, Rio Grande do Sul.



O centro urbano apresenta características que são fundamentais no processo de construção do território. Os usos do solo urbano variam de acordo com as regiões, e também existem áreas com grande vulnerabilidade (barracos, esgoto a céu aberto, privação de água potável, etc.) que merecem certa atenção ao nível do planejamento dos serviços de saúde. Essas áreas de

vulnerabilidade estão localizadas, principalmente, no território de atuação da ESF Londero, mas há também, embora em menor número, populações carentes espalhadas em praticamente todos os demais territórios das equipes.

Dentre os principais problemas levantados pelos profissionais da ABS na área urbana, podem-se destacar alguns que estão diretamente ligados à falta de direitos básicos e fundamentais para uma vida minimamente digna e saudável. A população mais pobre é ainda muito resistente aos protocolos de atendimento, e isso impacta significativamente no planejamento das ações de cada unidade de saúde. Além disso, algumas regiões apresentam grande concentração de prostituição e uso de drogas, que acabam acarretando em altos índices de pessoas com saúde mental debilitada.

É no centro urbano também que existem marcos territoriais mais significativos do ponto de vista populacional. A área central, por exemplo, é representada por uma população mais idosa, ao passo que a periferia tende a segregar a população vulnerável. Os equipamentos urbanos, como praças, escolas e creches, que tem grande importância no ordenamento das ações, também estão mais concentrados na área central. Na periferia, como a do território da ESF Tatsch, por exemplo, está localizado o Presídio Municipal, que exige uma atenção específica das ações de vigilância à saúde e, por isso, conforme relatado pela equipe, tem grande impacto no dia a dia de suas ações. No território da ESF 15 de Novembro, por seu turno, está localizada a COTRISEL, que é uma das maiores cooperativas de arroz do Rio Grande do Sul e Brasil. É um equipamento que impacta nos usos ao seu redor e nas características da população residente, que é bastante vulnerável. Isso traz desafios próprios para o trabalho dessa equipe.

Um dos problemas e dificuldades relatadas por várias equipes de ABS de São Sepé é uma população hiper-utilizadora, que, na maioria dos casos, ainda não entende a saúde como modo de vida e, portanto, como uma promoção. A falta de informação faz com que os usuários busquem atendimento somente quando adoecem, e esse modelo convencional e curativo de saúde já se mostrou ineficiente. Cabe a gestão propor alternativas que sirvam como instrumentos pedagógicos para a população, mudando as condições de saúde destas pessoas.

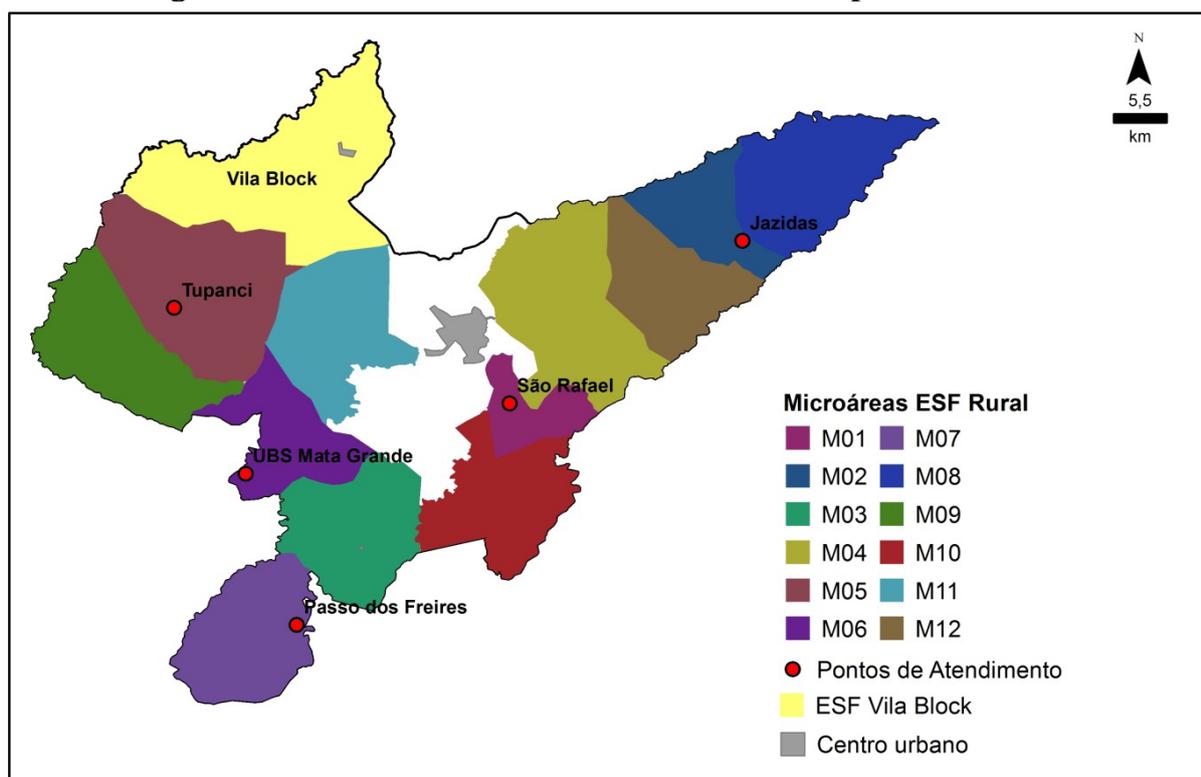
A dinâmica populacional do município também traz enormes desafios a serem pensados. Por exemplo, o número de pessoas residentes está diminuindo e se tornando idosa. Em 1980, segundo o IBGE, a população era de 26866, em 2010 caiu para 23798. Também em 1980, o grupo etário de 20 a 29 anos era com o maior número de pessoas, sendo que atualmente, a maior parte da população são as pessoas de 40 a 49 anos. Isso se deu pela itinerância dessas pessoas em busca de trabalhos ou condições de vida diferentes na capital, ou nas cidades médias da região como Santa Maria. Todavia, mesmo com essa diminuição populacional, o tecido urbano aumenta, e com isso, alguns problemas surgem. Portanto, a mudança demográfica não implica num território menos dinâmico, ao contrário. A ESF Tatsch, por exemplo, é uma das equipes que mais enfrenta um problema estritamente ligado à ampliação da malha urbana. O bairro em que a unidade está instalada cresce de maneira muito rápida, e isso traz um aumento significativo no número de pessoas realocadas para este território. Há também uma diversidade expressiva dos usuários, conforme relatos dos profissionais da ESF 15 de Novembro, localizada a nordeste da área urbana. Essas diferenças sociais impactam na tomada de ações da equipe, sendo que algumas microáreas apresentam grandes índices de vulnerabilidade social, enquanto outras não. Isso acaba gerando um grande número de usuários por demanda espontânea, que pode dificultar o trabalho dos profissionais.

A área rural do município, por seu turno, é coberta por duas ESF distintas. A ESF Vila Block, que atende o principal distrito municipal e uma extensa área rural localizada à noroeste; e ESF Rural, propriamente dita, que atende a maior extensão territorial, com baixa densidade demográfica e distintas características sociais e assistenciais. Percebe-se também, inspecionando a figura 2, que é justamente nessa região que existe um vazio assistencial mais acentuado. Justamente na área rural é que se encontram os maiores desafios para se reorganizar os serviços. Nas oficinas realizadas, os profissionais destas unidades expuseram as principais, próprias da área rural e talvez próprias do município de São Sepé no dia a dia de trabalho das equipes.

O principal problema, que foi consenso entre os trabalhadores, são as grandes distâncias que precisam percorrer para atenderem os usuários. Por exemplo, muitos ACS precisam percorrer mais de 60 km para atenderem apenas uma família, o que é absolutamente inviável de fazer a pé. Ademais, as microáreas da ESF rural representam uma área total de mais de 1.600 km², o que acaba se tornando um imenso desafio para se alcançar a resolutividade das ações.

Outros desafios também foram elencados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) destas ESF, dos quais se destacam o grande número de idosos, expressivo analfabetismo, população itinerante (que vem para as colheitas e retorna no fim da safra), doenças ocupacionais devido ao trabalho (ligadas principalmente a grandes esforços físicos e demasiado uso de agrotóxico nas lavouras), instabilidade econômica, entre outros. Logicamente, mesmo na área rural, os territórios não apresentam as mesmas características, e isso deve ser levado em conta. Por isso, para a ESF rural, a gestão organizou territorialmente os atendimentos em cinco pontos fixos e em localidades diferentes (figura 3), onde comparecem uma enfermeira, um médico, uma técnica de enfermagem, um dentista, um auxiliar de serviço bucal e um auxiliar de serviços gerais. Também há atendimento em unidade móvel em dez locais fixos, normalmente nas associações de cada localidade, como é comum em áreas rurais. Esse atendimento é feito por escala, com agendamento prévio, onde os usuários são avisados pelo rádio. A extrapolação dos limites territoriais de ambas as unidades representa um grande desafio, hoje, na organização dos serviços. Elas impõem limites sem qualquer lógica geográfica (limite de propriedade rural, barreira geográfica natural ou artificial) e isso acumula problemas que até hoje não foram resolvidos.

Figura 3: Pontos de atendimentos da ESF Rural por microáreas.



O acesso aos serviços das ESF rurais de São Sepé é, dessa forma, diferente daquele realizado na área urbana. Os pontos fixos de atenção, localizados nas localidades rurais, não são de uso diários (o serviço não está lá diariamente de porta aberta para a pessoa que o queira utilizar, como se dá na área urbana). Essa programação é um desafio, e, dada a dimensão territorial do município, talvez essa seja a única saída para locais relativamente inacessíveis e com uma pequena população residente. Apresenta-se aqui um problema de economia de escala, embora as necessidades de saúde não devam ser pensadas como um problema econômico. Ocorre que é inviável instalar fisicamente a unidade nessas localidades, conquanto o serviço deva acontecer

com igual qualidade e resolutividade. Então, é o ACS que faz, mais que qualquer outro serviço urbano, um papel de integração fundamental. O mapeamento das necessidades de saúde é um desafio maior para esses locais.

Portanto, depois do levantamento de todos os problemas enfrentados no dia a dia do trabalho dos profissionais, esta ação extensionista propõe responder de forma prática, quais caminhos devem ser buscados para se alcançar uma nova (re) territorialização da ABS para o município, almejando não apenas uma cobertura assistencial de 100% da população, mas garantindo o acesso, a resolutividade e também boas condições de trabalho para os profissionais dos serviços.

Devemos mencionar que mesmo apontando todos estes problemas, a rede de atenção à saúde apresenta programas consolidados e estruturas físicas em boas condições, tendo um cadastro mais preciso dos usuários, criando vínculos importantes nos momentos de acolhimento. Oficinas como instrumento de deliberação de uma nova (re) territorialização

Como descrito nos procedimentos metodológicos, as oficinas de territorialização foram fundamentais no processo de diagnóstico dos principais problemas e desafios que os profissionais e gestão enfrentam no dia a dia do planejamento. Esse processo teve como base a metodologia proposta pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Cumprindo funções pedagógicas e operacionais, através delas, elencaram-se as principais demandas para colocar em prática a reorganização dos serviços.

É importante destacar os pontos positivos dessas ações, mas também refletir sobre questões que ainda são um problema frente às gestões das secretarias municipais de saúde, que é a participação popular. Nas oficinas, estiveram presentes gestores, enfermeiros, médicos, ACS e profissionais de logística da rede de atenção à saúde. Do ponto de vista da gestão, nota-se um grande empenho para pôr em prática a nova (re) territorialização, e uma preocupação frente a ABS que demonstra certo entendimento de saúde como um problema socioterritorial.

Os profissionais, principalmente os ACS, foram essenciais na caracterização do território através da descrição de suas próprias microáreas, demonstrando a grande importância que essa categoria incide sobre a saúde como um todo. Foram eles que, através de suas próprias percepções, traçaram estratégias e sistematizaram os principais passos a serem tomados para reorganizar os serviços da maneira mais precisa possível.

Então, as oficinas de territorialização foram responsáveis por deliberar as ações necessárias, a serem levadas em conta, durante o novo processo de organização dos serviços. Mesmo assim, torna-se evidente a falta de participação popular, seja ela representada pelo Conselho Municipal de Saúde, associação de bairros ou de moradores, entre outros. Este não é um problema específico de São Sepé, mas sim de grande parte dos municípios brasileiros. Sendo a territorialização um processo, ela deve ser constantemente discutida, colocada em prática e, além dos profissionais, a população deve se apropriar de espaços de discussão para se empoderar e, organizada, participar de reuniões, de oficinas como estas a fim de terem autonomia para reivindicarem seus direitos garantidos na Constituição. Só assim a territorialização torna-se de fato, democrática, e assim é capaz de romper com o planejamento vertical das estratégias e ações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de extrema importância se discutir os rumos da ABS e do SUS, principalmente em tempos em que o neoliberalismo e conservadorismo assolam o Brasil. Não apenas pela postura reacionária do novo governo, mas também pela tutela neoliberal que persiste em dizimar o povo brasileiro, bem como as conquistas consolidadas através de muita luta social, que estão gravados na Constituição de 1988. A saúde é, sim, um direito de todos, e cabe ao Estado brasileiro garantir e assegurar o acesso universal aos serviços do SUS.

Pode-se dizer que São Sepé caminha, a passos relativamente largos, para alcançar 100% de cobertura assistencial da população. Neste processo, a geografia tem um papel central, seja no

ponto de vista de reflexão sobre os processos sociais e territoriais, bem como na modelagem de informações em Sistemas de Informações Geográficas (SIG), sendo capaz de propor ações a nível de planejamento que muitas vezes são negligenciadas, nesse caso em específico, as condições do território e de vida da população.

O processo de (re) territorialização do município já está em andamento, e agora cabe à gestão e equipe coordenadora implementarem gradualmente as mudanças no ponto de vista prático, em conjunto com o NePeGS-UFSM, que presta um apoio muito mais técnico e reflexivo, uma vez que toda e qualquer deliberação é decidida pelos profissionais e pela gestão.

Há de se reconhecer que as oficinas de territorialização tem grande importância no dia a dia do planejamento, e deve ser discutida e realizada periodicamente, de acordo com as necessidades da SMS-SS e sua rede de ABS.

A participação popular deve ter sua importância nestes processos, e deve, fundamentalmente, ser ouvida. Para isso, como disse Yunes (1987), este momento de transição deve ser também de aprendizado democrático. A política, portanto, deve se transformar numa grande ferramenta pedagógica, para que vários segmentos da sociedade possam fazer valer os seus direitos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=10/10/2018>

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuarios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n.especial., p.252-264, Out. 2014.

FERREIRA, V.S.C. e SILVA, L.M.V. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. In: HARTZ, ZMA., and SILVA, LMV. orgs. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 103-150

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(6). p. 1171-1181, jun. 2006

INCROCCI, Lígia Maria de Mendonça Chaves; ANDRADE, Thales Haddad Novaes de. O fortalecimento da extensão no campo científico: uma análise dos editais ProExt/MEC. **Sociedade e Estado**, [s.l.], v. 33, n. 1, p.187-212, abr. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-699220183301008>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE Cidades. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/santa-maria/panorama>. Acesso em: 19 jan. 2019

MENDES, E. V. (org.). Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, Hucitec, 1993.

GONDIM, G. M. M. e MONKEN, M. Territorialização em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). Dicionário de educação profissional em saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSVJ, 2008. P. 392-399. TEIXEIRA, C.F; PAIM, J.S.; VILASBOAS, A.L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. Informe Epidemiológico SUS, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998. <https://doi.org/10.5123/S0104-16731998000200002>

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. 16ª Edição. São Paulo: Cortez; 2008.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistema de saúde. In: MENDES, E. V (org.). Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Hucitec, 1993. p. 221-235.

YUNES, J. Participação social em saúde. p.133-139. Em Conferência Nacional de Saúde, ed. 8. Brasília, 1987. Anais. 430p.

CENTRALIDADE DA REGIÃO SANITÁRIA: INFLUÊNCIA REGIONAL NO MEIO URBANO DE SOROCABA

CENTRALITY OF THE SANITARY REGION: REGIONAL INFLUENCE IN THE URBAN ENVIRONMENT OF SOROCABA

Ronaldo Ramos Pinto

Aluno de graduação - Geografia
Universidade Federal de São Carlos, campus Sorocaba
ronaldo960066@gmail.com

Edelci Nunes da Silva

Docente da Universidade Federal de São Carlos, campus Sorocaba

ABSTRACT: The municipality of Sorocaba became the nodal point of the Department of Health XVI, as of 2006, composed of 48 municipalities, leading it to constitute a pole of technological-sanitary concentration. This fact brought changes mainly in the urban space. This study aims to analyze the influence of the hierarchy and regionalization of SUS (Unified Health System) in the urban environment of Sorocaba. The identification of these modifications was made from secondary data on health information and population data. It was verified that the number of health establishments increased from 69 in 1990 to 1054 in July 2018. The spatialization of the data identified that the highest concentration of health establishments occurs in the center-south region of the municipality, indicating that the health accumulation generates a space specialization relationship, since this is the most valued region of the city, constituting an overlap of the exchange value to the value in use. The research also allowed for a reflection and a debate about the condition of access to health of the black population in Sorocaba indicating lack of information about the problem.

KEYWORDS: SUS (Brazilian Unified Health System), Space Specialization, Health Geography, Urban Health.

A análise da paisagem é de essencial importância para o estudo da Geografia e, através dela é possível configurar uma visão representativa de como o espaço geográfico ali presente se formou. A paisagem é um conjunto, uma convergência, um momento vivido, uma ligação interna, uma impressão, que une todos os elementos (DARDEL, 2011, p. 30). Dessa forma, as observações que levaram a realização desse trabalho foram iniciadas antes mesmo do meu contato com a faculdade de Geografia, pois, tive uma experiência diária em hospitais de Sorocaba, pelo fato de ter sido paciente de hemodiálise do sistema público de saúde desta cidade por cinco anos. Assim, a observação foi a porta de entrada para a visualização das influências do SUS (Sistema Único de Saúde) no meio urbano.

Esta união de elementos citada por Dardel nos traz perguntas e a Geografia pautada no seu objeto principal que é o espaço possibilita relacionar os olhares sobre o cotidiano e os transformar em um objeto a ser analisado e, juntamente com isso, a tentativa de uma compreensão sobre o movimento ao nosso redor e a produção de espaço gerado. O processo de vida é um processo de criação do espaço geográfico (SANTOS, 2014, p.96-97), a saúde, por sua vez, se coloca como ponto importante na (re)estruturação do espaço, principalmente no meio urbano.

Sorocaba é o principal município da Região Metropolitana de Sorocaba constituída por 27 municípios. O município foi instituído como ponto nodal para o Departamento Regional de Saúde XVI que é formado por 48 municípios desde o ano de 2006, sendo criado com o intuito de

melhorar o atendimento em saúde nesta região, e, neste caso, observando a região como produto-produtora dos processos de diferenciação espacial (HAESBAERT, 2010, p. 7-8).

Dessa forma, Sorocaba é institucionalizada como uma referência para tratamentos médicos enquadrados nos níveis de atenção secundários e terciários, fato que atrai um grande contingente de pacientes que saem de seus municípios para fazerem tratamentos constituindo fluxos que, segundo Milton Santos são uma modificação da cidade e da paisagem.

O constante processo de devir corrobora com a noção de meio urbano, pois as mudanças são contínuas, conseqüentemente, a análise do espaço é recorrentemente necessária. Desta forma, observar a estrutura organizacional dos estabelecimentos sanitários, na cidade, poderá fornecer bases para uma discussão sobre a constituição e a reconstituição urbana a partir da saúde e, é este o objetivo dessa pesquisa.

O caminho trilhado

A implantação do SUS, no Brasil, foi um dos momentos mais importantes na construção social do país, contudo acredita-se ser necessário observar a transformação espacial advinda da organização, após a hierarquização e a regionalização que foram instituídas como normas pela Lei Orgânica da Saúde, editada em 1990 e, principalmente, depois da instauração dos Departamentos Regionais de Saúde, no estado de São Paulo em 2006. A hierarquização constitui um fluxo constante para cidades nodais, sendo que, atendimentos de níveis secundários e terciários são ali acumulados, podendo acarretar mudanças em uma cidade média como Sorocaba.

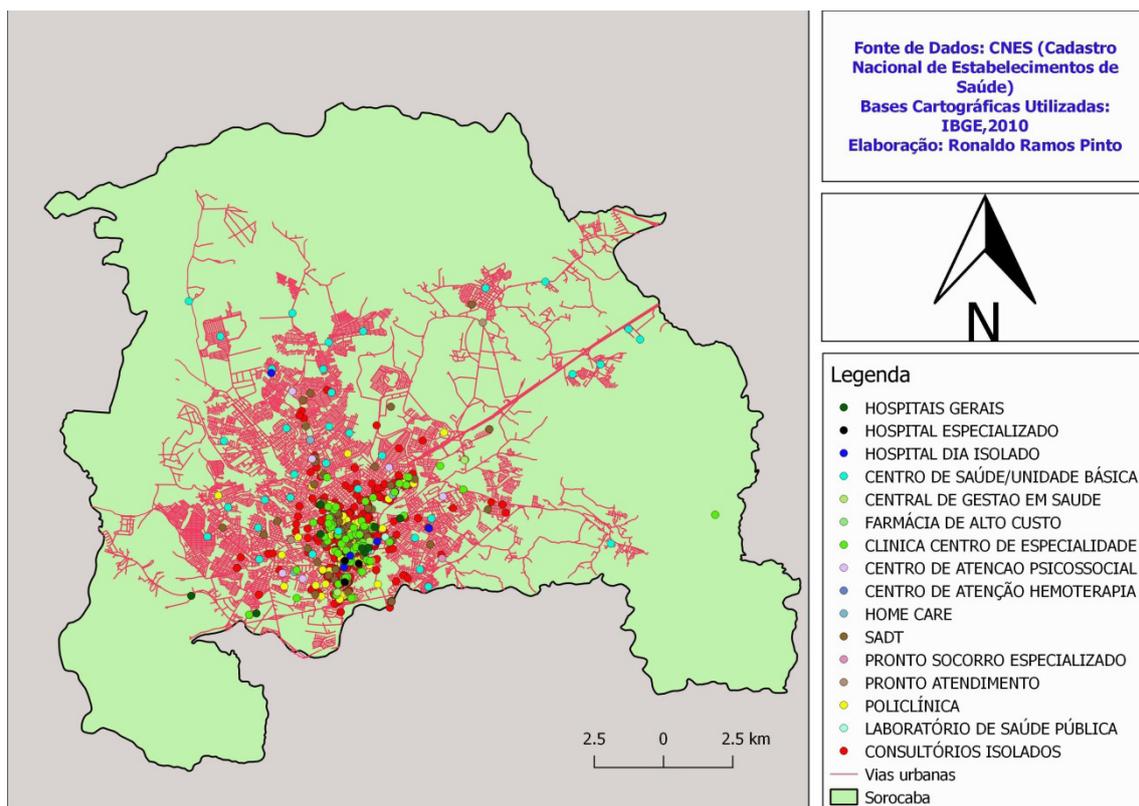
Dessa forma, para a realização da pesquisa foi feita análise bibliográfica de autores da Geografia da Saúde, que destacam o sistema de saúde público brasileiro e autores da Geografia Urbana que debatem sobre os conceitos de regionalização e hierarquização, a fim de relacionar com a estrutura de saúde no Brasil, e, especificamente no município de Sorocaba.

Posteriormente, foi feita busca de dados secundários em bancos como o DATASUS, Fundo Nacional de Saúde, IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos Públicos), ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e a compilação desses dados em forma de gráficos e elaboração de mapas. Por fim, foi realizado um trabalho de campo com o objetivo de observar a paisagem no entorno dos principais hospitais de Sorocaba: o Hospital Oftalmológico de Sorocaba e do Conjunto Hospitalar de Sorocaba.

Sorocaba e a Saúde

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (2018), Sorocaba tem 36 unidades básicas de saúde que ficam espalhadas pelo município e são responsáveis pelos atendimentos primários, principalmente da população residente. Os fixos que realmente possuem a capacidade de atrair fluxos de pacientes de outros municípios são, principalmente, os 8 hospitais gerais e os 3 hospitais especializados existentes, visto que tecnologicamente possuem aparelhos ou tratamentos que são raros em toda região. Outro ponto importante é a preponderância de estabelecimentos de saúde administrados pela esfera privada. No mapa 1 podemos observar o total de fixos relacionados à saúde que constituem a malha urbana de Sorocaba e a sua localização no município.

MAPA 1: Estabelecimentos de saúde em Sorocaba.



Fonte dos dados: CNES(Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde). Elaboração: Ronaldo Ramos

No mapa percebe-se que os serviços de saúde estão concentrados na região centro-sul do município, esse fato permite inferir que este é um espaço monopolizador de verbas públicas, além de uma forma sistemática de valorização do local, que se torna um grande atrativo para empresas privadas de saúde, devido ao fluxo constante constituído naquela área da cidade, instituindo importância nas influências advindas das organizações espaciais do SUS, que colocou a cidade como central na sua Região de Saúde.

A análise do número de estabelecimentos de saúde a partir de 1981 mostrou um aumento lento na primeira década, ou seja, de 50 (1981) para 69 em 1990, e um crescimento mais significativo a partir da criação do SUS, 143 no ano de 1999 chegando a 223 em 2009, posteriormente, os aumentos são vertiginosos 632 (crescimento de aprox. 440%) estabelecimentos em 2012 e 1054 em julho de 2018, sendo que desses, 929 eram administrados pela esfera privada e 115 pela esfera pública.

Evidencia-se, desta forma, a proliferação dos estabelecimentos de saúde privados na cidade, podendo ter como uma das suas causas a instauração do Departamento Regional de Saúde XVI, considerando que, em fevereiro de 2006 (ano da criação da DRS XVI) haviam 169 estabelecimentos administrados pela esfera privada, passando para 302 em fevereiro de 2007 concentrados, principalmente, na região centro-sul da cidade.

Esta estrutura estabelecida torna o centro-sul da malha urbana um espaço luminoso, pois segundo Santos e Silveira (2006), as empresas vão se instalar em locais que são prontamente instrumentais para a sua existência produtiva, deixando os espaços opacos para desenvolvimento de serviços com menos investimento. Entretanto, os pontos luminosos abrigam também atividades menos luminosas, que tanto podem ser complementares às atividades mais dinâmicas, como resultar da permanência, em cada lugar, de uma sociedade desigualitária (SANTOS e SILVEIRA, 2006, p.294).

Portanto, o espaço valorizado historicamente já constitui uma especialidade condicionada, mas a aglomeração sanitária atrai novos fluxos e conseqüentemente fixos que se aproveitam desta constituição. É importante ressaltar a atração de fixos complementares que são instalados ou tem suas funções modificadas em razão dos estabelecimentos de saúde constituindo uma

relação mercadológica de complementaridade com o mercado privado e, principalmente com a saúde pública.

Milton Santos (2007) coloca os fixos como formas que foram construídas ou modificadas pelo ser humano e, a partir disso, adquirem uma função, mas tendo em vista os fixos públicos e privados, o autor faz alguns apontamentos:

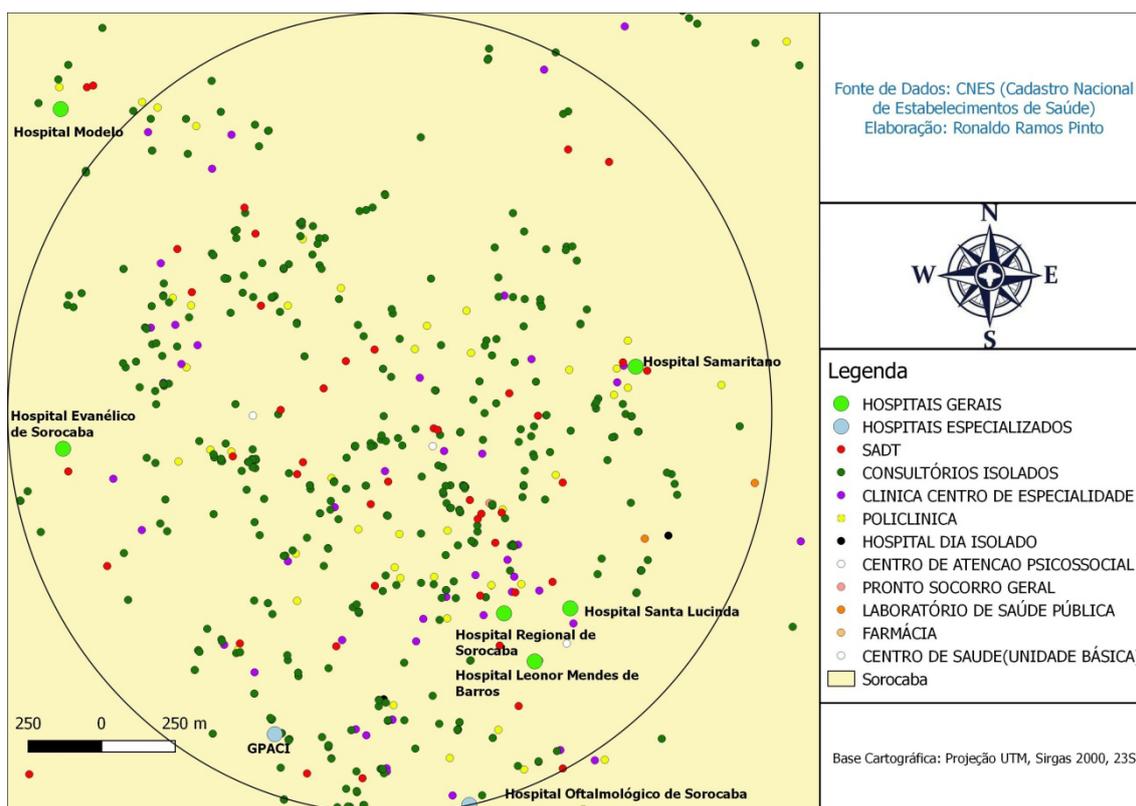
Os fixos são econômicos, sociais, culturais, religiosos, etc. Eles são, entre outros, pontos de serviço, pontos produtivos, casas de negócios, hospitais, casas de saúde, ambulatórios, escolas, estádios, piscinas, e outros lugares de lazer. Mas se queremos entender a cidade não apenas como um grande objeto, mas como um modo de vida, há que distinguir entre os fixos públicos e os fixos privados. Estes são localizados segundo a lei da oferta e da procura, que regula também os preços a cobrar. Já os fixos públicos se instalam segundo os princípios sociais, e funcionam independentemente das exigências do lucro (SANTOS, 2007, p.142).

Santos (2007) tem essa preocupação em separar os fixos públicos e privados, entretanto em relação à saúde é interessante observar que o investimento do setor público sanitário cria uma atração do mercado privado e, em Sorocaba, isso pode ser observado, principalmente, depois da regionalização.

A valorização de um espaço constituído pela implantação do maior conjunto de hospitais do município impulsionou a construção de um mercado baseado nos fluxos ali presentes. Portanto, ao observar o local é visível uma tríade comercial principal, que se materializa nos estacionamento, nas clínicas particulares, nos restaurantes. É notório também a ressignificação (reestruturação) da função dos fixos sendo que muitas clínicas médicas e policlínicas foram instaladas em antigas casas residenciais, portanto, essas características apontam que o bairro assumiu uma configuração sanitária colocando o valor de troca acima do valor de uso.

Sob o capital toda produção se transforma em mercadoria, realizando-se na dialética valor de uso/valor de troca com a preponderância do segundo em relação ao primeiro orientando e subsumindo as relações sociais. (CARLOS, 2015, p.28). Esta incidência do valor de troca sobre o valor de uso no solo estabelece uma grande privatização da cidade, pois, as áreas centrais são disponibilizadas para os mercados de serviços e as áreas próximas às rodovias principais para as indústrias para proporcionar uma melhor possibilidade de fluxos de mercadorias, portanto, a valorização do solo tem-se feito no município como um todo, especializando o lugar e instituindo um devir constante das formas e de suas funções.

Sorocaba está em um momento de transição organizacional dos espaços, devido às novas centralidades que se encontram em desenvolvimento, como na maioria das cidades médias, entretanto, é debatido por Sposito (1991, p. 6-7 apud OLIVEIRA JÚNIOR, 2008, p.214) que mesmo com a emergência de outros 'centros', o principal e cada um deles desempenha um papel de concêntrica, fato este que mantém o centro antigo ainda atrativo, principalmente pelos investimentos públicos em saúde ali concentrados, mantendo os fluxos neste local, contribuindo para a proliferação do mercado privado e ambulatorial, principalmente. Observando a localização dos estabelecimentos de saúde é possível perceber que os mesmos estão localizados principalmente entre os hospitais gerais e os especializados. O mapa a seguir mostra esta concentração sanitária.

MAPA 2: Concentração dos estabelecimentos de saúde entre os hospitais de grande porte.

Fonte: CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde). Elaboração: Ronaldo Ramos Pinto

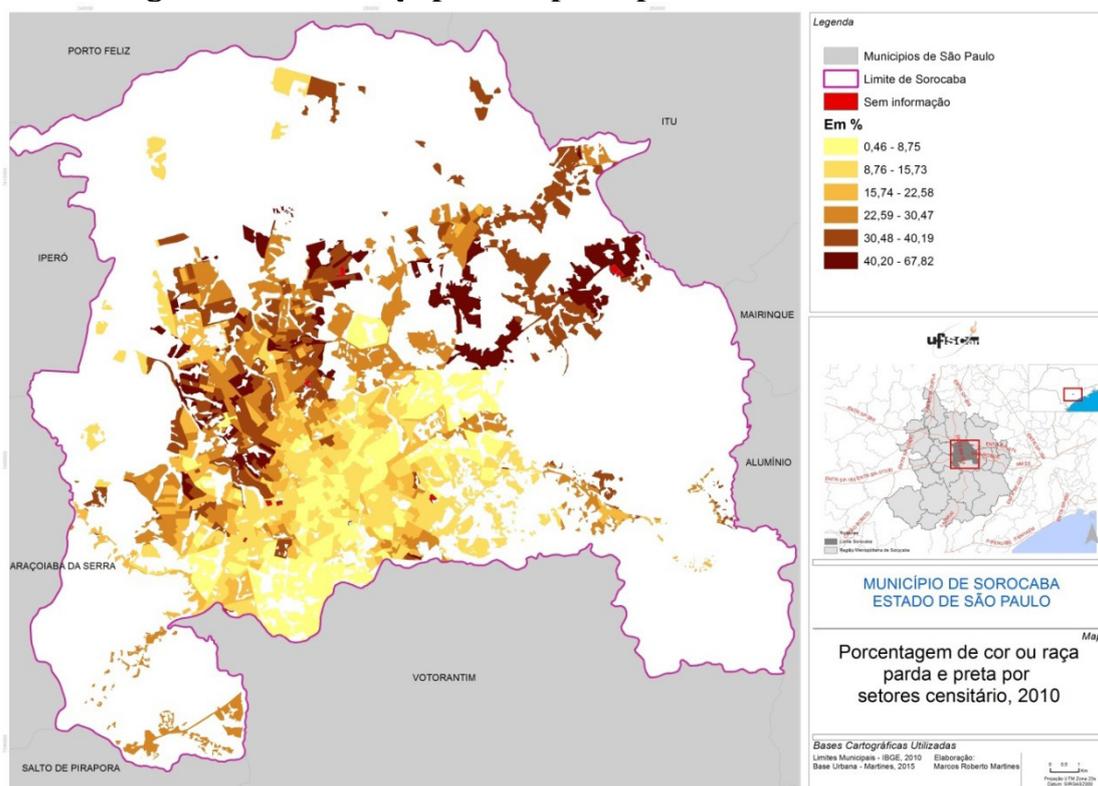
Hierarquicamente os espaços vão assumindo suas funções designadas a partir da estrutura econômica do município, desta forma, a paisagem denuncia a importância da análise da interconexão entre a organização e espacialização sanitária e as características da cidade, pois além de estar distante das populações que tem maiores necessidades, pode contribuir no aprofundamento das desigualdades espaciais na cidade. Como visto, os espaços opacos não são tão interessantes ao mercado, fato que faz necessário saber qual população vive nestes espaços, considerando que a saúde e a doença não se distribuem por acaso na população, e não dependem apenas de fatores biológicos, mas sim de padrões socioeconômicos e formas de estruturação da vida social, podendo variar de acordo com gênero, classe, raça e idade (SIQUEIRA, 2011, p.32).

Considerações sobre a população preta e o acesso à saúde

Os dados apresentados aqui nos leva a refletir sobre o panorama econômico e social da população preta em Sorocaba e a sua distância do espaço luminoso da saúde.

No mapa 3 é possível observar a distribuição espacial da população preta no município de Sorocaba em 2010. Consta-se que a população preta vive distante do centro-sul da cidade, ou seja, longe dos serviços públicos de saúde evidenciando não só o afastamento dos atendimentos mais complexos em saúde, mas também longe dos espaços luminosos.

Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) em 2014, no município de Sorocaba, 22,5% da população era preta ou parda. No ano de 2010, em Sorocaba, a divisão média per capita segundo cor/raça estava disposta de forma que a população branca ganhava R\$1.195,30 e a amarela R\$1.312,49, enquanto à população preta ganhava R\$609,29, parda R\$622,28 e a indígena R\$565,41, portanto, a população preta ganhava 49,03% a menos que a população branca e 53,57% menos que a população amarela, uma diferença gigantesca que se configura na sua distribuição espacial no município. O Ministério da Saúde aponta que, no Brasil, 80% das pessoas que utilizam o SUS são negras (pretas e pardas).

MAPA 3: Porcentagem de cor ou raça parda e preta por setores censitários em Sorocaba, 2010

Elaboração: Marcos Roberto Martines.

Portanto, além da problemática do negro na saúde brasileira estar relacionada à execução em relação à violência obstétrica, por exemplo, tratados em vários artigos, como os de Diniz (2015), Leal (2005), Gama (2005), Cunha (2005) e o alerta colocado pela ONU (Organização das Nações Unidas), em 2018, sobre a mortalidade de recém-nascidos antes dos seis dias de vida, infecções sexualmente transmissíveis, mortes maternas, hanseníase e tuberculose que explicitam a dificuldade sanitária do negro na sociedade, percebe-se também a distância econômica desta população dos atendimentos secundários e terciários que se materializa igualmente na distância física.

A maioria dos investimentos públicos são direcionados, isto nos proporciona a possibilidade de perceber que a periferia de Sorocaba onde os pretos vivem também é aquela de menor e pior estrutura, constituindo uma relação de ciclo, pois quanto menos estrutura sanitária básica, maior o número de doenças e maiores as dificuldades em saúde da população negra. Buscar informações sobre a população negra dos municípios, mesmo de tamanho médio como Sorocaba é extremamente difícil, pois há escassez de informações, segundo Lopes (2018), representante auxiliar do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) no Brasil:

Não há insuficiência de dados, a qualidade é que precisa ser apurada. Já não se pode aceitar dados cuja informação sobre raça/cor é 'ignorada'. Os indicadores precisam ser sensíveis. Se não são desagregados, não poderão captar as necessidades reais dos grupos. Não haverá investimentos corretos, as desigualdades serão mantidas e/ou agravadas (LOPES 2018)¹.

Em geral, nos dados sobre a saúde brasileira a raça/cor é raramente considerada, o que gera uma homogeneização dos dados e uma desqualificação das análises. A geografia pode contribuir muito nessa área, pois tende a evidenciar hierarquias e desigualdades, uma vez que pode ajudar na decisão sobre os investimentos em saúde, sobretudo em tempos da *Proposta de Emenda Constitucional 241/2016 (PEC 241)*² fato que só tende a agravar as disparidades na saúde.

¹ Disponível em: <https://nacoesunidas.org/negros-tem-maior-incidencia-de-problemas-de-saude-evitaveis-no-brasil-alerta-onu/>
Acesso em: 09/08/2018.

² Proposta de Emenda Constitucional que fixa os limites, para o ano, como os equivalentes à despesa primária realizada (paga) no ano anterior, corrigida pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor) apurado de janeiro a dezembro; e, para os exercícios seguintes,

Entretanto, a explicação sobre a localização dos estabelecimentos de saúde públicos estarem longe daqueles que mais necessitam de atendimento, tende a ser mais complexa e pode estar relacionada à organização regional do sistema de saúde. Mas, os estabelecimentos públicos tendem a ser vetores de valorização, dentro e fora da cidade, caso colocado fora da malha urbana, portanto, tornam-se interessantes ao capital e com os estabelecimentos de saúde não é diferente.

Conclusão

Esse trabalho buscou entender um pouco mais sobre a relação entre a centralidade regional de uma cidade média como Sorocaba e a influência da constituição sanitária no seu meio urbano. Percebeu-se que, após a instauração do SUS em 1988, os investimentos em saúde aumentaram em Sorocaba e, a partir de 2006, o crescimento foi mais acentuado provavelmente devido à criação do Departamento Regional de Saúde XVI.

Essa nova constituição foi um vetor para uma grande atração de estabelecimentos privados no centro da área urbana como: consultórios isolados, farmácias, laboratórios de imagem, policlínicas, além de serviços complementares, como pensões, estacionamento, lanchonetes etc. O local onde os atendimentos públicos estão concentrados, principalmente o Conjunto Hospitalar de Sorocaba atrai fluxos de vários municípios diferentes. Portanto, a partir disso o valor de troca do solo próximo a estes hospitais sobrepôs ao valor de uso, constituindo uma mudança das funções dos fixos no entorno, estabelecendo um lugar voltado para os fluxos ali presentes.

Em vista disso, a concentração de fluxos é a consequência óbvia dos atendimentos em saúde, juntamente com a concentração de investimentos públicos que consequentemente, valoriza o lugar. Em contraponto, há a segregação da população de acordo com a sua posição econômica, sendo que, as pessoas com uma renda menor não se aproveitam desta especialização do espaço. Considerando que a renda está vinculada diretamente com a história social do país é possível observar uma população negra distante fisicamente dos hospitais, mesmo sendo aquela que mais necessita de atendimentos públicos. Dessa forma, é possível refletir sobre o momento estabelecido na política brasileira em que a PEC 241 prevê um congelamento de verbas por 20 anos na saúde e na educação, fato que só permite antever Sorocaba e outras cidades nodais, com serviços privados muito maiores e filas de pobres e pretos gigantescas nos hospitais públicos.

Agradecimentos: Os autores agradecem: Ao CNPq pela bolsa de Iniciação Científica e ao Prof. Dr. Marcos Roberto Martines pela elaboração e permissão de uso do Mapa: Porcentagem de cor ou raça parda e preta por setores censitários em Sorocaba, 2010

Referências

CARLOS, A.F.A. A reprodução do espaço urbano como momento da acumulação capitalista. Crise Urbana. São Paulo. Ed. Contexto. 2015.

DARDEL, Eric. O Homem e a Terra: Natureza da realidade geográfica. São Paulo: Perspectiva, 2011.

DINIZ, Simone Grilo et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: Origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. Journal Of Human Growth And Development, [s.l.], v. 25, n. 3, p.377-384, 25 out. 2015. NEPAS.

HAESBAERT, Rogério. Morte e vida da região: antigos paradigmas e novas perspectivas da geografia regional. In: SPÓSITO, E. S. (Org.). Produção do espaço e redefinições regionais: a construção de uma temática. Presidente Prudente: UNESP: GASPERR, 2005. p. 9-33.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da.

os equivalentes aos do exercício imediatamente anterior, corrigidos pela inflação verificada também no exercício imediatamente anterior; se estendendo por 20 anos, tendo 2016 como ano de início.

Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. Revista de Saúde Pública, São Paulo [s.l.], v. 39, n. 1, p.100-107, jan. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102005000100013>.

OLIVEIRA JÚNIOR, Gilberto Alves de. Redefinição da centralidade urbana em cidades médias. Sociedade & Natureza, [s.l.], v. 20, n. 1, p.205-220, jun. 2008. FapUNIFESP (SciELO).

SANTOS, Milton. Metamorfose do Espaço Habitado:6. São Paulo: ed. Edusp, 2014.

SANTOS, Milton. O espaço do cidadão. São Paulo: Edusp, 2007. SANTOS, Milton. Técnica, Espaço, Tempo: Globalização e Meio técnico-científico informacional. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.

SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. O Brasil: Território e sociedade no início do século XXI. São Paulo. Editora Record. 2006.

SIQUEIRA, Natália Leão. Desigualdade Social e Acesso à Saúde no Brasil. 2011. 60 f. Monografia (Especialização) - Curso de Ciências Sociais, Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/graduacaocienciasociais/files/2010/11/DESIGUALDADE-SOCIAL-E-ACESSO-%C3%80-SA%C3%9ADE-NO-BRASIL-Nat%C3%A1lia-Le%C3%A3o-Siqueira.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

POLÍTICAS PÚBLICAS SETORIAIS E SUAS ESPECIALIZAÇÃO NA CIDADE DE DOURADOS – MS

SECTORAL PUBLIC POLICIES AND THEIR SPECIALIZATION IN THE CITY OF DOURADOS – MS

Matheus Martins Irabi

Laboratório de Planejamento, Geografia da Saúde
Universidade Federal da Grande Dourados - MS
matheusmirabi@gmail.com

Alexandre Bergamin Vieira

Laboratório de Planejamento, Geografia da Saúde
Universidade Federal da Grande Dourados - MS

ABSTRACT: The purpose of this text is to understand part of the socio - spatial reality of urban environments in the city of Dourados - MS, in areas permeated by Public Policies of Health and Housing, which should serve to equate social problems, especially where these problems are more intense, but instead we have a problematic picture and that increasingly hegemonizes throughout the national territory. In order to do this, Fieldwork was developed in 3 Housing Sets, in addition to the application of questionnaires that sought to identify the perspective they have on the use of the Public Policies analyzed, the My Home, My Life Program and the Unified Health System, in this sense, the inhabitants were the epicenter of the perspective of our analyzes, making use of daily life and their voices. In the end, a problematic scenario was found that resembles other regions of the country.

KEYWORDS: My Home, My Life Program. Health Unic System. Healthy Cities. Socio-spatial inequalities

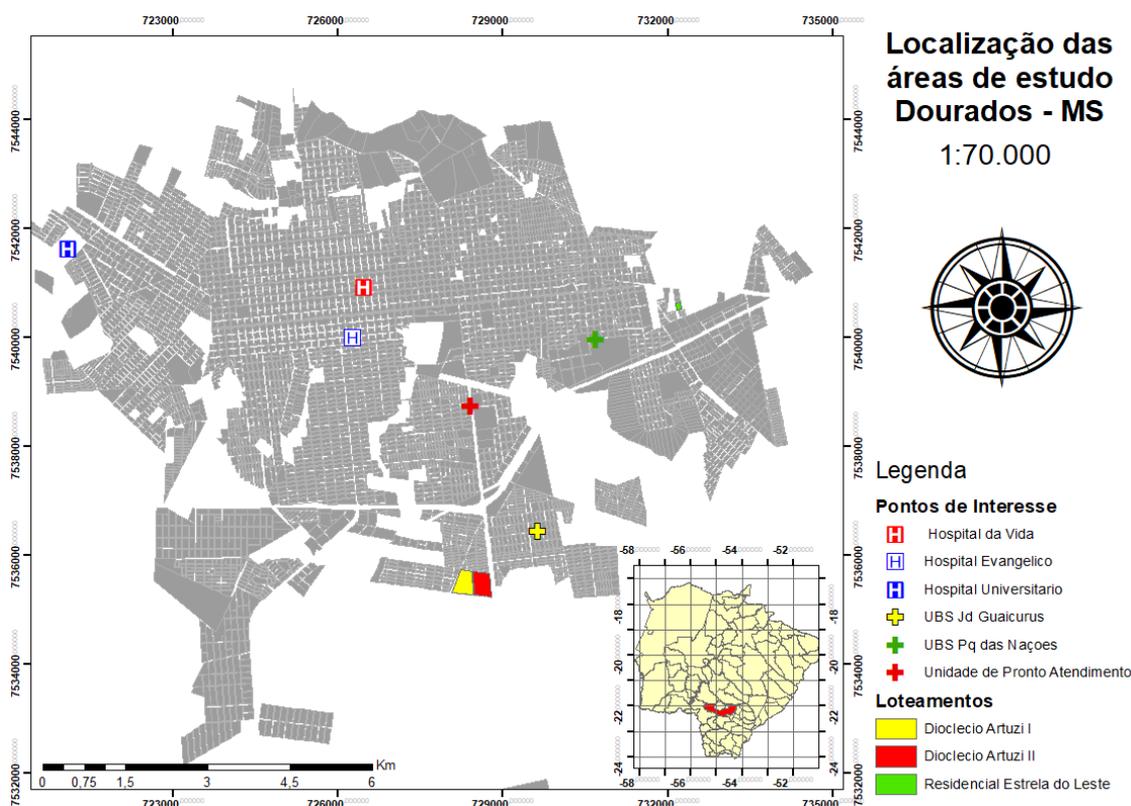
A realidade socioespacial da Cidade de Dourados - localizada na porção sul de Mato Grosso do Sul – é mais um dos municípios brasileiros que são abarcados pela política do SUS e do Programa Minha Casa, Minha Vida, tendo seu espaço urbano (re)construído por essas políticas, que alteram o modo de vida da população usufruem desses serviços, na prática, essas pessoas habitam áreas mais afastadas da cidade, desprovidas de equipamentos urbanos (AMORE, 2015), e pouco conseguem usufruir de um bom atendimento à saúde, como apontam os resultados obtidos com esse artigo.

Isso ocorre devido a banalização da pobreza e das desigualdades alentadas por políticas públicas reversas, cuja implementação deveriam ao menos mitigar tais problemáticas, mas resultam em aprofundar as contradições que agudizam os processos excludentes (VIEIRA, 2009). Atualmente no Brasil, as estratégias para equacionar a questão da falta de moradia e oferecer serviços que promovam saúde são representadas pelo Programa Minha Casa, Minha Vida (PMCMV) e o Sistema Único de Saúde (SUS).

Objetivando-se em compreender essas contradições que advém da perspectiva das Políticas Públicas Setoriais para as questões Habitacionais e de Saúde, com o estudo de caso em dois loteamentos sociais localizados em regiões diferentes da cidade de Dourados-MS (Loteamento Social Dioclécio Artuzi I e II, e também o Residencial Estrela do Leste), esse texto debruçou-se na compreensão dos processos de desigualdade ao focar a (in)acessibilidade que a população residente nos Conjuntos Habitacionais tem em relação ao serviços de saúde pública oferecidas pelo Município, bem como as condições de moradia e habitação oriundas das políticas públicas de habitação dos dois loteamentos, pertencentes ao PMCMV, buscando ainda, construir um material

acadêmico científico, que analise e aponte as contradições do espaço intraurbano de Dourados – MS.

Mapa 1 – A cidade de Dourados – MS, a as áreas de estudo¹



Políticas Setoriais e Cidades Saudáveis

Atualmente, no Brasil, duas políticas públicas representam a síntese de duas maiores preocupações da população, especialmente das classes baixas: a casa própria e o acesso a serviços de saúde. Esses “sonhos” – que na verdade são direitos – são representadas nestes últimos anos pelas políticas do SUS (Sistema Único de Saúde) e o Programa Minha Casa, Minha Vida (PMCMV), que, de maneiras e atuações diferentes, são exemplos de políticas públicas setoriais, que não se adequam de maneira harmônica quando executadas no planejamento das cidades, e não conseguem suprir as necessidades para a melhora na qualidade de vida das pessoas, e tão pouco contribuir para a construção de ambientes saudáveis.

Segundo a carta de Ottawa (1986), a criação de ambientes favoráveis surge com a necessidade de se criar políticas públicas saudáveis e, alternadamente, uma resignificação dos modos de vida da atual sociedade, como as relações de trabalho e lazer desenvolvidas no espaço das cidades, imprescindíveis para a promoção de uma vida saudável, sendo essas duas grandes possíveis fontes de saúde para as pessoas, e que constituem uma base sólida para uma perspectiva socioecológica da saúde.

A execução dos projetos realizados acerca das Cidades Saudáveis firma-se como uma forte pauta da OMS² para ampliar e construir novas ferramentas que desenvolvam maiores condições de saúde e qualidade de vida urbana, atreladas a um planejamento sistemático, intersetorial e continuado. Hancock e Duhl (1986), definem esse conceito, de Cidade Saudável, como aquela que promove, envolvendo os cidadãos a realizarem, atividades humanas que assegurem sua qualidade de vida, desenvolvendo práticas que melhoram seu ambiente físico e social.

O objetivo de uma Cidade Saudável, segundo Guimarães (2014, p. 111), repousa-se em planificar uma cidade que se oriente a produzir qualidade de vida para os seus cidadãos,

1 A identificação do mapa foi recolada, em baixo, por questões de adequação do número de páginas
2 Organização Mundial de Saúde

compreendendo que as satisfações de suas necessidades perpassam o âmbito material, como habitação, alimentação educação, cultura, segurança, lazer, e, que também tangem em outras necessidades imateriais, tão importantes e que compõem a construção do bem-estar humano relacionadas à vida religiosa, sentimental, psicológica e social.

Para a perspectiva geográfica, se faz necessária a conceituação do espaço, quando olhadas através da perspectiva da construção de ambientes saudáveis, de acordo com Lima (2016, p. 40), o espaço é um “contínuo de relações sociais, econômicas, políticas, culturais, dialéticas e desiguais”, e que, reproduz sua desigualdade na distribuição dos recursos e serviços de uma cidade para com sua população, que compõe parte do tema da proposta do texto. Além disso, a percepção das doenças e sua espacialidade nos aglomerados urbanos muda conforme a sociedade, paralelamente a maneira como se lida com as doenças também reordena a forma como uma cidade urbaniza-se, daí a necessidade construir alternativas na promoção da saúde que também transforme o espaço vivido, e não apenas ao corpo biológico.

Direcionar as políticas urbanas no caminho da construção de uma cidade saudável, também é reconhecer a importância que existe em gerir condições dignas de habitar para a população, abrangendo diversas áreas de sua vida, com acesso a espaços de lazer e atividades físicas, como praças e quadras, acesso aos serviços de saúde e a informação sobre seus funcionamentos, inserção no mercado de trabalho de maneira digna, acesso à educação, cursos e a uma habitação digna.

O PMCMV e a construção das Cidades

O PMCMV, corresponde a Lei nº 11.977 de julho de 2009, objetivando-se a construção de casas populares com a premissa de equacionar a questão do “déficit habitacional” no Brasil, concentrado em cerca de 5,7 milhões de domicílios nesse mesmo período de acordo com o IPEA3, e, ao mesmo tempo, fomentar a economia nacional com a parceria de grandes empreiteiras com a construção de novos empreendimentos e unidades habitacionais, envolvendo a sociedade civil e a iniciativa privada.

Segundo Cardoso (2014), O PMCMV se financiaria utilizando-se das finanças governamentais oriundos do Orçamento Geral da União e nomeando a Caixa Econômica Federal como seu agente financeiro, tendo como parceiro fundamental a iniciativa privada, a partir dos grupos empresariais da construção civil e, no contexto de sua criação, o mundo se abalava com uma forte crise econômica, advinda preteritamente do mercado imobiliário norte-americano, a chamada “bolha dos subprimes”.

A elevação dos investimentos em habitação para R\$ 27 bilhões pelo SBPE (Sistema Brasileiro de Poupança e Empréstimo) no ano de 2008, Bonduki (2009, p. 11), ocasiona um processo intenso de busca por novos terrenos por empreiteiras, que criam subsidiárias para conseguir expandir seus mercados e abranger as classes mais baixas, via PMCMV. É importante ressaltar o processo especulativo no setor imobiliário que surge paralelo a esse movimento, chamado também de “boom imobiliário”, pois, a destinação das implementações do programa em habitações de interesse social são executadas afastadas dos equipamentos urbanos, quase sempre nas bordas das cidades, expandindo a cidade e suas zonas de habitação, sem necessariamente equipar esses novos espaços urbanos para receber novos moradores.

O PMCMV se preocupou, essencialmente, com a construção de novas unidades habitacionais, expondo a grande preocupação do programa com uma perspectiva mercadológica ao investir em empresas construtoras, que acabaram por serem as principais beneficiadas do programa, segundo Amore (2015). Além disso, as faixas de atendimento do programa alargam sua capacidade abrangente (quadro 1), chegando a atender também camadas sociais com maior poder aquisitivo, para o qual não há uma real necessidade de se construir Políticas Habitacionais de interesse social, como também poderá ser visto abaixo (quadro 2), estabelecendo diretrizes próprias para cada uma de suas faixas atendidas ao longo de sua existência.

Quadro 1 - Faixas de atendimento do PMCMV por fase.

Fase	Ano de Lançamento	Faixa	Renda familiar mensal
Fase 1	2009	Faixa 1	Até 1.395,00 reais
		Faixa 2	De 1.395,01 a 2.790,00 reais
		Faixa 3	De 2.790,01 a 4.650,00 reais
Fase 2	2011	Faixa 1	Até 1.600,00 reais
		Faixa 2	De 1.600,01 a 3.100,00 reais
		Faixa 3	De 3.100,01 a 5.000,00 reais
Fase 3	2016	Faixa 1	Até 1.800,00 reais
		Faixa 1,5	De 1.800,01 a 2.600,00 reais
		Faixa 2	De 2.600,01 a 4.000,00 reais
		Faixa 3	De 4.000,01 a 7.000,00 reais

Fonte: Caixa Econômica Federal Org. Autor (2019)

Frisamos aqui, porém, que não somos contra uma política de créditos habitacionais que contemplem as classes médias e altas, mas a necessidade de separar uma política de habitação de cunho social, que visara equacionar um problema urbano, a enorme quantidade de famílias desabrigadas, com uma política de créditos. Pois, na prática, as ações realizadas pelo PMCMV foram eleitoreiras, (BOULOS, 2013), e corroboram para a construção de uma cidade desigual, destoante e aquém das medidas necessárias para a construção de ambientes saudáveis.

Outra face de sua perspectiva mercadológica, seria a explicitação de suas faixas de atendimento quando confrontadas com o déficit habitacional por classe social atendida, no quadro à baixo (quadro 2) é possível mensurar esse fator, contradizendo-se com a perspectiva de se “equacionar o déficit habitacional” com a realização do Programa, tendo em vista que grande parte, mais de 90%, desse déficit concentrava-se nas camadas mais pobres da população na época de seu lançamento.

Quadro 2 - Déficit acumulado e as metas do PMCMV Fase 1 – distribuição do déficit por faixa de renda.

Faixa de Renda	Déficit acumulado	Metas do Minha Casa, Minha Vida (em %)	Déficit acumulado	Metas do PMCMV	Déficit acumulado
(em R\$)	(em %)		(valor absoluto, em mil)	(valor absoluto, em mil)	Atendido (em%)
Até 1.395	91%	40%	6.550	400	6%
1.395 a 2.790	6%	40%	430	400	93%
2.790 a 4.600	3%	20%	210	200	95%
	100%	100%	7.200	1.000	14%

Fonte: Bonduki (2009, p.13). Elaboração: Irabi (2017).

Se analisarmos através da perspectiva do programa, em sua primeira fase, vemos como ele atua em números gerais, evidenciando o caráter contraditório dessa política. Para a população de baixa renda, até 1.395,00 reais, o déficit habitacional acumulado é de 91%, em face que as outras duas faixas de atendimento, o déficit acumula-se em 6% e 3% respectivamente, e as respectivas metas do PMCMV, se encontram em 400 mil unidades para as primeiras duas faixas, e 200 mil unidades para a terceira faixa de atendimento, a face por de trás dessas implementações se encontram ao analisar os números relativos ao percentual do déficit acumulado atendido.

Desse percentual, apenas 6% do déficit habitacional foi atendido na faixa 1 do programa, paralelamente, mais de 90% do déficit acumulado para as outras faixas foram atendidos, além disso, como também já ressaltado acima, das planificações elaboradas pelo Plano Nacional de Habitação, não previam apenas a construção de Unidades Habitacionais, mas também de outras alternativas, como por exemplo a ocupação de imóveis vazios que servem para contribuir com a

especulação imobiliária.

Temos então uma política habitacional que fomentou a construção de casas populares, uma nova linha de crédito de acesso a casa própria das classes médias e, paralelamente não teve controle sobre a localização onde se destinariam essas obras, o que corrobora para um intenso ciclo de especulação imobiliária, a interesse de proprietários imobiliários, incorporadoras e empreiteiras e coloca em cheque o entendimento de que construir moradias é a melhor forma de se equacionar o déficit habitacional, com todos os problemas infraestruturais surgidos a partir dessa lógica.

Trabalho de Campo

Figura 1 – Os Loteamentos Sociais Dioclécio Artuzi I e II.



Elaboração: Matheus M. A. Irabi. Fonte: Google Earth (2018).

Os Loteamentos Sociais Dioclécio Artuzi I e II, são resultados do PMCMV em Dourados e se enquadram na categoria Faixa 1, para pessoas de baixa renda. Foram concluídos e entregues, respectivamente, em novembro de 2012 e abril de 2013, e possuem um total de 465 moradias (casas unifamiliares), sendo 238 pertencentes ao Dioclécio Artuzi I e 227 no Dioclécio Artuzi II. De acordo com Livino (2014, p.93), os dois loteamentos entram numa tipificação construtiva com um padrão estabelecido para 36m², que compreende 2 dormitórios, sala, cozinha, banheiro e área de serviço.

Situa-se na porção sul do município, são contíguos ao bairro Jardim Guaicurus e a MS – 156, uma área da cidade quem vem sendo bastante utilizada para a construções de Loteamentos urbanos, como vizinhos, o Dioclécio Artuzi I e II tem o Loteamento social Harrison Figueiredo I e II, o Dioclécio Artuzi III, o Idelfonso Pedroso que também são oriundos do PMCMV e o Loteamento Green Ville, que é um loteamento social privado para venda de terrenos, e ainda, o bairro abriga mais 9 Conjuntos Habitacionais, são eles: Estrela Porã I e II que é oriundo do PMCMV, além dos Loteamentos: Vival dos Ipês, Jardim Ibirapuera, Dubai I e II, João Carneiro Alves I e II e Residencial Esplanada construídos como Loteamentos Privados, totalizando 15 Loteamentos.

Figura 2 – Residencial Estrela do Leste.

Elaboração: Matheus M. A. Irabi. Fonte: Google Earth (2018).

As unidades habitacionais desse Loteamento Social, antecedem as do Dioclécio, e foram entregues em julho de 2011, possui um total de 161 habitações, e se diferem das outras políticas habitacionais por ser uma proposta de condomínio fechado. Ainda que seja sobre os moldes de uma política de interesse social.

No entanto, conforme a realidade observada durante os trabalhos de campo, e ainda segundo Livino (2014), a ideia de condomínio fechado não se consolidou e se sustentou alguns anos após sua implementação. Algumas infraestruturas, como por exemplo, a guarita de segurança, símbolo característico de condomínios fechados, logo ficou inutilizável pela inexistência de uma taxa de condomínio. Cabe aí também a crítica a escolha do modelo da implementação, distante da realidade de quem habita, os idealizadores do loteamento poderiam adotar uma perspectiva mais humana, e saudável, construindo outras infraestruturas que seriam mais utilizáveis pelos moradores, como por exemplo uma pequena praça de lazer e atividades.

Apesar de estarem localizados em diferentes porções da cidade (ver Mapa 1), os dois apresentam algumas semelhanças que corroboram com a ideia de que o PMCMV atua com a perspectiva de se construir unidades habitacionais, sem qualquer compromisso ou responsabilidade com a dinâmica urbana e, sobretudo, com os habitantes que usufruem dessa política. Na tentativa de trazer a perspectiva dos moradores em relação a vida cotidiana dentro dessa política habitacional, foram utilizadas algumas ferramentas em Trabalho de Campo, com diálogos, visitas e a elaboração de questionários, possibilitando uma nova dimensão e corpo a essa pesquisa.

De acordo com o Decreto Nº 2.130/15 da Prefeitura Municipal de Dourados, são destinados com prioridade de no mínimo 5% das unidades habitacionais para beneficiar pessoas com deficiência, e em muitos casos encontrados durante o Trabalho de Campo, não recebem nenhum tipo de auxílio para acessar as Unidades de Saúde e continuar com seu tratamento, sendo muitas vezes interrompido pela falta de condições que a família possui para se deslocar do loteamento, nesse sentido, foram identificadas em 20% dos questionários nos Loteamentos Dioclécio Artuzi I e II e 5% no Estrela do Leste, e, cabe aqui a ressalva de que, mesmo sendo pautada em Lei esse tipo de prioridade, as unidades habitacionais tem o mesmo padrão construtivo que as demais casas.

Atrelado a isso, o fato de que em nenhum dos loteamentos serem cobertos por Agentes de Saúde da família, que deveriam ser responsáveis por atender os moradores em seus domicílios, além de ter um controle de saúde preventiva dos bairros, e por não possuírem uma UBS (unidade Básica de Saúde) específica para sua localidade, evidencia a falta de diálogo entre as políticas públicas, estabelecidos pela portaria nº 2.488/11, que diz respeito as diretrizes sobre as políticas de Atenção Básica, além disso uma profunda contradição na promoção seletiva de uma qualidade

de vida e uma acessibilidade a cidade de maneira saudável.

Outro fator de extrema importância, é a visão que os moradores têm do real sentido e funcionamento das UBS, que revela que o uso por parte dos moradores, destoa com a estratégia adotada pelo SUS, cerca de 80% dos moradores entrevistados nos conjuntos habitacionais não souberam responder o que era a UBS, e ainda dizendo utilizá-las apenas em casos de urgência e emergência, salvo em casos de pessoas com alguma deficiência que realizavam tratamentos e consultas preventivas nesses locais. A ainda, pessoas que utilizam UBS de outras porções da cidade, por ainda não terem sido cadastradas na UBS de sua nova região ou pelas mesmas não possuem o atendimento especializado que esses necessitam.

A forma de acesso as unidades de saúde também representam um ponto a ser discutido, pois, não contemplados pelos Agentes de Saúde para realizarem um controle preventivo, muitas pessoas se deslocam a pé, representando cerca de 26% nos Conjuntos do Dioclécio e 37,5% no Estrela do Leste, ou com caronas solidárias, com 46% e 37,5% respectivamente, quase sempre em casos de emergência, identificadas nos três conjuntos entrevistados, com uma mínima parcela utilizando o transporte coletivo, 20% e 6,5%. As causas pelo seu baixo uso acontecem pela falta de horários e linhas condizentes com suas realidades, e, onde nenhum dos conjuntos possuem alguma unidade de saúde a menos de 1,5KM de distância, o trajeto conta com obstáculos como atravessar rodovias e trechos com má sinalização.

Considerações finais.

A realidade hoje, nos diz que, assim como acontece em outras cidades no País, Dourados cresce, e com ela, crescem também seus problemas. A isso, cabem duas perguntas: como desenvolver a urbanidade desse espaço, promovendo um crescimento de serviços e recursos, para sua população, e, ao mesmo tempo concentrar grupos sociais antagônicos que reivindicam a espaço para fins distintos? Ou ainda, sobre de que forma seria possível constituir esses espaços com uma melhor promoção qualidade de vida para todas as pessoas?

Atrelado a esses questionamentos, repousam-se o mau funcionamento e gestão de duas das maiores políticas de interesse social, o PMCMV e o SUS, que se propõem a equacionar problemas que estão diretamente relacionadas salubridade e a qualidade de vida das pessoas no ambiente urbano e, de certa forma são atravessadas pela visão mercadológica que desnivela o acesso e o usufruto de ambas as políticas, o que obstrui os caminhos para a resolução dos mesmos.

Por fim, é observado claramente um cenário tipicamente problematizado, e de repercussão em território nacional, já que a realidade encontrada nos Trabalhos de Campo se assemelham a de outras partes do País. Atenta-se, logo, para a criação políticas públicas baseadas e fundamentadas em reintegrar à sociedade a rotinas de vida saudáveis e a promover maiores condições de qualidade de vida, para que assim haja dignidade e equidade no que se diz a habitar e viver a Cidade.

Referencias

AMORE, C.; RUFINO, M.; SHIMBO, L. Minha casa... E a cidade? : Avaliação do programa minha casa minha vida em seis estados brasileiros. Letra Capital, 2015.

BONDUKI, N. Do projeto moradia ao programa minha casa. São Paulo: Teoria e Debate, maio 2009.

BOULOS, Guilherme. Quando o discurso não convence. Folha de S. Paulo, São Paulo, p. A3, 27 dez. 2013.

CARDOSO, A. O programa minha casa minha vida e seus efeitos territoriais. Letra Capital, 2014.
DE OTTAWA, A. CARTA. "A Promoção da Saúde." 1ª Conferência Internacional, Canadá. 1986.

LEFÈBVRE, H. O direito a cidade. Cidade: São Paulo (SP). Centauro, 2008 (1969), 5° ed.
LIMA, S. C. Território e Promoção da Saúde. Jundiaí – Paco Editorial: 2016.

GUIMARÃES, R. B. Geografia e Saúde sem fronteiras. Uberlândia (MG) - Ed. Assis, 2014.

SANTOS, M., & CARRERA, L. P. I. (1926). 2001. A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção, 4.

VIEIRA, A, B. Mapeamento da exclusão social em cidades médias: interfaces da Geografia Econômica com a Geografia Política. 2009. 208f. Tese (Doutorado em Geografia) – Faculdade de Ciências e Tecnologias, Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente.

OMS, OPAS, SUS - LIMITES DA INFLUÊNCIA DOS PAÍSES EM MAIOR DESENVOLVIMENTO NA CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA SAÚDE NO BRASIL

WHO, PAHO, SUS - LIMITS OF THE INFLUENCE OF HIGHER DEVELOPMENT COUNTRIES IN THE CONSTRUCTION OF PUBLIC HEALTH POLICIES IN BRAZIL

Maria Eduarda Torres Siqueira
Faculdade de Relações Internacionais
Centro Universitário Curitiba – UNICURITIBA
dudat.siqueira@hotmail.com

ABSTRACT: This article was made from personal experiences about the Unified Health System, the SUS, so criticized daily by the population that uses it - or not. The goal is to build the SUS through the international influences it has suffered since 1988. The creation of the WHO and the way it was created, the emergence of PAHO and, finally, the SUS represent a vertical influence path where the most powerful define measures and mandates to the less powerful. The construction of the SUS, in a matter of power, suffered with the same consequences that are suffered daily by the least favored, be they developing countries, less developed countries and even the most vulnerable humans. The prevalence of power, the hegemony of power, causes some, who are very few, to decide for others, who are the majority. And the question, before the beginning of any literature, is to reflect how far the International System will erroneously understand that the most powerful countries can make policy for all.

Com 30 anos de existência, o Sistema Único de Saúde divide opiniões. Por alguns, é exaltado como a maior referência em sistemas de saúde do continente e, por outros, é algo falho que deixa a desejar. Trata-se de visões diferentes que partem de situações também diferentes.

A primeira delas, parte daqueles que, normalmente, não utilizam o sistema e são a reprodução daqueles que o criaram. Uma elite pensante que cria políticas que não utiliza.

Já a outra, parte daqueles que vivenciam o sistema de saúde brasileiro, que esperam horas a fio em filas intermináveis na esperança do atendimento. Aqueles que sabem de seus direitos, e agradecem aos criadores dos mesmos, mas não entendem o por que, na prática, nada sai como planejado.

O seguinte estudo, ao narrar a trajetória da criação do sistema, traz à tona a reflexão acerca da forma em que foi criado, por quem foi criado e, por último, mas não menos importante, para quem foi criado.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

A história da Organização Mundial da Saúde, encontra o primórdio de sua existência datada junto à criação da Organização das Nações Unidas, em 1945. Durante as reuniões dos primeiros diplomatas responsáveis pela criação da Organização das Nações Unidas, iniciou-se a discussão acerca da necessidade de uma organização específica que tratasse do tema da saúde. Assim, foi criada em 1948 a Organização Mundial da Saúde que, hoje, tem como princípio fundamental que:

“Good health is a precious thing. When we are healthy we can learn, work, and support ourselves and our families. When we are sick, we struggle, and our families and communities fall behind” (OMS, 2018).
“Boa saúde é algo precioso. Quando nós estamos saudáveis, nós podemos aprender, trabalhar, e dar suporte para nós mesmos e nossas famílias. Quando nós estamos doentes, nós lutamos, e nossas famílias e comunidades ficam para trás”

Após 71 anos, a Organização Mundial da Saúde possui 194 países membros (38,34% dos países, segundo a Organização das Nações Unidas), trabalha em 150 países distintos e possui 6 escritórios regionais, mais de 7000 funcionários que atuam em 40 línguas, e possui 700 Instituições que dão suporte ao seu trabalho para garantir o maior nível atingível de saúde para todas as pessoas.

“Together we strive to combat diseases – infectious diseases like influenza and HIV and noncommunicable ones like cancer and heart disease. We help mothers and children survive and thrive so they can look forward to a healthy old age. We ensure the safety of the air people breathe, the food they eat, the water they drink – and the medicines and vaccines they need.” (OMS, 2016).

“Juntos nos esforçamos no combate a doenças – doenças infecciosas como a influenza e o HIV e as não assintomáticas como o câncer e doenças do coração. Nós ajudamos mães e crianças a sobreviverem e prosperarem para que possam caminhar em direção a uma velhice saudável. Nós garantimos a segurança do ar que as pessoas respiram, da comida que comem, da água que bebem – e dos remédios e vacinas que precisam”

Como agência especializada subordinada à Organização das Nações Unidas, ambas caminham lado a lado na luta pela promoção e cumprimento dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, em especial o objetivo número três “Good Health and Well Being”, ou seja, “Boa Saúde e Bem-Estar”, que visa garantir vida saudável e promover o bem-estar para todos em todas as idades. Tal objetivo é concretizado através de seis pilares da OMS que, se tidos como prioridade e acelerados da maneira correta, trarão o resultado esperado com o ODS número três.

Tais pilares de trabalho da OMS são: 1) Avanço da cobertura universal da saúde: capacitar países para sustentar e expandir o acesso a todos os necessários serviços de saúde e proteção financeira, e promover cobertura universal em saúde; 2) Alcance das metas de desenvolvimento em saúde estipuladas: abordar inacabados e futuros desafios relacionados com a saúde da mãe e da criança; combater o HIV, a malária, o TB e contemplar a erradicação da poliomielite e de outras doenças tropicais negligenciadas; 3) Enfrentar o desafio de doenças assintomáticas e saúde mental, violência, lesões e incapacidades; 4) Garantir que todos os países consigam detectar e responder a ameaças à saúde pública sob o Regulamento Sanitário Internacional; 5) Aumentar o acesso à produtos medicinais (medicina, vacinas, diagnósticos e outras tecnologias de saúde) de qualidade, segurança, eficácia e acessíveis; 6) Abordar as determinantes sociais, econômicas e ambientais como forma de promover resultados em saúde e reduzir desigualdades em saúde entre países. E, juntos, enfatizam a importância da colaboração entre diferentes atores que trabalham em diferentes campos.

Os campos de atuação da OMS incluem 6 escritórios regionais que, divididos entre Vanuatu, Peru, Índia, Finlândia, Libéria e Síria, focam seus esforços na África, Américas, Sudeste Asiático, Europa e Mediterrâneo Oriental.

Para as Américas, a OMS se divide na Organização Pan-Americana de Saúde que trabalha em parceria com 52 países da região objetivando trabalhar com prioridades regionais de saúde através da mobilização de ações que atinjam problemas específicos das regiões, tais quais não respeitam fronteiras e comprometem a sustentabilidade dos sistemas de saúde e desenvolvimento da região demanda, na área coberta.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE

Com recém completos 71 anos de história, a OPAS tem muito a comemorar. Tendo como princípio inaugurador de sua Constituição, assinada 02 de outubro de 1947, a ideia de que:

“Progress in the sciences of public health and medicine together with new and wider concepts / of the responsibilities of Governments in matters of health makes it essential to broaden the scope of international health work in the Western Hemisphere [...]” (CONSTITUTION OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 1948).

“Progresso nas ciências da saúde pública e da medicina, junto com novos e amplos conceitos acerca da responsabilidade governamental em questões de saúde, faz com que seja essencial o escopo do

trabalho internacional em prol de saúde no Hemisfério Ocidental [...]”

Um dos grandes passos em direção a melhora da responsabilidade governamental em questões de saúde, foi a assinatura do Tratado Alma-Ata, em 1978, quando os países membros da OMS, reunidos na cidade de Alma Ata, na República do Cazaquistão, definiram um conjunto de medidas objetivando proteger e promover a saúde de todas as pessoas, com foco na atenção primária à saúde como orientadora de um sistema de saúde integral.

O objetivo da reunião em Alma-Ata foi garantir, até o ano 2000, o maior nível de saúde possível e após a reunião foi criada a política internacional que ficou conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000”.

“Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde” (OPAS/OMS, 1978).

A Declaração, representou para o momento em que foi criada, muito mais do que um pacote seletivo de cuidados básicos em saúde. Representou uma mudança de mentalidade de trabalho, apontando para as necessidades de sistemas universais de saúde, ou seja, a Declaração concebe a saúde como direito humano e universal. E apesar das metas de Alma-Ata não terem sido alcançadas plenamente, foram fundamentais e referências para as reformas sanitárias que passaram a ocorrer em diversos países nos anos 80 e 90 desse século (Matta, 2005).

Desde então, a adoção de programas que visem a APS, tem garantido um maior desenvolvimento dos países sob influência da OPAS, uma vez que as estratégias montadas são voltadas a “[...] desenvolver, organizar e financiar sistemas de saúde equitativos, sustentáveis e centrados em pessoas, famílias e comunidades” (ETIENNE, 2018). Afinal, “[...] usufruir dos níveis mais altos possíveis de saúde é um dos direitos fundamentais de todo ser humano” (ETIENNE, 2016).

A região das Américas, em específico, desempenhou um papel crucial na definição e implementação de Programas APS, com ênfase na meta de “Saúde para Todos” e com isso, os princípios e valores que guiam tais programas, sendo eles: direito à saúde, equidade, solidariedade, justiça social e participação e ação multisetorial, fazem parte das bases dos mandatos da OPAS e têm guiado a transformação dos regimes de saúde da região das Américas, em especial na América Central e na América do Sul. (ETIENNE, 2018).

As repercussões positivas da APS não são vistas somente no campo da saúde, mas sim em outras áreas de atuação governamental, principalmente em função dos resultados que a implementação das medidas trouxe, como: diminuição da mortalidade, morbidade e desigualdade social em saúde. Os resultados econômicos das medidas, são também apontados por Etienne ao afirmar que a APS, ou seja, a prevenção, consome menos recursos que a cura e promove uma cadeia de resultados positivos, que vão desde a melhora na saúde até uma maior produção e crescimento da economia (ETIENNE, 2018).

Com a ajuda da OPAS, os países nos quais a Organização atua, têm reconhecido que a saúde é um direito do ser humano, como definido após o Tratado Alma-Ata, e em função disso é dever do Estado a implementação gradual e equitativa do direito à saúde.

Dessa forma, os Estados seguem implementado políticas e programas destinados a alcançar a cobertura universal de saúde afim de assegurar que todos possam obter os serviços que necessitam, principalmente, sem enfrentar dificuldades financeiras indevidas. (DMYTRACZENKO, Tania; ALMEIDA, Gisele. 2016). Com isso, a expansão de programas que avancem na cobertura universal de saúde, tem coincidido com uma diminuição da desigualdade entre ricos e pobres nos

questos de resultados em saúde e utilização de serviços, com ênfase nos alvos especificados nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

A partir de 2007, com o lançamento do documento da OPAS sobre “A renovação da atenção primária em saúde nas Américas”, título original “La renovación de la atención primaria de salud en las Américas”, foram definidos elementos essenciais que um sistema de saúde regional deveria conter para promover APS, como forma de orientação da OPAS/OMS para que os sistemas em vigor fossem efetivamente transformados.

A partir de 2014, com a implementação de uma resolução acerca do acesso universal à saúde, foi definido que os Estados Membros da OPAS deveriam:

“[...] promover la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y a avanzar hacia sistemas de salud donde todas las personas y comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios de salud de calidad, integrales, apropiados y oportunos, así como acceso a medicamentos de calidad seguros, eficaces y asequibles, sin que el uso de esos servicios exponga a usuarios a dificultades económicas.” (OPAS, 2018)

“[...] promover a ação intersectorial para abordar os determinantes sociais da saúde e avançar para sistemas de saúde onde todas as pessoas e comunidades tenham acesso, sem discriminação alguma, a serviços de saúde de qualidade, integrais, apropriados e oportunos, assim como acesso a medicamentos de qualidade seguros, eficazes e acessíveis, sem que o uso dos serviços exponha os usuários a dificuldades econômicas”

A instalação e devido cumprimento do imposto pela Resolução de 2014, trouxe à Região a diminuição dos níveis de mortalidade materna e infantil, a melhora dos gastos públicos, o aumento da utilização de serviços de atenção primária, a elevação das taxas de vacinação, um aumento considerável na cobertura do tratamento contra vírus e uma significativa redução na mortalidade de crianças amamentadas, assim como uma diminuição de mortes preveníveis.

Como organismo internacional que representa o Escritório Regional da OMS, as ações técnicas de cooperação entre a OPAS e seus Estado Membros “são orientadas pelos mandatos dos corpos diretores da OPAS e da OMS, que refletem as prioridades de seus Países Membros” (PORTFÓLIO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA OPAS/OMS – REPRESENTAÇÃO NO BRASIL.2018) além de objetivarem o alcance dos ODS da Agência 2030 das Nações Unidas.

Sendo assim, surgem as linhas de cooperação técnica da OPAS/OMS para o Brasil, com o objetivo de atender às prioridades do Estado nas agendas nacionais, regionais e globais, buscando sempre superar os desafios e contribuir para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Criado a luz da Constituição Federal de 1988, o SUS atendeu uma ampla movimentação político-social que clamava pelo avanço dos direitos sociais iniciadas na década de 1980. Seu surgimento foi fundamentado em três princípios gerais:

“I- Acesso universal aos serviços de saúde, definindo-se a saúde como um direito do cidadão e uma obrigação do Estado; II-Igualdade no acesso à assistência à saúde, reconhecidas as desigualdades entre as pessoas e os grupos sociais; e III- Integralidade (abrangência) e continuidade do atendimento em saúde, contemplando o conjunto de ações de promoção de saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação” (BANCO MUNDIAL, 2013).

A construção do SUS estabeleceu, como direito fundamental do cidadão, a saúde e o dever do Estado em garanti-la gerando, na época de sua criação, uma ruptura significativa com o passado a partir de um processo de transformação do sistema de saúde que, até então, vigorava no país.

Com isso, os três iniciais princípios do SUS foram complementados por outros, que incluem:

“I-Descentralização da maior parte das responsabilidades para os municípios, com responsabilidades financeiras conjuntas; II-Maior participação comunitária; III- Reorganização do sistema para aumentar a integração e a coordenação e reduzir a duplicação; IV- Autonomia do paciente e direito à informação; e V- Aumento da eficácia mediante utilização da epidemiologia para definir prioridades e alocar recursos”

(BANCO MUNDIAL, 2013).

Durante os 30 anos de atuação do SUS, as mudanças em questões financeiras, estruturais e organizacionais aconteceram em âmbito interno, nacional, com forte influência do âmbito externo, internacional, tendo a OPAS/OMS como principal ator do cenário internacional e influenciador na criação e reforma de políticas públicas para saúde no Brasil.

A cooperação técnica OPAS/OMS no Brasil, feita através da representação da OPAS no Brasil, localizada em Brasília, tem por objetivo estratégico a “Garantia do direito à saúde por meio do Sistema Único de Saúde” e:

“[...] tem sido realizada por meio do apoio aos governos federal, estaduais e municipais para conscientização e sua implementação, em alinhamento com as agendas políticas e técnicas da saúde, tanto de caráter global quanto regional e nacional, com especial ênfase nas prioridades do Sistema Único de Saúde e na contribuição para o desenvolvimento sustentável do País.” (OPAS)

A cooperação OPAS/ OMS no Brasil tem como prioridades: I- Promover a saúde e o bem-estar das pessoas com base nos enfoques de curso de vida, intersetorialidade, desenvolvimento sustentável, determinantes sociais, gêneros, etnicidade, equidade e direitos humanos; II- Ampliar o acesso e a cobertura universal à saúde de forma integral e equitativa com ênfase na atenção primária; III- Desenvolver capacidades humanas em saúde qualificadas; IV- Promover o acesso e o uso racional de medicamentos e outro insumos através do fortalecimento da pesquisa, da inovação e da incorporação e gestão de tecnologias baseadas em evidências científicas; V- Prevenir e controlar doenças crônicas não transmissíveis, fatores de risco e promover a saúde; VI- Controlar doenças transmissíveis, com ênfase nas negligenciadas; além de definir como uma de suas três bases orientadoras o impulso à cooperação Sul-Sul.

Tal cooperação, que impulsiona e favorece os Estados sob influência da OPAS, também é citada por Joaquim Molina, Representante da OPAS/OMS no Brasil quando afirma que a Organização trabalha para o “aprimoramento da cooperação técnica descentralizada junto aos Estados e Municípios e [...] tem contribuído para o intercâmbio de experiências bem-sucedidas do SUS com outros países, fortalecendo a cooperação Sul-Sul do setor de saúde brasileiro” (Molina, 2018).

A idealização da interação dos países Americanos, com foco nos países centro-americanos e sul-americanos, está gravada como missão da OPAS desde sua criação, quando foi estabelecido que:

“[...]liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los estados miembros y otros aliados para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad y mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de los pueblos de las Américas.”

“[...] liderar esforços colaborativos e estratégicos entre os estados membros e outros aliados para promover a equidade na saúde, combater as enfermidades e melhorar a qualidade, além de prolongar a duração da vida dos povos das Américas.”

e, desde então, os esforços para promoção da interação entre os países são feitos através da Cooperação Técnica entre Países, um instrumento singular de solidariedade, cooperação horizontal e fortalecimento das capacidades institucionais dos países, que possibilitam a entrega de respostas para as necessidades, em saúde, dos países americanos

Os protocolos CTP originaram do conceito de Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento, que surgiu através do Plano de Ação de Buenos Aires, documento firmado pelas Nações Unidas, em 1978, que previa estratégias orientadas para acelerar o desenvolvimento a partir do conjunto das capacidades e potencialidades que fossem encontradas.

Tal mecanismo continua ativo, em permanente revisão, e constitui uma ferramenta ideal de oportunidade para o estabelecimento de alianças e o desenvolvimento de redes colaborativas com diferentes setores da sociedade. Segundo o Manual de Monitoramento de Avaliação divulgado em 2016, através da CTP, os países tomam decisões concretas e desenvolvem políticas públicas consensuais que abordam todos os desafios de saúde e avançam até atingir o mais alto

nível possível de Saúde para Todos, ou seja, a CTP, como mecanismo da OPAS, inspira que todos os países americanos se esforcem para atingir o maior objetivo definido no Tratado de Alma Ata: Saúde para Todos.

Dentro do Brasil, a atuação da OPAS para promover a Cooperação Sul-Sul é vista em todas as Unidades Técnicas divulgadas através do Portfólio de Cooperação Técnica OPAS/OMS – Representação no Brasil de 2018: Capacidades Humanas para a Saúde; Determinantes Sociais e Riscos para a Saúde, Doenças Crônicas não Transmissíveis e Saúde Mental; Doenças Transmissíveis e Análise de Situação de Saúde; Família, Gênero e Vida; Projeto Mais Médicos; Medicamentos, Tecnologias e Pesquisa em Saúde; e Sistemas e Serviços de Saúde.

Além de objetivar o fortalecimento do intercâmbio internacional, desde e para o Brasil, o Portfólio se propõe “no campo da gestão do trabalho e da educação na saúde, impulsionar a apresentação dos avanços do país (Brasil) nas agendas de desenvolvimento regional e global dos recursos humanos da saúde.” (PORTFÓLIO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA OPAS/OMS – REPRESENTAÇÃO NO BRASIL), apoiando a desenvoltura de estratégias, programas e projetos que compartilham os objetivos com as agendas Regional e Global da OPAS/OMS.

Compartilhando os resultados e os objetivos das Agendas, regional e global, o SUS se consagra como um dos maiores sistemas, do mundo, com acesso universal a serviços e ações em saúde sendo reconhecido internacionalmente por seus resultados e valores, e considerado pela OPAS/OMS “uma referência obrigatória de nação comprometida com a universalidade em saúde, de gestão pública participativa e fonte de conhecimento para a Região das Américas e países de outras latitudes.” (RELATÓRIO 30 ANOS DE SUS. QUE SUS PARA 2030?)

Nesse momento, o Brasil, que têm suas políticas públicas de saúde regidas sob influência da OPAS/OMS e das Decisões das Nações Unidas, exerce nos países vizinhos e/ou próximos a influência que recebe, atuando como hegemonia na região na área de saúde.

Entretanto, no ano em que comemora sua terceira década de existência, o SUS, maior referência em saúde universal nas Américas, apresenta problemas em relação ao que o firmou como tal. Em entrevista apresentada pelo “Relatório: 30 anos de SUS. Que SUS para 2030?” feita com 86 representantes da OPAS/OMS, 90% dos entrevistados concorda que a APS, criada e objetivada desde o Tratado de Alma-Ata há 40 anos, deva ser fortalecida e adequada para “responder à transição demográfica e epidemiológica e às necessidades apresentadas pela população”, uma vez que hoje não é mais capaz de suprir a demanda que possui.

Outra grande crítica feita ao sistema é acerca de sua universalidade – também referência por garantir, com base da Constituição Federal de 1988, Saúde para Todos – que, na prática, não funciona como o planejado. Apesar do sistema brasileiro de saúde ser um dos mais à frente acerca de garantia de saúde – uma vez que garante acesso aos serviços à nacionais, estrangeiros, turistas, pessoas com ou sem planos de saúde privada, etc – a ideia da universalidade é falha e ineficaz as vistas da população brasileira.

Segundo Paim, “[...] ainda há muito o que fazer para tornar o SUS universal e público, bem como para assegurar padrões elevados de qualidade”. E completa ao afirmar que “Seus maiores desafios são políticos, pois supõe a garantia do financiamento do subsistema público, a redefinição da articulação público-privada e a redução das desigualdades de renda, poder e saúde” (PAIM, 2013).

Entretanto, na América Latina, as privatizações dos sistemas de saúde não se mostraram efetivas, quase não diferenciando positivamente o aumento da cobertura e geram um debate político nacional e internacional dentro dos países sob influência da OPAS/OMS. Os países não possuem receita – seja por má gestão, falta de gerenciamento ou real falta de recursos – para aumentar a capacidade de cobertura dos seus falhos sistemas de saúde e não encontra outras alternativas possíveis.

Além do Brasil outros países da ALC enfrentam problemas de financiamento dos sistemas de saúde, como a Colômbia. Seu tão festejado, pela OMS e Banco Mundial, sistema de saúde colombiano beira a insolvência, uma vez que os gastos públicos quase triplicaram sem promover a universalidade, integralidade ou melhoria nos indicadores da saúde.

O problema de saúde brasileiro envolve muito mais do que questões monetárias e Vasconcellos acrescenta que “A dificuldade dos gestores para promover a integração entre estados, municípios e as redes assistenciais estatais com os serviços de abrangência nacional tem levado a problemas no acesso aos serviços e ao comprometimento da universalidade e integralidade (do sistema)” (VASCONCELLOS,2005).

A falta de gestão efetiva e eficaz faz com que os usuários não possam usufruir de seu direito universal à saúde, garantido pela CF, e grande parte disso se deve ao fato de que “A existência de gestores mais preocupados com campanhas políticas eleitorais do que com a saúde dos seus cidadãos leva a falhas graves no sistema e o mais prejudicado com isso é o próprio povo” (SOUZA, COSTA, 2009).

No marco em que o SUS completou seus 25 anos, Paim suplicava que “talvez a sociedade brasileira tenha aprendido nesses 25 anos que não basta dispor de uma Constituição e de uma legislação para as mudanças ocorrerem” (PAIM, 2013). Os desafios na consolidação do Sistema englobam também a “qualificação da gestão e do controle social, a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde (que por não acontecerem) têm se constituído em desafios permanentes” (SOUZA, COSTA, 2009).

Tais problemas, há tanto relatados e evidenciados pela Academia, traz junto aos trinta anos do SUS um contexto complexo, em que, infelizmente, é mais possível de se encontrar críticas do que elogios. De forma indireta, a OPAS/OMS denuncia em seu relatório sobre o aniversário do Sistema que:

“Crises de naturezas diversas nos últimos anos estão começando a trazer consequências negativas na saúde da população do Brasil, sobretudo nas camadas mais vulneráveis. Os repiques da mortalidade infantil e materna em 2016, após anos de queda ininterrupta; a redução da cobertura vacinal para algumas enfermidades imunopreveníveis; os surtos de febre amarela e sarampo; e o aumento da incidência de doenças transmissíveis como a malária e a sífilis congênita, são alertas sobre as vulnerabilidades pela qual passa o sistema de saúde” (OPAS, 2018)

É uma pena somente que tal denuncia, sentida desde os primórdios da construção do Sistema, tenha demorado tanto a chegar a quem, inicialmente, criou-o junto ao Governo Brasileiro. No relatório ainda divulgado esse ano, a OPAS/OMS afirma que um “SUS forte é vital para seguir o rumo para o alcance dos ODS” e também que:

“A OPAS/OMS no Brasil tem envidado esforços para estabelecer e desenvolver uma agenda de Cooperação Técnica que reforce andares e revise portas para o fortalecimento e a sustentabilidade do SUS, considerando as principais conquistas e as experiências de sucesso, assim como as limitações e os desafios que atualmente são enfrentados e aqueles que, previsivelmente, deverão ser encarados nos próximos anos” (OPAS, 2018)

Entretanto, a dúvida que persiste é: como serão encarados os desafios e problemas do SUS nos próximos anos, se o objetivo final realmente forem as mudanças, sem que existam mudanças em que fará as análises? Como afirmado por Rizzotto, “[...] a situação que o Brasil enfrenta atualmente, no campo da saúde, não resulta unicamente da imposição de concepções ou perspectivas de agências externas” (RIZZOTTO, 2000) mas é impossível ignorá-las ao analisar o caos em que o sistema de saúde brasileiro se tornou ao tentar segui-las.

Tratar o SUS sob tal perspectiva, de forma alguma, exclui ou ignora todo o processo de evolução pelo qual o sistema passou ou os benefícios e melhoras que sofreu por indicação, imposição ou objetivos da OPAS/OMS. Mas aceitar e usufruir dos benefícios não faz com que as consequências ou dúvidas sobre o futuro sejam eliminadas. É possível mudar o SUS, ou qualquer sistema de saúde latino-americano, através de medidas que continuam sendo feitas, principalmente, por países que não vivem suas realidades? É possível transformar os países em desenvolvimento e em menor desenvolvimento através de políticas criadas por e para países já desenvolvidos ou em maior desenvolvimento? A influência exercida pela OPAS/OMS é sempre positiva? Deve haver influência de Organizações que lidam “com todos os tipos de países” e, no

final, não conseguem atingir nenhum deles?

Apesar de não existirem respostas para todas os questionamentos feitos, é sabido que tanto eles quanto as consequências que estão sendo vividas devem sofrer intervenção e, caso não sofram de forma eficaz e rápida, farão com que ao final dos próximos 30 anos, o resultado seja ainda mais conturbado em função de todos os processos errôneos que, novamente, não serão tratados até lá.

“E erros, só os novos” Ety Cristina Forte Carneiro

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Artigo permitiu concluir que, o Sistema Único de Saúde, uma das maiores referências em sistemas governamentais de acesso à saúde para população, é, sim, falho. Mas funciona.

À luz de seus 30 anos de existência, o Artigo possibilitou uma reflexão do impacto das influências das decisões tomadas por países desenvolvidos nos países de menor porte, em especial no Brasil, e instiga a reflexão dos próximos 30 anos de políticas públicas para saúde no país.

Se, em uma análise mais ampla, as consequências forem positivas ou não, certas mudanças ainda precisarão acontecer. E, quando elas acontecerem, o SUS voltará a caminhar ao encontro do idealizado em sua criação.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado [...] (garantir o) acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. TÍTULO VIII – DA ORDEM SOCIAL. CAPÍTULO II. SEÇÃO II – DA SAÚDE. ART 196).

Agradecimento: Dedico este trabalho aos que sonharam com um Sistema de Saúde gratuito universal para o Brasil e, aos trabalhadores da saúde que na lida diária continuam lutando para construí-lo” - Maria Lucia Frizon Rizzotto

REFERÊNCIAS

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO: The Global Guardian of Public Health, 2016 – Disponível em: <<http://www.who.int/about/what-we-do/global-guardian-of-public-health.pdf>>. Último acesso em 26 de novembro de 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Organization: Working for Better Health for Everyone, Everywhere. 2018. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272468/WHO-DCO-2018.1-eng.pdf>>. Último acesso em 26 de novembro de 2018.

OPAS, Constitution of the Pan American Health Organization. 1948. Disponível em: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/OD_308_ch4.pdf>. Último acesso em 26 de novembro de 2018.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção Primária à Saúde. 2005. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao_Primaria_a_Saude_-_recortado.pdf>. Último acesso em 26 de novembro de 2018.

DMYTRACZENKO, Tania; ALMEIDA, Gisele. Rumo a uma cobertura universal de saúde e equidade na América Latina e Caribe – Evidências de Países Selecionados. 2016. Disponível em: <<https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/978-1-4648-0920-0>>. Último acesso em 26 de novembro de 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Portfólio de Cooperação Técnica OPAS/OMS – Representação no Brasil. 2ª Edição. 2018. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/>>

[handle/123456789/34872](https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/15801/PORTTYHSRB_WEB_FULL.pdf?sequence=5)>. Último acesso em 26 de novembro de 2018.

GRAGNOLATI, Michele; LINDELOW, Magnus; COUTTOLENC, Bernard. 20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil – Uma análise do Sistema Único de Saúde. 2013. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/15801/PORTTYHSRB_WEB_FULL.pdf?sequence=5>. Último acesso em 26 de novembro de 2018.

ETIENNE, Carissa F. Promover la Salud Universal por Medio de la Atención Primaria de Salud. 2018. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49500>>. Último acesso em 26 de novembro de 2018.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Annual Report of the Director 2018: Primary Health Care – The Time is Now. 2018. Disponível em: <http://www.paho.org/annual-report-of-the-director-2018/ar2018_files/annual-report-director-2018-brochure-en.pdf>. Último acesso em 26 de novembro de 2018.

CARVALHO, Carolina; MANO, Evanilda; SALLAS, Junaina; CHAGAS, Luciana; CARVALHO, Paula; BLANCO, Rafael. Manual de Monitoramento e Avaliação dos Termos de Cooperação. 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/bra.../images/stories/manualde%20monitoramento_2016.pdf?ua=1>. Último acesso em 26 de novembro de 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Relatório 30 Anos de SUS. Que SUS para 2030? 2018. Disponível em: <<https://apsredes.org/wp-content/uploads/2018/10/Serie-30-anos-001-SINTESE.pdf>>. Último acesso em 26 de novembro de 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2013.v29n10/1927-1936/pt/>>. Último acesso em 26 de novembro de 2018.

Souza, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudança. 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sausoc/2010.v19n3/509-517/pt/>>. Último acesso em 26 de novembro de 2018.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS. 2000. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/313348/1/Rizzotto_MariaLuciaFrizon_D.pdf>. Último acesso em 26 de novembro de 2018.

**TERRITORIALIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE
DO SUS NO MUNICÍPIO DE ALFENAS (MG): ESTUDO DE
CASO SOBRE A UBS JARDIM NOVA AMÉRICA 2**

**TERRITORIALIZATION OF PRIMARY HEALTH CARE IN
SUS IN THE MUNICIPALITY OF ALFENAS (MG): CASE
STUDY ABOUT UBS JARDIM NOVA AMERICA 2**

Daniel Hideki Bando

Univeridade Federal de Lavras

Denisia Gomes Moreira

Univeridade Federal de Lavras

ABSTRACT: This study aims to analyze aspects of the management of the Unified Health System (SUS), such as the organization of Primary Care and the process of territorialisation of health of the Basic Health Unit (UBS) Jardim Nova América 2 in Alfenas, MG. Secondary data were collected to characterize the sociodemographic profile of Alfenas. And a semi-structured interview with the manager of the UBS was applied. Alfenas still does not have all the territory covered by the UBS areas, and has presented advances with the addition of new areas. UBS Jardim Nova América 2 has good infrastructure, the territorialization process was carried out by the UBS staff, without the help of a specialized team. The UBS manager reported overwork, due to the accumulation of functions, assistance, administrative and general services. UBS deals with acute cases and the main prevalence of users is hypertension and diabetes. The UBS in some cases does not fulfill its function of entrance of the SUS, and it overloads the hospitals. Health promotion, disease prevention and social participation are not effective.

KEYWORD: Territorialization; UBS; SUS; Public health; primary care

A história do Brasil sempre foi marcada por desigualdades sociais em todo o seu território, em relação ao sistema de saúde não foi diferente, o país ainda apresenta desigualdades no acesso aos serviços de saúde de qualidade. A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) ao final da década de 1980 foi um passo importante, no entanto o percurso ainda é longo para que o sistema seja de fato universal, como previsto na constituição (PAIM, 2011).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde e é a principal estratégia da Atenção Básica. O programa reorienta a prática da atenção à saúde em novas bases e substitui o modelo tradicional centrado no hospital, levando a saúde para mais perto da família. As normas que norteiam a Atenção Básica incluem a infraestrutura e funcionamento, implantação e credenciamento da equipe, financiamento, e fazem parte da Política Nacional de Atenção Básica, publicadas pelo Ministério da Saúde em 2011 (BRASIL, 2012). A equipe multiprofissional é formada por médico, enfermeiro, dentista, Agente Comunitário da Saúde (ACS), entre outros profissionais em função da realidade epidemiológica e das necessidades de saúde da população. A base de atuação das equipes inclui as atividades de visita domiciliar e o acompanhamento dos ACSs em microáreas que compõem a área de abrangência, o território de responsabilidade das UBSs. O usuário, por sua vez, deve procurar o atendimento na respectiva área de abrangência da UBS em que está adscrito. Esse modelo representa um componente facilitador para a identificação das necessidades da população para a Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Portanto a nova base é territorial, formada pelo conjunto de famílias. Na prática, a saúde

pública recorre à territorialização como instrumento para localização de eventos de saúde-doença, de unidades de saúde e demarcação de áreas de atuação (Gondim e Monken, 2008). De acordo com o Ministério da Saúde, são atribuições comuns a todos os profissionais da atenção básica: participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades (Brasil, 2012). De acordo com Chistovam Barcellos e Martha Priscila Bezerra Pereira (2006, p.48):

A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho do PSF. Essa tarefa adquire, no entanto, ao menos três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência.

Nota-se que o processo de territorialização da saúde vai além da demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços. O processo inclui avaliação do meio ambiente e a sua relação com a sociedade, bem como planejamento, gestão, estabelecimento de redes com outros serviços.

O Brasil é considerado um país de dimensão continental, com 5568 municípios agrupados em 27 unidades da federação (IBGE 2010). Desde a implementação do SUS, diversas experiências relacionadas à Atenção Básica e ao processo de territorialização tem sido compartilhadas em Conferências Nacionais, Estaduais, Municipais e trabalhos acadêmicos, não só em relação a parte teórica como o estudo de Faria (2012) , Monkem (2008), Barcellos (2006), e com estudos de caso da territorialização de municípios como os de Pirapora (COSTA; RAMIRES, 2013), Contagem(Coutinho, 2016), Marília (SILVA; PASQUAL; CHIARI; CHIRELLI; REZENDE, 2016), Sobral (RIBEIRO; ALBUQUERQUE; CAVALCANTE; AGUIAR; SANTOS; CUNHA, 2016).

Os geógrafos Raul Borges Guimarães, Jorge Pickenhayn e Samuel Lima (2014) relatam que a Geografia da Saúde tem discutido a resolução de problemas que permitem a identificação de lugares e situações de risco, tendo como foco planejamento territorial de ações de saúde e o desenvolvimento das atividades de prevenção e promoção de saúde. De acordo com os autores, um dos principais compromissos da Geografia da Saúde no Brasil é contribuir para a consolidação da política nacional de saúde e reduzir as desigualdades sociais. Pretende-se apresentar um relato de caso que possa contribuir tanto gestores de saúde, quanto estudantes e a população em geral. Espera-se que este projeto possa auxiliar a compreender e compartilhar uma experiência de gestão em saúde e, principalmente, transformar a realidade da saúde pública brasileira.

OBJETIVO

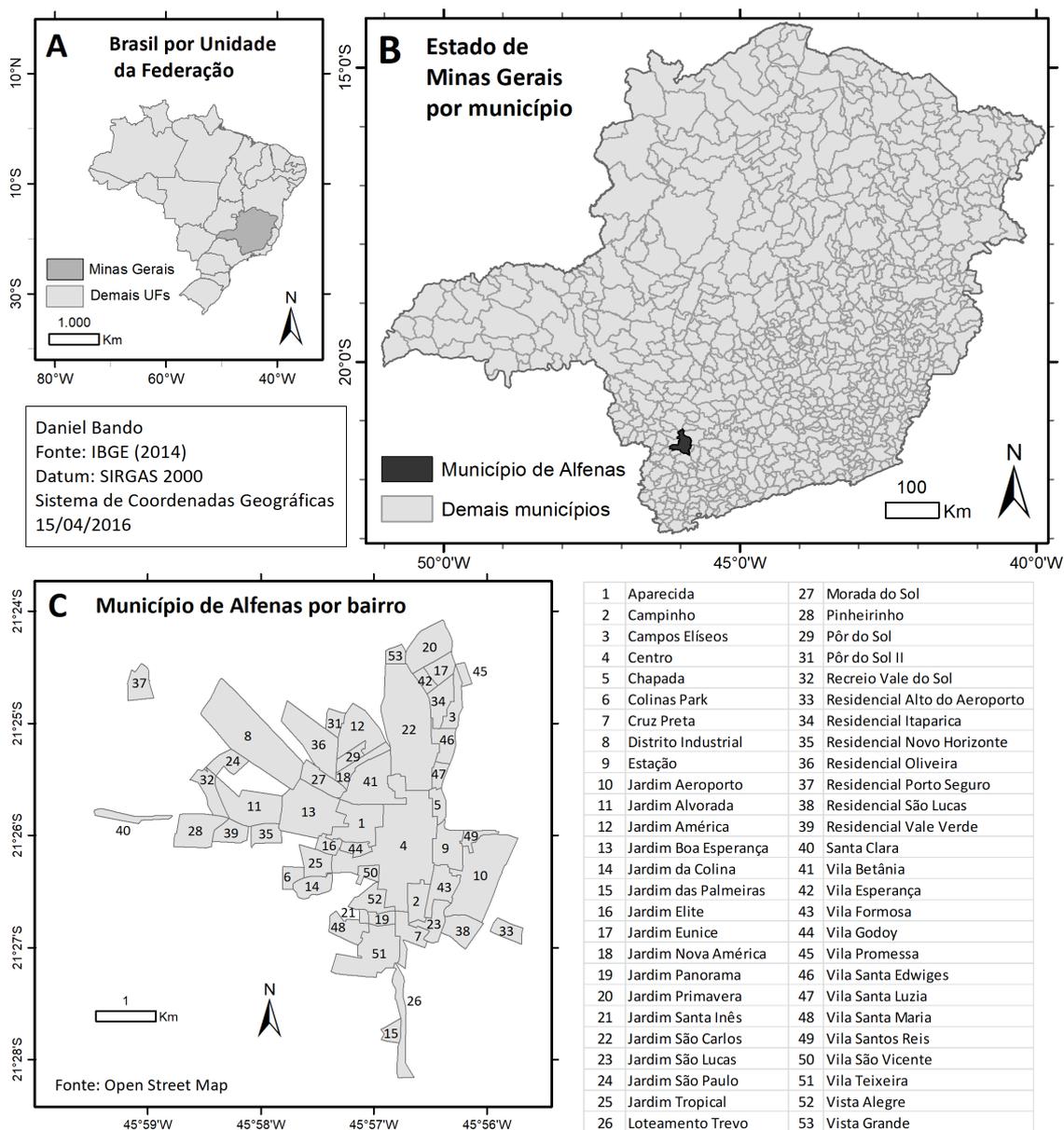
O projeto tem como objetivo compreender o processo de territorialização da saúde e aspectos da gestão na UBS Jardim Nova América 2 por meio de uma entrevista com a coordenadora da UBS.

METODOLOGIA

Área de estudo

O município de Alfenas está localizado ao sul do estado de Minas Gerais (Figura 1A e 1C), e possui uma população estimada em 79481 habitantes em 2018 (IBGE, 2018). Possui área de 850,4 km², e densidade demográfica de 86,8 hab/km². A área urbana de Alfenas é dividida em 53 bairros (Figura 1C). Os prédios e o setor de comércio e serviços concentram-se próximo ao centro da cidade. Nas periferias o predomínio são áreas residenciais. A área de abrangência da UBS Jardim Nova América 2 cobre parte dos bairros Jardim América, Pôr do Sol 2 e Residencial Oliveira (Figura1 C).

Figura 1 – Localização da área de estudo . A: Brasil por Unidade da Federação; B: estado de Minas Gerais por município; C: município de Alfenas por bairro



Desenho do estudo

Partindo-se do pressuposto que a técnica principal empregada no estudo será a realização e análise da entrevista, o presente estudo enquadra-se numa investigação qualitativa, pois considera os aspectos individuais, portanto subjetivos de como o gestor assiste o processo de territorialização da saúde na UBS Jardim Nova América 2 no município de Alfenas (MG).

A entrevista foi realizada na própria UBS, após a autorização da Instituição. De acordo com Lakatos e Marconi (2003) a entrevista é um encontro entre duas pessoas para conversar sobre algum assunto, em busca de informações a respeito. Esse instrumento é utilizado em pesquisas sociais, para tratamento de um problema social, por meio de coleta de dados. Neste estudo foi utilizada a entrevista semiestruturada. A entrevista semiestruturada permite que o entrevistador possa explorar o objeto de estudo, e desenvolver cada situação da maneira que achar apropriado. Normalmente as perguntas são abertas e podem ser respondida dentro de uma dialogo informal. O projeto foi submetido e aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAL-MG (processo 02242318.7.0000.5142). Foram coletados dados secundários do censo de 2010, como população por faixa etária, renda per capita, para caracterização do município (IBGE, 2010). Foram utilizados os

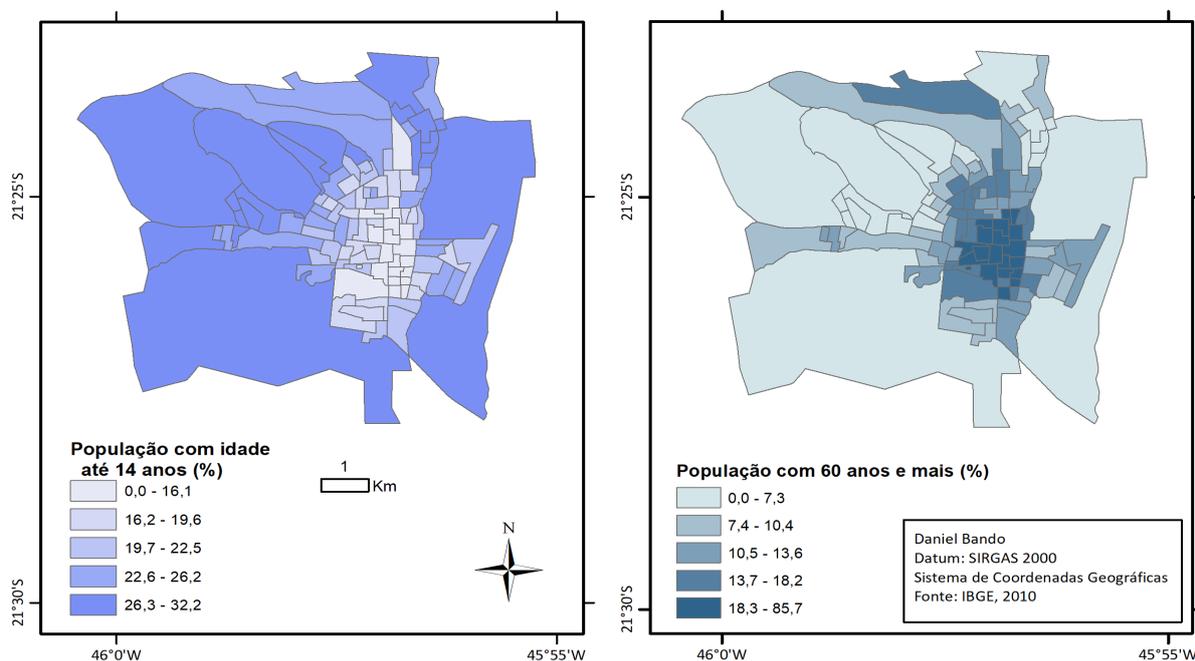
programas Microsoft Excel 2010 e ArcGIS 10.5.

RESULTADOS

Os mapas a seguir mostram o percentual de jovens e idosos em Alfenas, por setores censitários urbanos (Figura 2). Nota-se que o percentual de idosos concentra-se na região central e diminui gradativamente no sentido das periferias. Na zona oeste nota-se um padrão linear, formado pelos bairros Santa Clara e Pinheirinho, com percentuais baixos e médios variando de 7,4 a 13,6%. A distribuição de crianças e jovens é complementar aos idosos, ou seja, é menor na região central, no centro-sul e no centro-norte. Maior percentual de crianças na periferia é um indicador importante e sugere maior vulnerabilidade social.

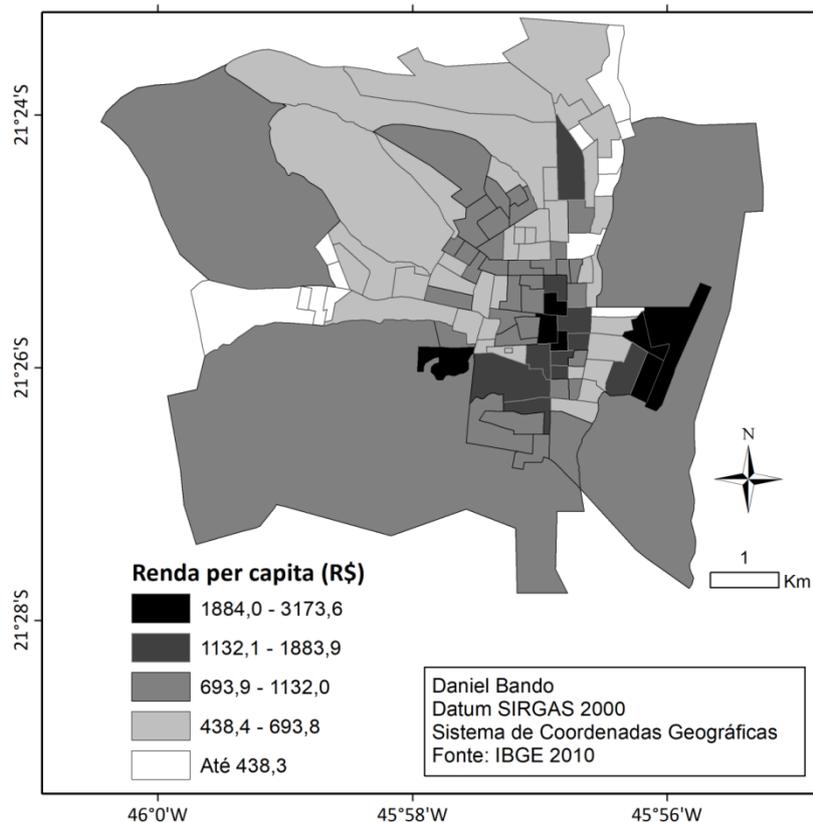
Figura 2 – Percentual de jovens e idosos em Alfenas em setores censitários urbanos, 2010

Percentual de jovens e idosos em Alfenas, por setor censitário, 2010

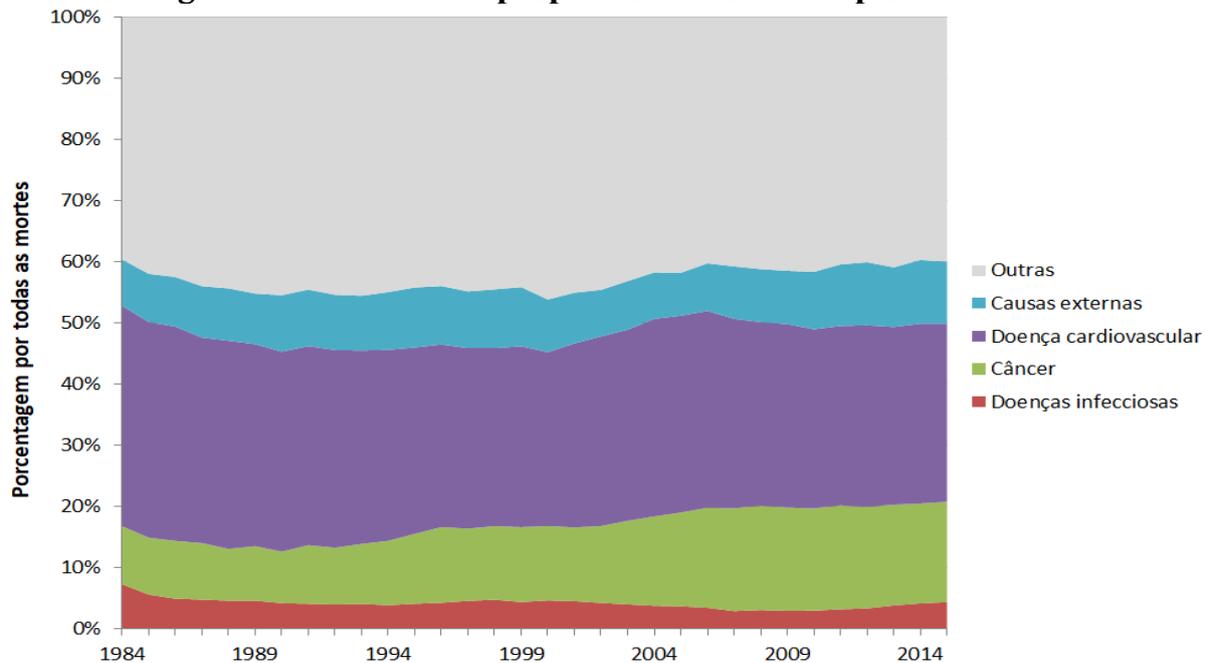


De acordo com dados do censo de 2010, a renda per capita de Alfenas foi R\$ 774,6 (IBGE 2010). O mapa abaixo apresenta a renda per capita no município de Alfenas em setores censitários urbanos (Figura 3). Nota-se que os setores com maior renda localizam-se na região central, a leste (bairro Jardim Aeroporto), e a oeste (Colinas Park). Nessas áreas a renda pode ser até quatro vezes maior em relação a média do município. Em setores próximos a esses bairros a renda é acima da média. Os setores com as menores rendas situam-se no extremo oeste (bairros Santa Clara e Pinheirinho), e também em alguns setores no extremo norte (Jardim Primavera). Nessas áreas a renda não passa de R\$ 438,3. A oeste (Jardim Alvorada), noroeste (Distrito Industrial), a renda é abaixo da média (Figura 3).

Figura 3 – Renda per capita no município de Alfenas (MG), em setores censitários urbanos – 2010



A figura a seguir apresenta a mortalidade proporcional no município de Alfenas de 1984 a 2015 (Figura 4), onde é possível ter uma ideia do perfil epidemiológico nos últimos anos. É possível que a maior carga corresponde às doenças cardiovasculares, no início do período com cerca de 35%, chegando a cerca de 30% nos últimos anos. O percentual de câncer aumentou em todo período, a atingiu cerca de 16% nos últimos anos. Morte por causas externas, que inclui acidente de transporte, homicídio, suicídio, também aumentou de forma tênue, de 8% no início para 10% nos últimos anos. Doenças infecciosas apresentou diminuição nos primeiros anos de 7% para 4% em 1990. Nos anos seguintes houve oscilação, aumentou para 5% em 1997, e diminuiu em meados da década de 2000. Nos últimos anos apresentou pequeno aumento. Portanto o município de Alfenas segue o padrão semelhante ao Brasil, com a tripla carga de doenças.

Figura 4 – Mortalidade proporcional no município de Alfenas

(Org. Daniel Bando; Fonte: DATASUS 2017).

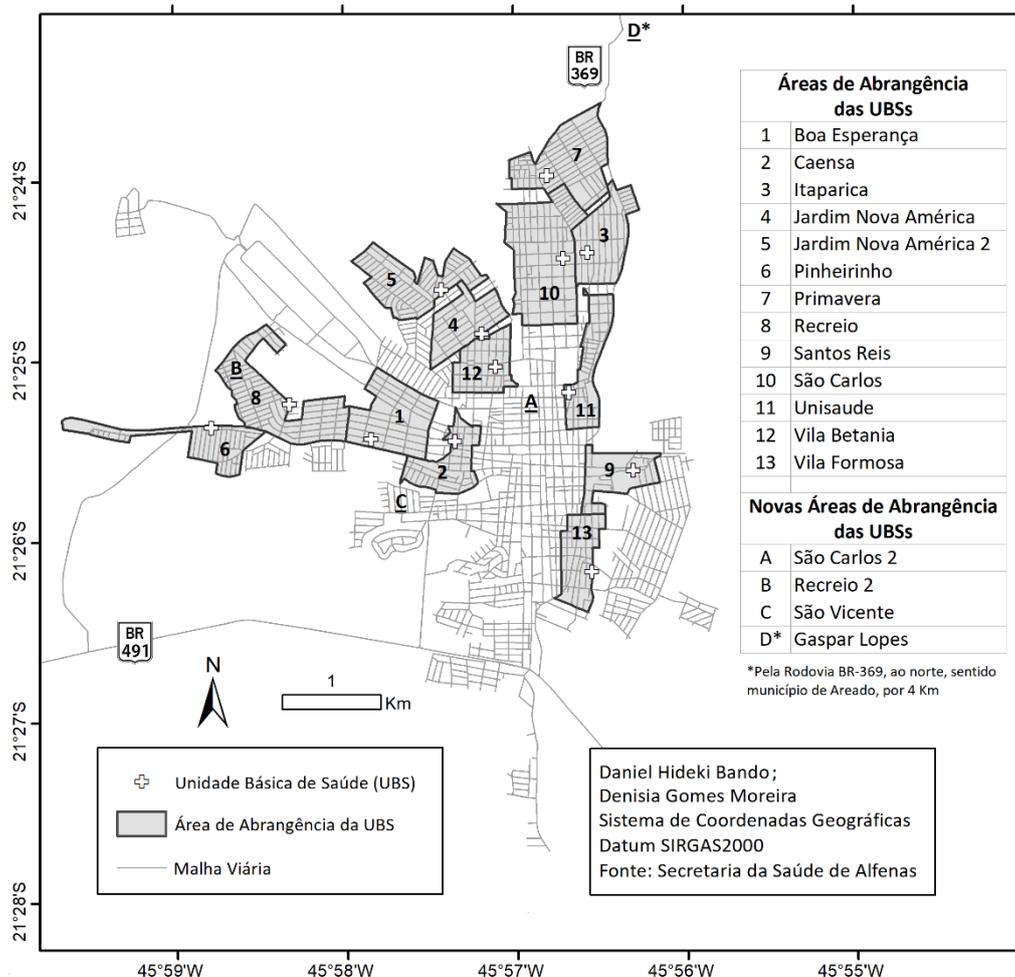
Atualmente o município de Alfenas possui 17 UBS que presta serviços de atendimento à saúde em zona urbana e uma UBS na zona rural. Três UBSs não implantaram a estratégia saúde da família: UBS São Vicente, UBS Aparecida, UBS Gaspar Lopes. O mapa a seguir apresenta as UBSs com a estratégia saúde da família (Figura 5). Nota-se que Alfenas não têm toda sua área coberta pelas áreas de abrangência de UBS, como na região central e no bairro Jardim Aeroporto.

Darlene Moreira Gomes é gerente e enfermeira na UBS Jardim Nova América 2, especializada em Residência Multiprofissional Saúde da família e Gestão de Rede de Atenção à Saúde, possui experiência na área programa de saúde da família.

A UBS Jardim América 2 está situada na Rua Wanderley de Castro, n 275 e funciona em estrutura planejada para duas equipes. A unidade possui quatro consultórios, duas salas administrativas, dois consultórios odontológicos, uma sala de enfermagem, sala de vacina, recepção, sala de ACS, cozinha, banheiros para os funcionários e os usuários. Na UBS trabalham sete ACS, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, um médico, um dentista, um auxiliar da saúde bucal, e um assistente de serviços gerais.

De acordo com a entrevistada a faixa etária e o sexo que predomina dos usuários cadastrados na UBS são mulheres de 30 a 55 anos. A maior prevalência entre os usuários é a hipertensão. Partindo de sua experiência e vivência na questão da UBS, percebe-se que a cobertura destas no município de Alfenas está se ampliando e abrangendo as localidades aonde se encontram famílias sem coberturas de UBS. Porém como ela cita na entrevista, há ainda famílias sem áreas de abrangência, pelo fato de não poder ultrapassar a quantidade de pessoas atendidas pelas UBS. O município está avançando, no caso da atenção básica, pelo aumento da cobertura das áreas de abrangência e implantação de novas UBSs (Figura 5).

Figura 5 – Áreas de abrangência das UBSs em Alfenas



E, neste cenário no qual se obteve tais dados, há uma sobrecarga de atribuições de profissionais, em específico as enfermeiras, pois essas profissionais devem assumir demais funções, como as administrativas. A profissional salienta sobre o processo de territorialização, já que são as mesmas que realizam e não tem assistência para realizar e tão menos formação. O processo demanda estudo e, principalmente pesquisas, vale ressaltar a importância de se ter um profissional para tal demanda. A profissional citou que o geógrafo poderia contribuir na análise do território. Embora não haja uma equipe especializada em levantar os dados demográficos e epidemiológicos, foi observado que a territorialização teve seu início em áreas de menor renda, com a população mais carente. De acordo com Faria (2012) a prática dessa interdisciplinaridade e da interação com outros setores conduziria à interprofissionalidade e à intersectorialidade e o desenvolvimento do trabalho de construção e reconhecimento do território.

No decorrer da entrevista percebe-se que a função da UBS acaba deixando a desejar, pois a população ainda acredita que sua função é ser atendido por um médico especialista, entretanto sua intenção são os serviços básicos de saúde, a promoção de saúde e prevenção de agravos. Neste sentido a população ainda não tem essa conscientização. Conforme as estratégias, percebe-se que se houvesse intencionalidade de melhoria na atenção básica, reduziria a necessidade de consultas médicas, promovendo a redução de população em consultas nos hospitais.

O município de Sobral (CE), conta com 205.529 habitantes (IBGE, 2010), e conta com 64 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 6 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com cobertura assistencial de 98% da população. O gerenciamento das UBSs ocorre da mesma maneira que em Alfenas, sendo atribuída pela enfermeira:

Neste sentido, infere-se que esta predominância está relacionada a formação deste profissional, uma vez que exige-se do enfermeiro competências de modo educativo, assistencial, administrativo e político, todas engajadas no compartilhamento de

conhecimentos e informação que o enfermeiro tem do processo de gestão em saúde, do desencadeamento de processos sociais por meio dos pactos, dos projetos grupais, dos planos diretores, integrando ações de coletividade, dos serviços assistenciais, do meio ambiente, das representações sociais e da avaliação dos resultados, ou seja, processos concretos de práticas de saúde diferenciados no interior dos serviços de saúde (RIBEIRO; ALBUQUERQUE; CAVALCANTE; AGUIAR; SANTOS; CUNHA, 2016, p.5).

Isso requer do profissional de enfermagem criatividade e inovação, porém como explanado pela profissional em Alfenas, não tem apoio de uma equipe especializada para o diagnóstico da população e não sabe em qual área dar maior atenção, já que o gerenciamento ocupa grande parte e seu tempo.

O município de Mossoró (RN), conta uma população de 259.815 habitantes (IBGE 2010). A territorialização da UBS Maria Neide da Silva Souza foi descrita num relato de vivência desenvolvido por residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade desenvolvido pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte e a Prefeitura Municipal (RODRIGUES, 2015). A UBS presta serviços para 766 famílias que correspondem a 2.620 pessoas. A Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade iniciou suas atividades no ano de 2015, contemplando as categorias profissionais de Enfermagem, Odontologia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. As equipes multiprofissionais são compostas por todas as categorias e inseridas no serviço público de saúde. Nota-se semelhança com Alfenas, pois a territorialização iniciou a expansão das UBSs na periferia, em áreas carentes. Como a USF de Mossoró é uma unidade escola, sempre há turmas que fazem o processo de territorialização, e observou-se a necessidade de atualizar os dados do território de três microáreas da unidade. Para isso realizaram entrevistas com famílias em todas as microáreas sobre: o que eles consideravam precisar para ter saúde; o que achavam sobre a saúde do município; se faziam uso dos serviços da UBS, destacando a periodicidade e o serviço mais utilizado; o nível de satisfação com o serviço da UBS; se conhecia o SUS e o que significava; se reconhecia o modelo de ESF.

Marília (SP), com uma população estimada de 216.745 habitantes, possui 34 USFs (Unidades de Saúde da Família) e 12 UBSs (SILVA; PASQUAL; CHIARI; CHIRELLI; REZENDE, 2016). O estudo selecionou quatro UBSs, sendo uma unidade de cada região do município, a maioria das unidades trabalha com limitação no número de funcionários e com a área de abrangência além do que é estabelecido pela Política Nacional da Atenção Básica (2012), o que descaracteriza a UBS, que atua como uma unidade de pronto atendimento. A entrevistada, enfermeira, aponta questões que na sua percepção, vão além da governabilidade da equipe de saúde em que atua. Em Marília notou-se uma sobrecarga dos serviços principalmente nos ACSs:

É explicitado na fala dos ACS o desgaste causado pelo acúmulo de tarefas e a consequente desorganização que corrobora na fragmentação do cuidado. O ACS da USF 2 considera que a equipe de saúde é atuante em relação ao vínculo com as famílias, procura conhecer as especificidades do território e trabalhar em equipe. Constata que tal sobrecarga acarretaria na redução do vínculo com a população e prejuízo no desenvolvimento das atribuições do cargo. (SILVA; PASQUAL; CHIARI; CHIRELLI; REZENDE, 2016).

Em Marília, semelhante a Alfenas, restringe-se a territorialização somente a delimitar a área pelo número de pessoas, sem considerar o perfil demográfico e epidemiológico. Portanto há falta de planejamento, que refletirá futuramente nas áreas de abrangência e população adscrita.

Segundo a estimativa do IBGE (2010), Contagem (MG) possui 608.650 habitantes, sendo a área total do município é de 195.268 km², com uma densidade populacional de 3070,35 hab/km² e taxa de crescimento anual de 1,24% no período 2000-2010. O estudo de Coutinho (2016) abordou a reestruturação do processo de territorialização das áreas de cobertura da UBS Maria da Conceição. A população adscrita à UBS possui 4.432 habitantes, sendo 927 (20,9%) cobertas por plano de saúde. A maior prevalência dos usuários são a hipertensão e diabetes. As condições agudas são o foco das atividades, que visa à medicalização dos problemas, a equipe trabalha com uma demanda espontânea sobrecarregada. A alocação de mais um médico a equipe, sem o prévio

planejamento de divisão do território tornou o atendimento fragmentado e descontextualizado das demandas familiares. O estudo elencou os principais problemas da unidade: desconhecimento das características demográficas e epidemiológicas da área de abrangência; carência de recursos humanos e infraestrutura; ausência de Conselho Local de Saúde; falta de planejamento para a formação de uma nova equipe de UBS de acordo com a PNAB (2012). É possível notar semelhanças com o caso de Alfenas, como a prevalência de doenças crônicas (hipertensão e diabetes), atendimento a condições agudas. O mesmo ocorre quanto à gestão, como a sobrecarga de trabalho, falta de uma equipe para levantar o diagnóstico demográfico e epidemiológico. E diferente da UBS de Alfenas, a unidade não possui um Conselho Local de Saúde e carece de infraestrutura.

O município de Pirapora (MG) conta com 56.706 habitantes IBGE (2010), contém 13 UBSs dividida em 11 bairros. Em cada UBS contem sete ACS, correspondendo 91 ao todo. Na UBS pesquisada cada profissional possui uma microárea com 200 a 250 famílias sob a sua responsabilidade. A Estratégia Saúde da Família na cidade de Pirapora demonstrou um importante papel na reorganização dos atendimentos à saúde a nível primário, sendo bastante eficiente e resolutivo nos problemas de saúde da população assistida (COSTA; RAMIRES, 2013). Em Pirapora mostra-se mais efetiva no processo de territorialização, pois há uma equipe de acadêmicos multiprofissional, assim percebe-se o aumento da cobertura no decorrer dos anos, há também depoimentos das famílias assistidas. A delimitação das áreas de abrangência das UBSs na cidade de Pirapora segue os limites dos bairros. Já em Alfenas pelo que foi relatado, usa-se apenas o mapa com o arruamento, e também não há essa parceria entre universidades e prefeitura, dessa forma os funcionários ficam sobrecarregados, vale ressaltar que além de contribuir na organização, possibilita melhor aproveitamento dos acadêmicos em seus respectivos cursos.

De acordo com o estudo a cidade apresenta na atualidade com uma cobertura de quase 100% da população, aumentando assim o número de profissionais de saúde, entre eles os ACS. Esse programa se tornou relevante pelo fato das decisões em saúde serem definidas em conjunto com a comunidade, isto é, as famílias podem intervir em programas e projetos a serem aplicados nos seus territórios de moradia. Em Alfenas, a profissional relatou que a participação social não é efetiva, outro fator preconizado e bem aceito pela população de Pirapora foi a inversão do modelo de atendimento à saúde da população, ou seja, anteriormente o modelo era hospitalocêntrico, as pessoas procuravam mais os hospitais, e hoje em dia mudou, as UBS se tornaram a porta de entrada. Portanto na UBS de Alfenas, esse tipo de mudança e conscientização da população ainda não ocorreu, sobrecarregando os hospitais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de territorialização da saúde é de suma importância e ocorre de forma contínua, transformando a realidade. Alfenas está evoluindo nesse sentido, com a ampliação das áreas de abrangência de UBSs, com o intuito de cobrir todo o território do município. A UBS Jardim Nova América 2 possui boa infraestrutura e boa equipe de trabalho. O município precisa criar estratégias para aprimorar o sistema, sendo uma delas a parceria com universidades, como foi relatado em alguns municípios, com o objetivo de ajudar nas etapas do processo de territorialização da saúde. Desta forma deve-se ter um melhor planejamento das ações de saúde, com o diagnóstico, identificação dos aspectos ambientais, sociais, demográficos, econômicos e epidemiológicos em determinada área, para uma delimitação mais justa das futuras áreas de abrangência de UBS.

A população brasileira está envelhecendo, no estado de Minas Gerais as regiões Sul e do Triângulo lideram esse movimento, diretamente relacionado com o aumento da carga de doenças crônicas, como as cardiovasculares. Alfenas por ser um polo de saúde, sofrerá o primeiro impacto na demanda de leitos hospitalares para internação em condições crônicas. Portanto é imprescindível planejar e alinhar a Atenção Básica com a atenção secundária e terciária, otimizando a gestão dos serviços de saúde. É preciso conscientizar a população no que diz respeito aos níveis de

atenção, ou seja, enfatizar e valorizar o papel das UBSs, da Atenção Básica, da promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde, ou seja, romper com o modelo hospitalocêntrico ainda presente em muitos municípios brasileiros. É preciso tornar a participação social efetiva, empoderar a população frente às novas políticas, no caso da UBS Jardim Nova América 2, exigir novo gerente de acordo com a nova Política Nacional de Atenção Básica.

O SUS foi institucionalizado 1990, logo após a Constituição de 1988, período conturbado, marcado pelo fim da ditadura, início da abertura política e redemocratização. Hoje o Brasil passa por um momento de crise política, econômica, numa situação de saúde de tripla carga de doenças com o predomínio das crônicas. É preciso resgatar o espírito da saúde coletiva e da reforma sanitária, frente ao retrocesso do atual governo, com a criação do teto para os gastos públicos em saúde e educação. Há um longo caminho de trabalho e resistência para consolidar uma política nacional de saúde justa e reduzir as desigualdades sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARCELLOS, Christovam; PEREIRA; Martha Priscila Bezerra. O território no Programa Saúde da Família. Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, Uberlândia, v.2, n. 2, p. 47-55, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portal Educação. Conhecimento para mudar sua vida. Programa de Saúde da Família. Brasília, Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/5583/programa-de-saude-da-familia>. Acesso em 10 de maio de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2012.

COSTA, V. A; RAMIRES, J. C. L. A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM PIRAPORA: Algumas reflexões quanto à cobertura e resolutividade do programa. Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, Uberlândia. Vol 9, N 16, 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/viewFile/21805/12450>>

COUTINHO, L. O. Territorialização: reorganização das áreas de cobertura das equipes da unidade de saúde da família Maria da Conceição do município de Contagem- Minas Gerais. 2016. 32p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Estratégia Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2016.

GONDIM , Grácia Maria de Miranda. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: BARCELLOS, C, et al (org.). Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008

GUIMARÃES, R.B.; PICKENHSYN, J.A.; LIMA, S.C. Geografia e Saúde sem Fronteiras. Uberlândia: Assis Editora, 2014.160p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário Estatístico do Brasil, 2010. CENSO, 2010. <https://www.ibge.gov.br/> Acesso em 24 de junho de 2017.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. Fundamentos de metodologia científica. 4ª Edição. Revista e Ampliada. São Paulo: Editora Atlas. 2003.

MONKEN, M., BARCELLOS, C. O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro, EPSJV; FIOCRUZ, 2007. p.177-224.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; GODINHO, Mônica La-Salette da Costa; BERGAMO, Maria Inês

Braga Barbosa Saúde da família: uma análise baseada no sistema de informação da atenção básica. Revista APS, v.9, n.1, p. 50-63, jan./jun. 2006 Disponível em <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Analise.pdf> Acesso 22 de nov. 2018.

PAIM, J., TRAVASSOS, C., ALMEIDA, C., BAHIA, L., MACINCO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Lancet. (Série Brasil) [Internet]. 2011; 11-31. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf> Acesso 22 de nov. 2018.

RODRIGUES, J. O. Territorialização em saúde: Um relato de experiência. II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde. Vol 1, 2017. Disponível em: https://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD4_SA7_ID1474_14052017222453.pdf Acesso 22 de nov. 2018.

SILVA, L. C. T.; PASQUAL, K. K.; REZENDE, K. T. A.; CHIRELLI, M. Q.; CHIARI, M. F. . Estratégia Saúde da Família e Território: percepção dos trabalhadores da atenção básica em saúde.. In: 5º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (CIAIQ), 2016, Porto/Portugal. Atas - Investigação Qualitativa em Saúde, 2016. v. 2. p. 1622-1631.

NOTAS SOBRE TERRITÓRIO E TÉCNICA: OS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BAIRRO MANGUINHA EM FLORIANO – PI

NOTAS SOBRE TERRITORIO Y TÉCNICA: LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL BARRIO MANGUINHA EM FLORIANO – PI

Wanderson Benigno dos Santos

Mestrando do Programa de Pós-graduação em Geografia/PPGe
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN
wandersonbenigno@outlook.com

Diego Salomão Candido de Oliveira Salvador

Professor do Programa de Pós-Graduação em Geografia
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

RESUMEN : En este trabajo se pretende reflexionar sobre el territorio en la perspectiva de la técnica, con base en los preceptos de la Geografía Nova, mirando el análisis de los establecimientos prestadores de servicios en salud existentes actualmente en Floriano (PI), específicamente, en el Barrio Manguinha, Zona Sur de la ciudad . De este modo, se realizó una revisión de la literatura sobre el territorio definido por la técnica y por usos del territorio por medio de establecimientos prestadores de servicios de salud, considerando, sobre todo, enfoques geográficos. Así, se concluye que, en la dinámica territorial de Floriano, el Barrio Manguinha es destacado por la localización de establecimientos prestadores de servicios de salud con la oferta de atención médica en condiciones diferenciadas, hecho que caracteriza la reproducción del espacio lo que hace importante para personas que necesitan y buscan servicios médicos. Con esa reproducción espacial, la dinámica territorial de Floriano gana realce regional.

Palabras clave: Establecimientos prestadores de servicios de salud; Floriano; Barrio Manguinha.

A Geografia é particularizada enquanto ciência que busca refletir sobre o espaço geográfico, considerando a sua dinâmica diante das múltiplas intencionalidades e ações que o caracterizam, conforme diferentes e desiguais possibilidades técnicas e de temporalidades (SANTOS, 2012). Segundo o citado geógrafo, o espaço geográfico - habitado e transformado pelos homens - é sinônimo de território usado. A transformação ou o uso do território ocorre por meio da ação do trabalho humano, com a mediação da técnica. Sendo assim, a técnica é antecedida pela produção de uma ideia, o que promove um diálogo entre o homem e o seu entorno, proporcionando a empirização do tempo.

Assim, é inegável que os intercâmbios entre espaço e técnica são determinantes às atuais dinâmicas socioespaciais, especificamente, às dinâmicas territoriais, como a do Bairro Manguinha em Floriano, no estado do Piauí.

Com vistas a assunção do objetivo geral do trabalho, passa-se a compreender tais intercâmbios com foco no setor da saúde, detidamente, no papel dos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde na configuração do território. O estudo de serviços de saúde é bastante pertinente no âmbito da ciência geográfica, pois, possibilita reflexões sobre rede urbana e análises acerca da dinâmica territorial considerando-se o alcance do Sistema Único de Saúde (SUS) em cidades com diferentes portes e destaques funcionais.

Sendo assim, no presente trabalho, inicialmente, realizou-se revisão da literatura acerca dos usos território na perspectiva da técnica e da saúde e em seguida uma abordagem sobre o Bairro Manguinha como existência territorial conectada aos estabelecimentos prestadores de

serviços em saúde, dando prioridade para abordagens geográficas dessa temática.

Utilizou-se também da análise de tabulação de dados obtidos por entrevistas e questionários aplicados aos usuários e gestores dos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde no Bairro Manguinha. Dessa forma, o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

TERRITÓRIO, TÉCNICA E SAÚDE

Segundo Santos (2012), o espaço habitado ou território usado é caracterizado por formas, funções, processos e estruturas que resultam do fenômeno técnico, isto é, de sistemas técnicos, mas também de relacionamentos decorrentes desses sistemas. Os sistemas técnicos envolvem formas de produzir energia, bens e serviços e, desse modo, servem para o acontecer de ordens financeiras, culturais e governamentais, ou de formas de relacionar os homens entre si, formas de informação, de discurso e interlocução.

Nesse sentido, Santos (2012, p. 221) afirma que

a materialidade do território é dada por objetos que têm uma gênese técnica, um conteúdo técnico e participam da condição da técnica, tanto na sua realização como na sua funcionalidade. Esses sistemas técnicos atuais são formados de objetos dotados de uma especialização extrema. Isso é sobretudo válido para os objetos que participam dos sistemas hegemônicos, aqueles que são criados para responder às necessidades de realização das ações hegemônicas dentro de uma sociedade.

De tal maneira, compreende-se que as técnicas em conjunto permitem usos do território, ou seja, relações sociais, econômicas e políticas que produzem e reproduzem de diferentes e desiguais modos o espaço. Existem usos hegemônicos do território que o consideram como recurso a ser explorado, como é o caso, nos dias atuais, dos usos do território colocados em baila por agentes do capital financeiro.

Considerando essa lógica, Santos (2013, p. 42) afirma os usos hegemônicos do território como processos de racionalização do espaço, conforme nexos do estágio atual da internacionalização do capital, fato que torna o próprio território instrumento essencial da racionalidade capitalista:

É extremamente importante para entender como esses espaços hegemônicos se instalam no processo de globalização, como o lugar da produção e das trocas de interesse mundial no nível mais alto, lugares em que exerce um tempo mundial e onde se instalam as forças reguladoras da ação nos demais lugares.

Pelo fenômeno técnico, o território influencia de modo importante ações e relações humanas, tendo em vista os fixos e os fluxos que caracterizam a forma-conteúdo do espaço, estabelecendo diferentes e desiguais organizações territoriais que dinamizam também de modos distintos as vidas de agentes sociais.

Fixos e fluxos são implantados no território em quantidade e com qualidades diversas, devido a seletividade do capital no processo de exploração do espaço. Os fixos são objetos criados pelas ações e relações humanas, no sentido de qualificar o espaço visando a geração e/ou a intensificação de fluxos, que são os movimentos decorrentes daqueles. Destarte, fixos e fluxos têm caráter social, econômico, político e cultural, implementando infraestruturas e atividades que significam configurações territoriais segundo intencionalidades de agentes sociais hegemônicos do mercado.

Na Geografia, o conceito de território é historicamente valorizado e, portanto, definido. Na perspectiva Clássica, considerou-se esse conceito dando realce ao Estado-Nação, enquanto principal agente na garantia da soberania e no exercício do poder. Atualmente, na perspectiva da Geografia Nova, compreende-se o território pela microfísica do poder, isto é, tendo em vista o fato de os diferentes e desiguais agentes sociais poderem usá-lo, em busca da assunção de determinadas intencionalidades: os agentes hegemônicos o utilizam como recurso a ser explorado, visando, prioritariamente, o lucro; os agentes não hegemônicos o usam enquanto abrigo, em busca,

sobretudo, da sobrevivência. Assim, o Estado continua a ser importante agente (hegemônico) no uso do território, porém, hoje, sabe-se que outros importantes agentes são determinantes na estruturação da dinâmica territorial, por meio da implantação de fixos com a viabilização de fluxos.

Destarte, por meio da configuração do território conforme necessidades específicas, Estado, empresas e outros agentes hegemônicos viabilizam rentabilidade territorial para determinadas cidades ou bairros específicos no contexto intraurbano. Isso confere destaque a territórios e, no que se refere à esfera da gestão, faz com que termos de compromissos sejam pactuados entre agentes públicos e privados, com a dinâmica decorrente de empreendimentos, infraestruturas, capitais e circulação de pessoas.

Para o funcionamento do SUS são necessários instrumentos de gestão em saúde, cujas responsabilidades são da União, do Distrito Federal, dos Estados e dos municípios. A viabilização de tais instrumentos depende do modo como cada território está organizado, sendo que no quadro 1 são demonstrados instrumentos para a gestão do sistema brasileiro de saúde, conforme as instâncias do espaço e do tempo e a capacidade técnica de cada escala geográfica.

Quadro 01 - Brasil - Instrumentos para a gestão do SUS

Agendas de Saúde	Os governos federal, estaduais e municipais estabelecem, justificam e detalham as prioridades da política de saúde.
Planos de Saúde	Em cada esfera de governo, são definidas as prioridades nas agendas de saúde assim como a previsão dos mecanismos para a execução das prioridades.
Relatórios de Gestão	Sistematização de informações sobre os resultados obtidos e as probidades da gestão do SUS, funcionando como prestação de contas, uma vez que estabelece correlação entre metas, resultados e aplicação de recursos.
Plano Diretor de Regionalização (PDR)	Planejamento de forma regionalizada e hierarquizada da assistência à saúde, de modo a garantir o acesso da população a todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde.
Programação Pactuada e Integrada (PPI)	Fundamentada no Plano Diretor de Regionalização, programação das ações que serão realizadas conforme as prioridades estabelecidas nas Agendas de Saúde e planejadas na elaboração dos Planos de Saúde.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS) 2002. Adaptado pelos autores.

Esses instrumentos são pensados e propostos pelo Estado brasileiro, em escala nacional, com o intuito de articular diferentes níveis de governos no que diz respeito à atenção a saúde. Todavia, no que se refere aos usos dos territórios, tais instrumentos se revelam enquanto normas que, ao serem implementadas, provocam ou transformam diferentes dinâmicas, de acordo com complexidades sociais, econômicas, políticas e técnicas, como também em consonância com a existência de estabelecimentos prestadores de serviços de saúde, como clínicas, ambulatórios, hospitais e laboratórios.

Por exemplo, na Programação Pactuada e Integrada (PPI), são demonstradas as atribuições que cada gestor deve operar para a população ter acesso aos serviços de saúde em diferentes territórios. Trata-se de uma Programação que visa gerar situações nas quais cidades possam

ser constituídas em espaços com oferta de qualidade de serviços de saúde, com o maior grau possível de complexidade. Para isso, faz-se mister articulação entre gestores federais, estaduais e municipais.

A configuração do território é determinante para a existência de estabelecimentos prestadores de serviços de saúde segundo diferentes tipologias, no que tange a equipamentos de baixa, média e alta complexidade e acerca da detecção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidado. Assim, as ações institucionais, normativas e de interesses sociais e econômicos acabam por indicar os espaços a serem selecionados para a instalação de fixos e fluxos concernentes ao setor de saúde.

Com esse sentido, as palavras de Salvador (2010, p 23) são pertinentes, quando afirma que “o território não deve ser entendido somente como um limite político-administrativo, mas como um espaço que é usado pela sociedade, pelo poder público e pelas empresas. [...] seu uso faz com que ele não seja apenas condição de ação tática e estratégica, mas também uma dimensão da experiência humana”. Deste modo, ao usar o território, os estabelecimentos prestadores de serviços de saúde se relacionam diretamente com as condições habitacionais, educacionais, culturais e econômicas, englobando, assim, condições de acessibilidade pela população aos serviços ofertados.

No que se refere à conjuntura habitacional, os estabelecimentos prestadores de serviços de saúde são relacionados às condições de saneamento básico. Em relação às condições educacionais, tais estabelecimentos pautam-se em campanhas sanitárias, a fim de promover saúde aos usuários pela prevenção de doenças.

No contexto cultural, pode-se providenciar um sistema organizacional de controle de custos nos estabelecimentos, como com a inclusão de novas tecnologias da informação que possibilitam vigilância e/ou prevenção à distância. Além disso, atrela-se às rugosidades do espaço, gerando uma confluência dos estabelecimentos entre objetos ou construções antigas - decorrentes de tempos pretéritos - e novas funções - características da atualidade.

A relação dos estabelecimentos de saúde com o sistema econômico é, por sua vez, bastante ampla, pois, a saúde é um dos principais serviços da economia de diferentes países. Essa relação vai do administrativo (público e/ou privado) - com o controle de gastos, custos e investimentos - à análise de tecnologias hodiernas aplicadas ao setor.

Assim, pensando nas relações entre território e saúde, traz-se à tona o entendimento de Barcellos (2008, p. 47), acerca da espacialidade das ações de saúde:

A organização desses serviços segue os princípios da regionalização e hierarquização, delimitando uma base territorial, ou seja, uma, área de atuação das unidades de saúde, da equipe de saúde da família ou um distrito sanitário.

As práticas desenvolvidas no espaço dependem da sua organização, assim como são determinantes para essa organização, sendo que podem haver atração e/ou repulsão de fluxos em uma determinada dinâmica territorial, a depender da sua configuração e papel na rede de relações urbanas.

Em concordância com Gondim et al (2008, p.252) “[...] ao se buscar aperfeiçoar a ação institucional do setor saúde, mais do que reconhecer a delimitação ótima do ponto de vista funcional dos territórios, é preciso perceber neles uma instância de poder, do qual participam as populações a eles adscritas.”

É nesse âmbito que ao se pensar as interações espaciais através da estruturação e reestruturação do espaço geográfico, concorda-se com Ramires (2007, p.179) ao dizer que:

O setor da saúde também vem sendo objeto da revolução técnico científica e da reestruturação produtiva do capitalismo. O desenvolvimento da tecnificação da prática médica e aos serviços de saúde é uma das faces desse processo.

Destarte, as relações entre território, técnica e serviços de saúde compreendem de maneira

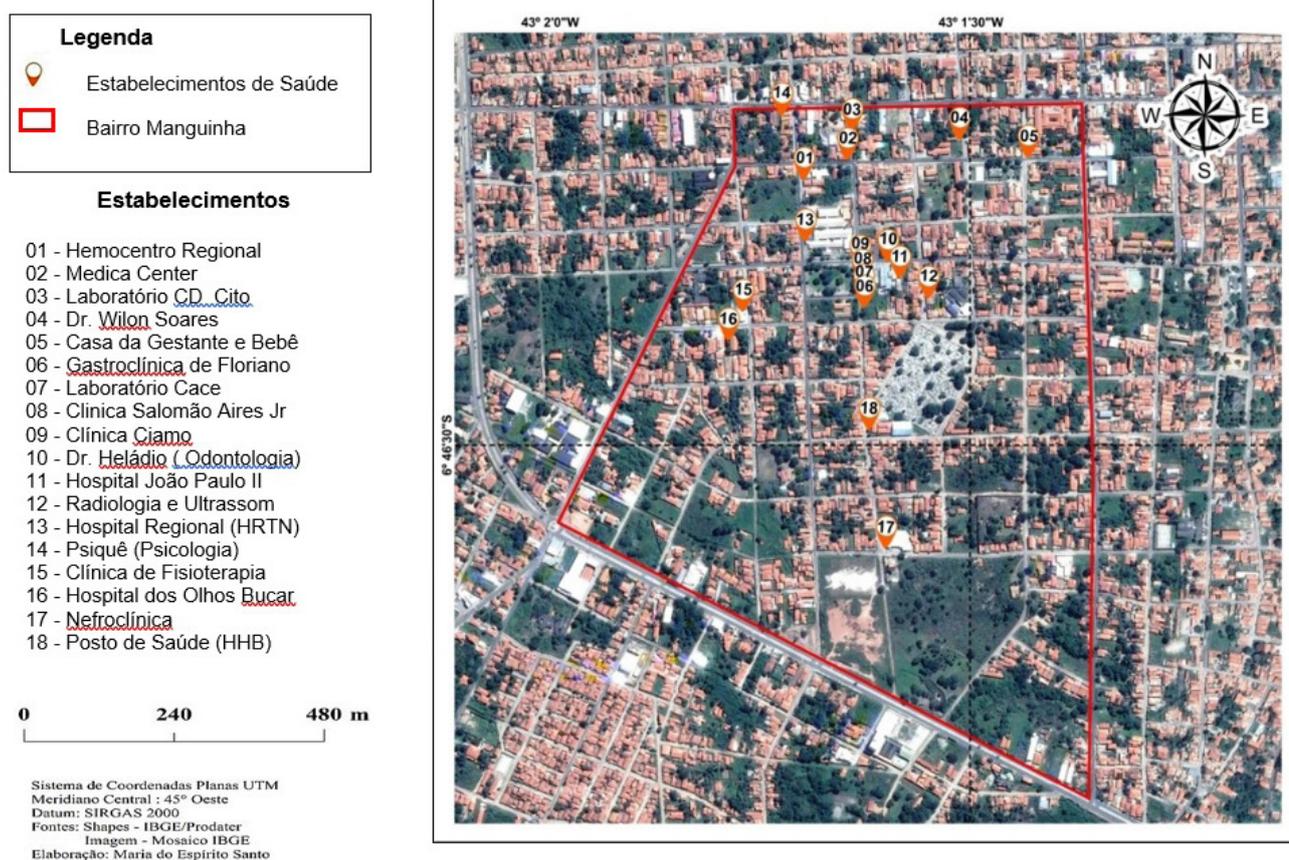
indissociável dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais que dependem de e/ou resultam em territórios com configurações e temporalidades distintas. Com essa discussão, coloca-se em baila o território usado do Bairro Manguinha por serviços de saúde.

Bairro Manguinha em Floriano como existência territorial conectada aos serviços de saúde

O município de Floriano, localizado no Nordeste do Piauí, conta com uma população de aproximadamente 59.840 habitantes, segundo estimativa do IBGE em 2018. Na Zona Sul da cidade de Floriano está situado o Bairro Manguinha, que conta com aproximadamente 3.060 habitantes, conforme dados da Associação de Moradores, de setembro de 2015.

É em meados do século XX que Floriano passa a receber infraestrutura urbana, no que se refere a rede elétrica, serviços de saneamento e crescimento comercial, destacando-se também a contribuição dos árabes (sírios e libaneses) que ao chegar na cidade, contribuíram com estabelecimentos de atividades comerciais e farmacêuticas, assim ao longo do processo de urbanização, o Bairro Manguinha, vem ganhando destaque pela prestação de serviços em saúde. Conforme Santos (2016), até o final do ano de 2016, o Bairro contava com 18 estabelecimentos prestadores de serviços de saúde, dentre instituições públicas e privadas (figura 01).

Figura 01 - Bairro Manguinha em Floriano (PI) - Mapa de localização dos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde existentes em 2016



Fonte: Adaptado de Santos, 2016.

O processo de concentração dos estabelecimentos de serviços em saúde no Bairro Manguinha, foi iniciado em 1976, com a implantação dos primeiros estabelecimentos, sendo que hoje o Bairro se apresenta enquanto território normado pela perspectiva dos objetos e ações concernentes ao referido ramo econômico.

Evidencia-se que o Bairro em questão é destacado por enquanto principal território da saúde no contexto de Floriano, localizando modernos fixos e fluxos que especializam o território e o tornam atrativo para agentes que demandam e ofertam serviços de saúde de nível básico, médio e alta complexidade. Essa configuração reproduz o território do Bairro e contribui para

consolidar Floriano enquanto centro urbano-regional do Piauí, onde a tabela 01 reforça o grau de satisfação em porcentagem (%) obtido por dezoito (18) gestores dos estabelecimentos prestadores em serviços de saúde, incluindo somente, hospitais, clínicas e laboratórios.

Tabela 01: Percepção dos Gestores dos estabelecimentos de saúde, acerca da eficácia da prestação de serviços (%) no Bairro Manguinha em Floriano no ano de 2016			
Percepção	Eficaz	Ineficaz	Intermediário
Atendimento pelo SUS	34%	3%	63%
Demanda a nível Municipal	86%	0%	14%
Demanda a nível Regional	45%	8%	47%
Planejamento regionalizado e hierarquizado da assistência à saúde	28%	10%	62%

Fonte: Santos, 2019.

Para obtenção dos dados, foi feita entrevista com os gestores dos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde, de forma que fosse possível avaliar a eficácia dos serviços de acordo com a percepção deles, concomitante, incorporada as influências no território, respondendo às necessidades e a aplicação da técnica que condicionam a transformação no espaço.

Ao fazer a análise crítica da percepção dos gestores dos estabelecimentos de saúde, verificou-se que houve um consenso em relação a divergência da porcentagem das respostas quanto a eficácia do atendimento pelo SUS, a demanda a nível municipal e regional. Os principais fatores para não se ter uma eficácia 100% nesses três primeiros itens, é a alta procura por serviço em um mesmo estabelecimento e a espera por consulta pelo SUS, principalmente no setor público. Porém ambos os gestores tanto do setor público quanto privado, ressaltam o atendimento e a demanda a nível municipal e regional, como satisfatórias porque os usuários sempre voltam ao local de atendimento em busca de outras especialidades médicas e são oriundos de cidades para além da microrregião Florianense.

Em relação ao planejamento regionalizado e hierarquizado da assistência à saúde, verifica-se que 62% dos gestores consideram intermediária a eficácia dos serviços no Bairro por conta complexidade que é a regionalização e avaliação das ações a serem desenvolvidas, buscando sempre reduzir as desigualdades regionais. Ainda nesse mesmo âmbito, a tabela 02 demonstra o grau de satisfação dos usuários que frequentaram os estabelecimentos prestadores de serviços em saúde no ano de 2016.

Tabela 02: Grau de satisfação dos usuários (%) dos estabelecimentos prestadores de serviços em Saúde do Bairro Manguinha em Floriano no ano de 2016

Aspectos	Satisfeito	Muito satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito
Diversidade de Serviços	39%	43%	12%	6%
Estrutura Física dos Estabelecimentos	24%	36%	30%	10%
Qualidade dos Serviços Prestados	47%	41%	11%	1%
Localização	49%	51%	0%	0%

Fonte: Santos, 2019.

A tabela 02 foi construída com base em um questionário aplicado a cinco usuários de cada estabelecimento prestador de serviços em saúde nos meses de agosto a setembro, perfazendo um total de 90 questionários que corresponde a 100% dos entrevistados. Vale ressaltar que os usuários são em sua maioria oriundos de cidades circunvizinhas do interior do Piauí, Maranhão e Ceará, ambos em busca por atendimento médico no referido Bairro.

Assim verifica-se na tabela que os graus de satisfação “satisfeito e muito satisfeito” se sobressaem em relação aos graus “insatisfeito e muito insatisfeito” e tornam-se em alguns casos equivalentes, isso mostra que o Bairro em questão tem aspectos pertinentes que contribuem para uma especialização específica na oferta e demanda de serviços prestados e que a localização geográfica do Bairro de acordo com os usuários é favorável por ser ponto de entroncamento e perpassa por três importantes rodovias, BR-140, BR-343, e BR-230, as quais provocam fluxos importantes para o crescimento socioeconômico do município, fazendo dele espaço de destacada circulação, com o escoamento de bens e a oferta de serviços de saúde no âmbito regional.

REFERÊNCIAS

BARCELLOS, Christovam. Problemas Emergentes da Saúde Coletiva e a Revalorização do Espaço Geográfico. In: MIRANDA, Ary Carvalho de et al. Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde. Série C. 48 f. Brasília, 2002.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda et al. O Território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, Ary Carvalho de et al. Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

RAMIRES, Julio César de Lima. Cidades Médias e Serviços de Saúde: Algumas reflexões sobre os fixos e os fluxos. In: SPOSITO, M. E. B. (Org.). Cidades médias espaços em transição. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2007.

SALVADOR, D. S. C. de O. Das farinhadas à produção para o mercado: a dinâmica da atividade mandiocqueira no Agreste Potiguar. 2010. Dissertação (Mestrado em Geografia), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

SANTOS, M. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. 4. ed. São Paulo: EDUSP, 2012.

_____. Técnica, espaço e tempo: globalização e meio técnico científico informacional. 5. ed. São Paulo: EDUSP, 2013.

SANTOS, W. B. dos. A Geografia da Saúde: considerações sobre a organização do espaço no Bairro Manguinha em Floriano (PI). 2016. Monografia (Graduação em Geografia), Universidade Estadual do Piauí, Floriano.

O CARIRI CEARENSE NO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

EL CARIRI CEARENSE EN EL PLAN DIRECTOR DE REGIONALIZACIÓN DE LA SALUD: BREVE CONTEXTUALIZACIÓN

Jefferson Santos Fernandes

RESUMEN: El presente estudio tiene por objetivo analizar la regionalización del Cariri cearense propuesta por el Plan Director de Regionalización de la salud (PDR/CE). Esta región, por su dinámica natural y social, es poseedora de una inestable delimitación geográfica tanto a nivel institucional como teórico. Aquí, nos ocuparemos en caracterizar el Cariri en el contexto organizacional del Sistema Único de Salud. En el presente trabajo se analizó que el aglomerado urbano formado por los municipios de Crato, Juazeiro do Norte y Barbalha (Crajuubar), de gran destaque en el sertão semiárido nordestino, concentra los servicios médicos de mayor densidad tecnológica y, por lo tanto, actúa como centro polarizador regional. De este modo, la macrorregión de salud del Cariri es un recorte territorial de los municipios cearenses bajo la influencia directa de este núcleo urbano. La búsqueda por una delimitación que atienda de la forma más cercana posible la relación concreta servicio-oferta-territorio es uno de los grandes desafíos para la consolidación del SUS. Desde el punto de vista metodológico, los recursos utilizados para la consecución del trabajo fueron la investigación bibliográfica y documental sobre los temas abordados.

Palabras clave: Salud. Regionalización. Cariri cearense. Crajuubar

A saúde no Brasil tem experimentado mudanças significativas com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição Federal de 1988 estabelece que a saúde é um direito universal e gratuito. Para garantir tal condição o Estado brasileiro precisou organizar-se sobre uma base territorial, de modo a possibilitar o acesso a todo e qualquer cidadão em território nacional.

Neste contexto uma das principais estratégias governamentais tem sido a regionalização. As regiões de saúde constituem agrupamentos de municípios limítrofes, no interior dos estados, organizados a partir do Plano Diretor de Regionalização (PDR). Tem por finalidade ofertar a população, através do compartilhamento de infraestruturas, os mais diversos serviços de atenção à saúde. Uma técnica de planejamento que atua no controle e direção do fluxo de usuários no interior de um sistema complexo.

No presente trabalho analisamos a regionalização da saúde do estado do Ceará, com um recorte metodológico na macrorregião do Cariri. O estudo baseou-se em pesquisa bibliográfica e documental sobre os assuntos abordados. É dado destaque ao conjunto formado pelos municípios de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha (Crajuubar), um importante núcleo urbano em meio ao sertão semiárido nordestino. Este aglomerado urbano, de destacada dinâmica social e econômica no interior do estado, abriga a infraestrutura necessária para os atendimentos em saúde de alta complexidade tecnológica. Ao analisarmos o Cariri como região no contexto do SUS, sob a forte influência urbana do Crajuubar em relação aos demais municípios, esperamos contribuir para a discussão sobre a organização regional dos serviços de saúde.

Regionalização dos serviços de saúde: uma contribuição geográfica

De forma análoga aos historiadores, que tem no “recortar o tempo” um dos seus principais dilemas, os geógrafos têm no “recortar o espaço”, ou seja, na regionalização, um dos seus principais desafios teórico-metodológicos, alerta Haesbaert (2010). O debate em torno da região/regionalização tem estado no centro da discussão sobre o próprio objeto de estudo da geografia,

sendo um dos principais problemas no campo epistemológico desta ciência. Este tema, também, demonstra fortes aproximações com o setor saúde, especialmente no tocante ao seu processo de gestão e planejamento.

O olhar geográfico sobre as questões que envolvem à saúde não é uma prática nova, e a Geografia da Saúde tem sido o campo responsável pela discussão deste assunto na perspectiva socioespacial, bem como estudos voltados para as relações de oferta e demanda dos serviços de saúde. Neste contexto, alguns conceitos geográficos vêm sendo utilizados para o planejamento do setor, em especial os de região e território.

A região tem ganhado a conotação de área administrativa sob o controle do Estado, agente responsável pelas práticas sanitárias de cuidado à saúde da população. Esta dimensão conceitual está relacionada a própria origem etimológica do termo regere, isto é, no ato de governar uma determinada porção do espaço e nele exercer o comando a partir de um poder central (CORRÊA, 1986). Perspectiva semelhante é a de território, detentor de maior prestígio na esfera política atualmente. Este conceito além da dimensão referente as relações de poder (RAFFESTIN, 1993), tem se apoiado, sobretudo, na acepção de território usado (SANTOS e SILVEIRA, 2001) pelos atores políticos (empresas, gestores, profissionais de saúde e usuários) a partir do uso das infraestruturas (hospitais, postos de saúde, órgãos reguladores) e do dinamismo das relações sociais. Territorializar, ou seja, demarcar geograficamente as ações e serviços, tem sido um dos principais métodos de organização do sistema nacional de saúde. Ambos os conceitos possuem, neste caso, o mesmo sentido operacional (talvez diferenciado pela escala), isto é, um recorte no espaço a partir do qual é possível estabelecer as regras de um determinado setor. Guimarães (2005) considera ser irrelevante o debate acerca da diferença entre território e região aplicado ao planejamento em saúde, pois é preciso compreender o SUS como uma totalidade e um acontecer solidário, para onde podem convergir, juntamente, outros conceitos importantes como espaço e lugar.

Segundo Haesbaert (2010) a região, assim como o território, apresenta fortes implicações no campo da discussão política, pois toda regionalização é, também, um ato de poder – o poder de recortar, classificar e nomear. O Estado, nestes termos, é tido como o principal agente regionalizador, atuando nas diversas esferas do poder institucional, e na saúde este fato tem ganhado uma dimensão especial.

No Brasil o acesso aos serviços de saúde sempre foi problemático devido a fatores de ordem física, social e política. Um país de grandes dimensões territoriais, onde se expressam disparidades regionais e sociais. Isto se deve a uma diferença na divisão territorial do trabalho e na densidade do meio técnico-científico-informacional (SANTOS, 2012), o que dificulta uma distribuição isonômica das infraestruturas para a eficiência dos serviços.

Nesta conjuntura, produz-se uma heterogeneidade na organização dos equipamentos de saúde, com a existência, de um lado, de espaços luminosos com ótima estrutura e serviços médicos especializados, e de outro, espaços opacos de baixa densidade técnica onde se concentram a maior parte da população (SANTOS, 2012).

No atual contexto da administração pública, fica inviável que todos os municípios brasileiros disponham de recurso técnico e profissional capaz de atender a toda demanda de saúde de seus habitantes, o que acaba por comprometer os princípios da universalidade e da integralidade do SUS.

Uma proposta alternativa para a crise vivenciada pelos municípios no tratamento da saúde tem sido a regionalização, que consiste na definição de territórios no interior dos estados, onde os municípios, por meio de convênios, racionalizam os recursos e buscam controlar as demandas de saúde através de uma infraestrutura compartilhada, promovendo a integralidade do setor. Os objetivos da regionalização consistem em expandir o acesso às ações e serviços de saúde, atender às necessidades locais, ampliar a participação social e otimizar a eficiência na gestão dos recursos. Esta diretriz organizativa do SUS está prevista na Constituição Federal de 1988, que destaca o ordenamento territorial do sistema nacional de saúde. As regiões de saúde passam a ser definidas como espaços geográficos contínuos por agrupamento

de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados (BRASIL, 2011).

O funcionamento de uma rede de saúde regionalizada depende da efetivação de uma outra diretriz, isto é, da hierarquização, que corresponde à ordenação do sistema por níveis de densidade tecnológica: primários, secundários e terciários. A hierarquização estabelece que a porta de entrada no SUS deve ser feita através da Estratégia Saúde da Família (ESF) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde os usuários, em caso da necessidade de serviços mais especializados, devem ser encaminhados à rede ambulatorial e hospitalar de maior complexidade localizada em municípios-polos na escala regional.

Esta é uma definição flexível considerando a concepção tradicional adotada nos programas de regionalização do país, como os estabelecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ao longo do século XX. Todavia, como destacam Gil, Licht e Yamauchi (2006), muitos documentos tem indicado uma tendência a tratar as regiões de saúde como um território de ação e controle do Estado, deixando pouco espaço para a participação da sociedade civil. Atendendo as normatizações do Ministério da Saúde, um importante instrumento operacional tem sido o Plano Diretor de Regionalização (PDR). Este documento, que deve ser elaborado por cada estado da federação, tem como premissas a identificação das prioridades na atenção à saúde dos usuários dos sistemas municipais de determinada região sanitária, explicitando os diferentes interesses locorregionais (BRASIL, 2006). O PDR é, portanto, o instrumento operacional que estabelece a distribuição geográfica dos serviços de saúde no interior do estado.

Uma crítica feita por Guimarães (2005) destaca que as propostas de regionalização da saúde no Brasil, em muito, tem seguido a tradição “ibegeana”, mantendo-se a concepção de espaços político-operativos geometricamente definidos. Para o autor toda proposta de regionalização deve contribuir para o fortalecimento local de um determinado território, no qual o poder institucional é exercido por um amplo conjunto de atores sociais envolvidos.

Considerando os dilemas do processo de regionalização, Haesbaert (2010) aponta alguns caminhos metodológicos a serem adotados pelos geógrafos, gestores públicos e sociedade civil. A região, segundo ele, existe enquanto uma realidade concreta (“fato”), evidência empírica e passível de reconhecimento e/ou produção; um construto intelectual do pesquisador (“artifício”), podendo priorizar o campo epistemológico ou político-operacional; e a região como coesão das duas dimensões anteriores (“artefato”), na qual não há dicotomia no ato regionalizador, congregando desta forma múltiplos fatores. Nesta perspectiva, podemos tomar a região de saúde como sendo um “artefato”, dada a produção pelos sujeitos sociais no território em seus diversos contextos de uso e a necessidade de operação política e reflexão epistemológica sobre a eficiência do SUS.

Diante da forma atualmente empregada na organização territorial do setor saúde no Brasil, diversas críticas vêm sendo feitas no sentido de propor métodos alternativos, posto que as políticas de saúde estão orientadas por uma lógica centralizadora de planejamento, não obstante o SUS ser uma das maiores conquistas sociais na história recente do país.

Diferentes configurações territoriais como as regiões de saúde intermunicipais, intraestaduais, interestaduais e fronteiriças apresentam-se como desafios para a elaboração dos PDRs. Entretanto, portarias ministeriais do governo federal como as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) e o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2001, 2002, 2006), tem determinado como estados e municípios devem organizar seus sistemas de saúde, não levando em conta as particularidades de cada território.

Na prática, a regionalização apenas tem obedecido ao desenho federativo brasileiro, não apresentando os resultados desejados na melhoria da qualidade da atenção à saúde da população. Evidencia-se o caráter descendente de agir e pensar regionalmente, com a supervalorização de procedimentos técnico-burocráticos em detrimento dos valores sociais e culturais.

O que fica claro nas discussões sobre regionalização da saúde, como bem destacam Silva e Ramires (2010), é que os critérios precisam ser feitos de maneira equilibrada, levando em conta uma multiplicidade de fatores. Estes autores apontaram em seus estudos que o PDR (no caso de Minas Gerais) apenas tem acompanhado

a disposição econômica das cidades com maior densidade técnica na região, sem nenhuma ou pouca adaptação aos contextos locoregionais. A acepção geográfica de território usado, oferecida por Santos e Silveira (2001), é um importante referencial de análise no planejamento em saúde. Considerar o território em seus diversos contextos de usos é um dos encaminhamentos metodológicos das recentes propostas de regionalização. O SUS é uma construção coletiva, e o respeito a autonomia regional sinaliza para uma forma de gestão que não se baseia em processos rígidos dissociados da realidade vivida e praticada pelos sujeitos nos distintos territórios.

Algumas narrativas para a delimitação do Cariri

Um dos principais desafios impostos àqueles que estudam o Cariri cearense é a problemática que envolve a sua delimitação geográfica. Afinal, de qual Cariri estamos falando? A depender dos objetivos, os recortes territoriais podem ser os mais diversos.

É mister destacar, antes de tudo, que o nordeste brasileiro abriga um Cariri no estado da Paraíba e outro no estado do Ceará. Menezes (2007) aponta alguns aspectos da configuração territorial que diferencia ambas as áreas. O primeiro é uma região de caatinga muito sensível as estiagens, com um povoamento rarefeito disperso pelas manchas menos secas daquele interior sertanejo. O segundo está localizado na Sub-Bacia Sedimentar do Araripe e apresenta aspectos diferenciados do sertão circundante. Conforme a autora:

É um brejo de encosta e de vale que se estende em parte da depressão sertaneja. Este Cariri se inicia a partir da Chapada do Araripe. É um verde vale, área de exceção no interior semiárido do Nordeste, resultante da formação edáfica, do relevo e das fontes que jorram das cabeceiras de drenagem da Chapada do Araripe. As condições físicas favoreceram a ocupação, daí ser ele densamente povoado e pontilhado de núcleos urbanos com certo destaque no estado (p.341)

Manoel Corrêa de Andrade em seus estudos sobre o nordeste brasileiro também discorre sobre esta região de forma a delimitá-la:

O Cariri, ocupando a porção meridional do Ceará limítrofe com o Estado de Pernambuco, situa-se no sopé da encosta setentrional da Chapada do Araripe e constitui uma ilha miúda na grande vastidão seca [...] A existência de mais de uma centena de fontes, em área de onze municípios com extensão inferior a 10.000 km², dá origem a uma série de riachos perenes e à existência de uma área de solos mais produtivos, fazendo com que a sub-região seja uma ilha agrícola no meio da caatinga (ANDRADE, 1973, p. 49).

Outro autor que destacou a singularidade desta região foi Josué de Castro ao investigar os problemas da área alimentar do sertão nordestino:

Nas montanhas mais altas, a maior pluviosidade e principalmente a estrutura diferente do solo dão origem a uma vegetação de aspecto mais doce, com tons de verde mais úmido e carregado. Vegetação higrófila, semelhante à das zonas de brejo. Nestas áreas, onde a altitude subverte o quadro climato-botânico da região, alteiam-se em capões outras espécies arbóreas, algumas delas frutíferas [...], constituindo verdadeiros oásis de alta significação na vida econômico-social do sertão semideserto. São os oásis de verdura dos flancos das serras do Araripe, de Baturité e da Borboreba (CASTRO, 2008, P. 166-167, grifo nosso)

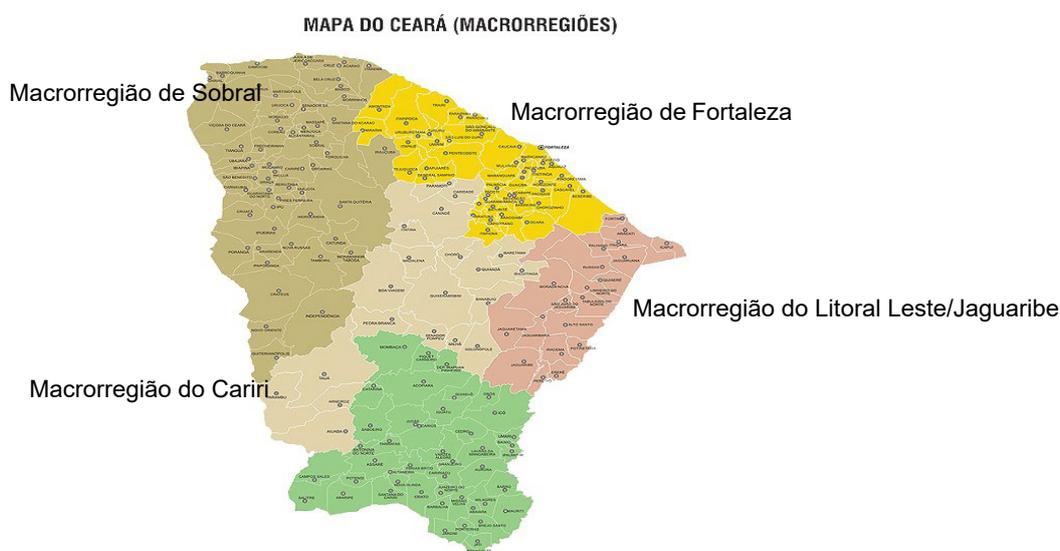
No plano institucional, também é possível encontrarmos algumas tentativas de regionalização. De acordo com o Instituto de Planejamento do Ceará o Cariri constitui uma região geoeconômica localizada ao Sul do estado Ceará, sendo formado por 28 municípios e com uma superfície de 17.556 Km². Para o IBGE a microrregião homogênea do Cariri é formada por cinco municípios: Crato, Barbalha, Juazeiro do Norte, Missão Velha e Jardim. O Banco do Nordeste considera o Cariri o conjunto formado pelas cinco microrregiões homogêneas do IBGE: a) Sertão Salgado; b) Serra de Caririáçu; c) Sertão do Cariri; d) Chapada do Araripe; e) Cariri. Esta regionalização abrange 33 municípios e uma área de 19.364 Km² (MENEZES, 2007).

Nestas condições, observa-se que todas as tentativas de recortar espacialmente o Cariri cearense, convergem quanto a relação desta região com a Chapada do Araripe, o clima, a bacia sedimentar, as fontes de água e a ocupação humana, fatores que contrastam este espaço com o entorno semiárido.

O Cariri no Plano Diretor de Regionalização da saúde

Uma outra proposta de regionalização para o Cariri, desta vez atendendo as demandas do setor saúde, está contida no PDR/CE. Definido inicialmente em 2006, e reformulado em 2011 e em 2014, este documento regulamenta o processo de assistência à saúde da população no estado do Ceará. Neste sentido, a organização dos serviços obedece ao seguinte desenho regional:

MACRORREGIÕES DE SAÚDE DO CEARÁ



Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (2014)

Atualmente o Ceará está dividido em 05 (cinco) macrorregiões de saúde. Em 2014 foi aprovado pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB) a criação da macrorregião do Litoral Leste/Jaguaribe. Estes territórios são formados por um conjunto de microrregiões que convergem para os seus respectivos polos terciários (centros urbanos de referência). Cada polo terciário abrange serviços especializados e de alto custo, como serviços de urgência e emergência, acesso à quimioterapia, radioterapia, exames hemodinâmicos, medicina nuclear etc.

As microrregiões, por sua vez, são formadas por um conjunto de municípios limítrofes, agrupados de acordo com os seguintes critérios: malha viária; proximidade dos municípios; deslocamento da população aos serviços de saúde; capacidade máxima dos serviços de saúde existente nos municípios; disposição política para pactuação (CEARÁ, 2014). Estas microrregiões têm como diretrizes oferecer a atenção básica em cada município (através da Estratégia Saúde da Família e dos hospitais de pequeno porte) e organização da atenção secundária, com serviços hospitalares e ambulatoriais especializados de média complexidade.

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) é o documento que expressa as responsabilidades dos municípios e do poder estadual para a assistência à saúde da população. A garantia de uma atenção integral à saúde depende do bom funcionamento deste mecanismo. Assim, o fluxo de usuários é previamente controlado mediante uma rede regionalizada e hierarquizada.

Na presente pesquisa, optamos como recorte espacial a macrorregião do Cariri, situada na porção Sul do estado do Ceará. Esta macrorregião é composta por 05 (cinco) microrregiões, cada qual sob a área de influência de um município-polo.

MICRORREGIÕES DE SAÚDE DO CARIRI, ESTADO DO CEARÁ

Nº da Região no Estado	Microrregiões	Nº de Municípios	População
17	Icó	07	170.862
18	Iguatu	10	315.459
19	Brejo Santo	09	210.666
20	Crato	13	332.742
21	Juazeiro do Norte	06	412.620
TOTAL	05	45	1.442.349

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (2014)

Esta regionalização define o Cariri cearense como uma área que abrange 45 municípios e uma população de 1.442.349 usuários assistidos. O PDR/CE tipifica cada município de acordo com o seu perfil assistencial (técnico e financeiro) e estabelece o sistema de referência e contra-referência de usuários para os estabelecimentos de saúde.

Na macrorregião do Cariri, o núcleo urbano formado pelos municípios de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha (Crajabar), concentra os serviços médicos de alta complexidade tecnológica e por sua vez o maior número de usuários atendidos. Isto se deve a destacada dinâmica urbana deste núcleo em relação ao entorno regional. É considerado um território estratégico tanto para os projetos do capital como para as políticas públicas, pois nele estão localizados os hospitais de grande porte, clínicas médicas e centros de ensino. O caso mais evidente é o Hospital Regional do Cariri, a maior unidade hospitalar do sertão semiárido nordestino com seus 27.126,47 m² e 294 leitos.

HOSPITAIS DE REFERÊNCIA MACRORREGIONAL NO CARIRI CEARENSE

Hospital	Localização	Natureza Jurídica
Hospital São Raimundo	Crato	Filantrópico
Hospital São Lucas	Juazeiro do Norte	Público
Hospital Regional do Cariri	Juazeiro do Norte	Público
Hospital São Vicente de Paulo	Barbalha	Filantrópico
Hospital e Maternidade Santo Antônio	Barbalha	Filantrópico
Hospital do Coração do Cariri	Barbalha	Filantrópico

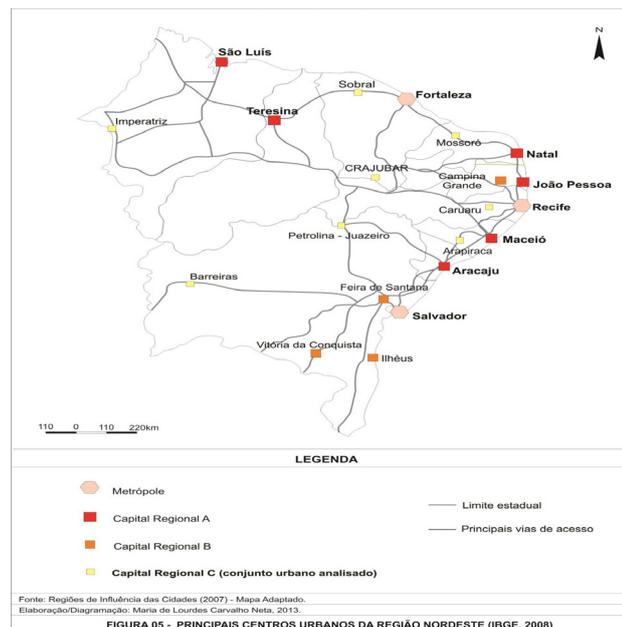
Fonte: Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Ceará (2017)

O Crajabar funciona como um polo de atração para as mais diversas atividades. Do ponto de vista natural, o vale úmido da Sub-Bacia do Araripe dá um caráter excepcional a região. No aspecto turístico, é para muitos a “Meca do Nordeste” ou a “Metrópole da Fé”, devido ao magnetismo gerado pelo número de fiéis nas romarias do Padre Cícero.

Deslocado física e territorialmente em relação às principais capitais do nordeste brasileiro (há que se destacar uma posição de equidistância), o Crajabar constitui-se como uma centralidade emergente para as demandas, atividades e fluxos de caráter metropolitano (QUEIROZ, 2013). Observando-se o quadro regional do nordeste brasileiro e a disposição de seus principais centros urbanos, o Crajabar é definido como uma Capital Regional C, dada a sua importância econômica e social para o entorno semiárido.

Queiroz (2013), ao estudar a formação da região metropolitana do Cariri (definido por força da Lei Complementar Nº 78 de 29 de junho de 2009) - um aglomerado urbano de porte médio no país, mas de destacada posição geográfica nos sertões centrais do nordeste brasileiro, aponta para uma dinâmica urbana e industrial recente nesta região. E neste contexto insere-se o complexo regional do setor saúde.

PRINCIPAIS CENTROS URBANOS DA REGIÃO NORDESTE



Fonte: Região de Influência das Cidades. Adaptado de Queiroz (2013)

Menezes (2007) também chama a atenção para o fato do triângulo Crajubar exercer forte influência sobre os municípios do Ceará e de outros estados, posto que está localizado na divisa com Pernambuco, Piauí e Paraíba. Uma cidade ou núcleo urbano através da sua rede de infraestrutura e serviços polariza as demais áreas, uma concepção que se aproxima daquela defendida por Christaller (1966) sobre a Teoria do Lugar Central. Nestes termos, o Cariri definido pelo PDR/CE é um recorte territorial da área de influência do Crajubar na prestação de serviços de saúde no âmbito estadual.

Considerações finais

Qualquer tentativa de recortar espacialmente o Cariri cearense implica o risco de excluir aspectos significantes de um quadro regional complexo. A mobilidade de fronteiras é fruto de sua singularidade natural e social. Em geral, tem-se como referência a porção Sul do estado do Ceará que se diferencia do entorno regional por ser um vale úmido em meio ao sertão semiárido nordestino. Do mesmo modo, o triângulo urbano Crajubar é um marco da diferença e da influência do Cariri sobre outros territórios.

A regionalização que ora apresentamos concebe o Cariri como um território de 45 municípios, um recorte ampliado comparado a outras delimitações já feitas sobre a região. Isto se deve ao modelo organizativo do SUS que, com base na regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, tem no Crajubar um núcleo urbano de referência no âmbito estadual, ao lado de outros polos como Fortaleza e Sobral. O Crajubar, desta feita, preenche uma enorme demanda assistencial por serviços de saúde de alta complexidade tecnológica por ser um centro urbano de referência no interior do nordeste brasileiro e no estado do Ceará em especial.

Tendo como desafio oferecer serviços de saúde de qualidade para a população, o SUS apoia-se na regionalização como uma importante estratégia organizacional. Para tanto, os limites geográficos devem atender da forma mais próxima possível a dinâmica serviço-oferta-território, rompendo com barreiras burocráticas e voltando-se para o território usado pelos usuários através do seu lugar geográfico. No caso do Ceará, tal como ocorre em outros estados da federação, tem-se um centro urbano atuando polo de atração de usuários e serviços, cuja área de influência forma a região de saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Manuel Correia de. A Terra e o Homem no Nordeste. 3º Ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1973

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1988.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, jun. 2011

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS. SUS 01/01. Portaria MS/GM 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. Brasília, DF, jan. 2001

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS. SUS 02/02. Portaria MS/GM 373, de 27 de fevereiro de 2002. Brasília, DF, fev. 2002

_____. Portaria GM/MS 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília, DF, fev. 2006
CASTRO, Josué de. Geografia da fome – o dilema brasileiro: pão ou aço. 8ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008

CEARÁ. Lei Complementar Nº 78, de 26 de junho de 2009. Dispõe sobre a criação da Região Metropolitana do Cariri, cria o Conselho de Desenvolvimento e Integração e o Fundo de Desenvolvimento e Integração da Região Metropolitana do Cariri – FDMC, altera a composição de microrregiões do estado do Ceará e dá outras providências. Fortaleza, CE, jun. 2009

CEARÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Revisão do Plano Diretor de Regionalização das Ações e Serviços de Saúde. Fortaleza: SES/CE, 2014. Disponível em <<http://www.saude.ce.gov.br>> Acesso 15 de dezembro de 2017

CEARÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Hospitais Polo. Fortaleza, 2017. Disponível em <<https://www.saude.ce.gov.br/2017/10/31/hospital-polos/>> Acesso em 29 de novembro de 2018

CHRISTALLER, Walter. Central Places in Soutthen Gemany. New Jersey: PrenticeHall, 1966

CORRÊA, Roberto Lobato. Região e organização espacial. São Paulo: Editora Ática, 1986

GIL, Antonio C.; LICHT, René H. G.; YAMAUCHI, Nancy I.; Regionalização da saúde e consciência regional. Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, Uberlândia, v.2 n.3, p.35-46, dez. 2006

GUIMARÃES, Raul Borges. Regiões de saúde e escalas geográficas. Cadernos de Saúde Pública. v. 21, n. 4, jul/ago. 2005. p. 1017-1025

HAESBAERT, Rogério. Regional Global: dilemas da região e da regionalização na geografia contemporânea. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010

MENEZES, Eidth de Oliveira. O Cariri cearense. In: SILVA, José Borzacchiello da; CAVALCANTE, Tércia Correia; DANTAS, Eustógio Wanderley Correia. (Org). Ceará: um novo olhar geográfico. 2 ed. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2007, p. 339-363

QUEIROZ, Ivan da Silva. A metrópole do Cariri: institucionalização no âmbito estadual e a dinâmica urbano-regional da aglomeração Crajubar. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Urbano. Universidade Federal de Pernambuco: UFPE, 2013

RAFFESTIN, Claude. Por uma geografia do poder. São Paulo: Ática, 1993

SANTOS, Milton. A natureza do espaço: espaço e tempo, razão e emoção. 4ª ed. São Paulo: Edusp, 2012

_____. SILVA, Maria Laura. O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. Milton Santos e Maria Laura Silveira. Rio de Janeiro: Record, 2001

ESPACIALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DOS USUÁRIOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LONDRINA-PR: COMO ESTES ACESSAM SEUS SERVIÇOS?

GEOGRAPHICAL SPACIALIZATION OF UNIVERSITY HOSPITAL USERS IN LONDRINA-PR: HOW DO THEY ACCESS THE HOSPITAL SERVICES

José Roberto Machado
IFSC - Jaraguá do Sul
jose.machado@ifsc.edu.br

ABSTRACT: The present study was conducted in the city of Londrina, and it aims to identify users' origin and ways of accessing the medical services provided by the University Hospital (UH) of Londrina State University. The qualitative study was made with patients who were hospitalized or were cared for at the emergency room during the year 2013, using the nonprobability sampling method for convenience. Most interviewed users, 76.8%, are from Londrina, while 23.2% are from other cities - including those from the 17th health district and also from other health districts in the state of Paraná. Self-owned car, car owned by relatives or friends was the means of transport most often employed by users to gain access to UH health services - 65.2%. The possibility of using the car can be explained by the advantages of speed of mobility and comfort to cope with weather conditions, thus giving users a higher chance of attendance or avoiding delays in scheduled appointments and / or procedures.

KEYWORDS: Londrina; University Hospital; Geography; Health.

O presente trabalho foi realizado na cidade de Londrina, objetivando identificar a procedência e as formas de acesso aos serviços das pessoas aos serviços do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina – HU/UEL. Através deste, busca-se compreender as formas de acesso dos pacientes dos municípios da Regional de Saúde onde o HU está inserido, assim como também fora dela.

Atualmente para a efetivação da atenção à saúde é preciso visualizar a questão da acessibilidade aos serviços, aqui considerados a partir das características econômicas, da disponibilidade de serviços de atendimento e na capacidade física instalada de atender as unidades básicas de saúde. A acessibilidade pode ser vista ainda como aquela resultante da relação entre a localização dos serviços de atendimento em saúde e a localização dos usuários/pacientes, levando em consideração os recursos disponíveis, a existência de transporte público e/ou privado, condições de trafegabilidade, tempo, distância e custo de viagem – acessibilidade geográfica.

A saúde não pode ser vista apenas como um cuidado que se presta nos estabelecimentos próprios para a atividade de cura e prevenção. Deve ser uma tarefa multidisciplinar, onde intervêm diversos profissionais. A saúde é, antes de tudo, um estado de equilíbrio com tudo o que nos cerca, estando às desigualdades de toda espécie na raiz dos problemas coletivos nesta área. A Geografia não poderá, portanto, eximir-se da tarefa de explicitar estas desigualdades, como forma de contribuir para sua diminuição, trabalhando o espaço e tornando explícitas as condições sociais e físicas que envolvem os problemas humanos.

O acesso aos serviços de saúde condiciona a uma reflexão sobre o acesso geográfico, cultural, econômico e funcional, aos fluxos de utilização e as desigualdades socioespaciais em saúde. O município de Londrina caracteriza-se como polo regional de crescimento urbano, econômico e de serviços. Nesse aspecto, há um grande fluxo de pessoas que buscam por serviços de saúde especializados de média e alta complexidade, visto que suas necessidades não são supridas em seus municípios de origem. Diante disso, escolheu-se o HU de Londrina para a realização deste

trabalho, caracterizando o perfil destes serviços, dos usuários e sua trajetória utilizada para a utilização destes serviços.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para a realização do presente trabalho, utilizou-se a perspectiva metodológica de Gerhardt (2000) que apresenta três níveis de análise: o primeiro é formado por uma análise dos diferentes aspectos do contexto da área estudada. Primeiramente apresentou-se a caracterização socioeconômica e demográfica e das condições dos serviços de saúde disponível, que contribuíram para a contextualização do trabalho. No segundo, foi realizada uma descrição e análise da situação dos serviços de saúde Londrina, demonstrando o perfil socioeconômico e demográfico, as políticas públicas de saúde vigente, o perfil epidemiológico e a rede de serviços de saúde. Por fim, o terceiro compreendeu a descrição e a análise do processo de utilização dos serviços dos serviços de saúde.

O método de amostragem escolhido foi definido como uma amostra não-probabilística, pois para Mattar (1997, p. 76), é “aquela em que a seleção dos elementos da população para compor a amostra depende, ao menos em parte, do julgamento do pesquisador”. Dentre os tipos de amostra não-probabilística optou-se pela amostra por conveniência ou acidental, onde segundo Mattar (1997, p. 77), “o elemento pesquisado foi auto-selecionado, ou selecionado por estar disponível no local e no momento em que a pesquisa estava sendo realizada”. Esse tipo de amostragem foi utilizado devido ao pouco tempo para realização da pesquisa e também por esta ser de baixo custo.

A população entrevistada foi composta por usuários do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. O estudo qualitativo foi realizado com os pacientes que estavam internados ou foram atendidos no Pronto-Socorro no decorrer no ano de 2013. O número de usuários se manteve constante ao longo do período de coleta de dados, pois não ocorreu nenhuma sazonalidade que pudesse interferir substancialmente. A opção foi entrevistar todos os usuários que se prontificaram a colaborar com a pesquisa, num determinado momento a espera de atendimento e/ou internados. Os usuários/pacientes que estavam impossibilitados de responder às questões, pela própria condição física ou no caso de crianças, foram representados por seus responsáveis.

A amostra foi selecionada por conveniência, determinando-se a quantidade de entrevistas em função dos fatores como tempo, recursos, logística, entre outros. A amostra totalizou 250 usuários/pacientes atendidos no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina – UEL. Foi aplicada uma entrevista semi-estruturada com questões fechadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para entender os motivos da busca pelos serviços do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina, julgou-se importante num primeiro momento identificar a procedência e as formas de acesso dos usuários ao referido hospital. Para atingir esse objetivo, foi aplicado um questionário na qual seu resultado foi tabulado, quantificado e analisado.

Sobre a procedência dos usuários entrevistados, identificou-se que a maioria, 76,8%, é de Londrina, enquanto 23,2% são de outros municípios – incluídos os da 17ª RS e também de outras regionais de saúde do Paraná. Ao buscarem em Londrina os serviços de média e alta complexidade do HU confirmam que a cidade é vista como polo de referência em serviços de saúde nas diferentes complexidades. Assim, o congestionamento no atendimento do HU é causado principalmente por usuários que residem na própria cidade onde está inserido o hospital, ocasionando o aumento da espera por atendimento.

Entre os entrevistados, 93,3% residem na sede municipal de Londrina enquanto 6,7% residem na área rural ou nos distritos pertencentes ao município. Os residentes na sede estão distribuídos por diferentes bairros pela cidade, porém, houve um maior número de entrevistado

no bairro Cinco Conjuntos (Figura 01). Essa grande quantidade de usuários residentes na cidade de Londrina ocorreu devido à proporção de habitantes na área urbana em relação à área rural, aos distritos e demais municípios da 17ª RS como também pela facilidade de acesso aos serviços do HU.

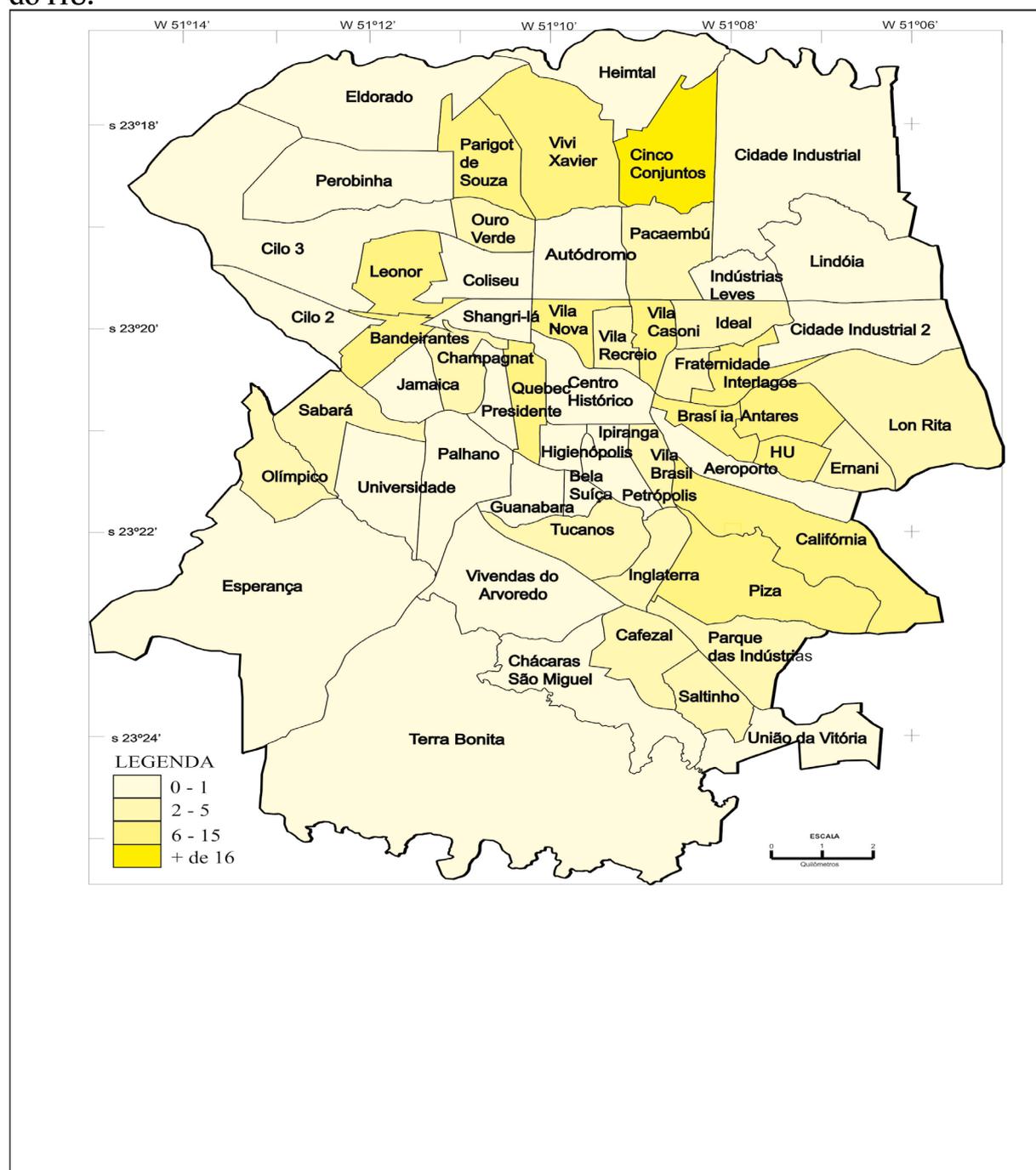


Figura 01 - Número de usuários entrevistados por bairro em Londrina, 2013.

Fonte: Atlas Ambiental de Londrina. Adaptado pelo autor.

Considerando o total de atendimentos realizados pelo HU no período de 2000 à 2013, percebe-se que a maioria dos pacientes é proveniente da cidade de Londrina, representando 76,4% dos atendimentos (Tabela 01 e Figura 02). Entretanto, pode-se observar na tabela abaixo assim como no gráfico, que houve uma oscilação no número de atendimento ao longo do período analisado, porém comparando os anos de 2000 e 2013 houve uma redução de 7,3% no número de atendimentos.

Tabela 01 - Número de atendimentos e porcentagem dos pacientes de Londrina e demais municípios atendidos no ambulatório do HU e HC, no PS e internados, no período de 2000 à 2013.

ANOS	LONDRINA		DEMAIS MUNICÍPIOS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2000	160.566	78,3%	44.364	21,7%	204.930	100,0%
2001	127.228	78,1%	35.713	21,9%	162.941	100,0%
2002	132.151	76,7%	40.052	23,3%	172.203	100,0%
2003	159.202	76,1%	49.287	23,9%	208.489	100,0%
2004	151.276	75,9%	48.007	24,1%	199.283	100,0%
2005	142.444	75,8%	45.294	24,2%	187.738	100,0%
2006	154.640	77,1%	45.952	22,9%	200.592	100,0%
2007	150.800	77,9%	42.694	22,1%	193.494	100,0%
2008	142.059	77,1%	42.000	22,9%	184.059	100,0%
2009	132.762	76,1%	41.695	23,9%	174.457	100,0%
2010	135.939	76,2%	42.365	23,8%	178.304	100,0%
2011	146.257	77,1%	43.338	22,9%	189.595	100,0%
2012	145.493	75,3%	47.620	24,7%	193.113	100,0%
2013	137.938	72,6%	51.924	27,3%	189.862	100,0%
TOTAL	2.018.755	76,4%	620.305	23,6%	2.639.060	100,0%

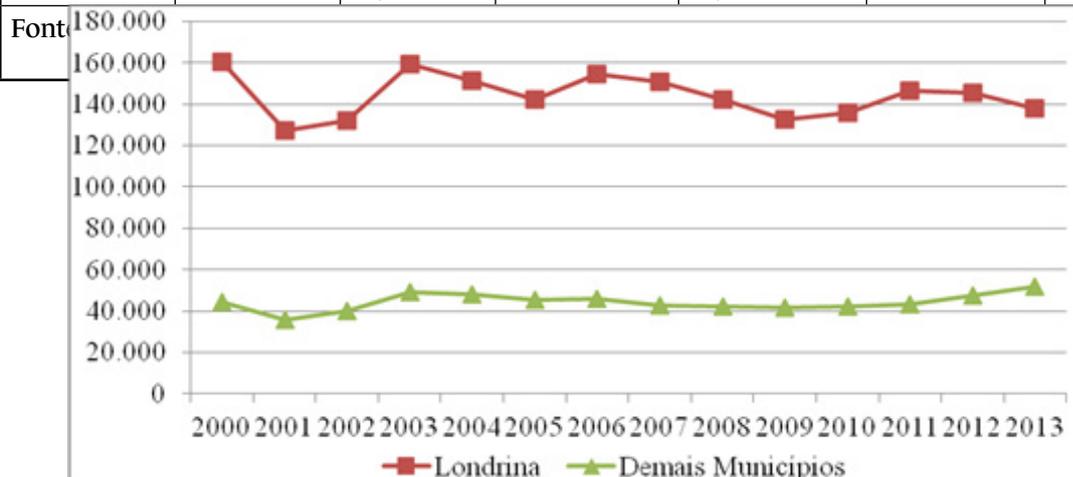


Figura 02 - Número de atendimentos e porcentagem dos pacientes de Londrina e demais municípios atendidos no ambulatório do HU e HC, no PS e internados, no período de 2000 a 2013.

Fonte: SAME, Hospital Universitário de Londrina.

Tal fato pode ser explicado em função da expansão do Hospital nos últimos anos, pela melhoria na rede de serviços da gestão de saúde de Londrina, com a ampliação do Hospital Zona Norte para 4,9 mil m², iniciada em 2007 aumentando a capacidade de atendimento, o número de leitos de internação subiu dos 30 para 65 e novas especialidades e do Hospital Zonal Sul que foi ampliado em 2009, onde sua área construída passou de 1,5 mil para 5,6 mil m², resultando também no acréscimo de leitos, que passam de 41 para 130.

Por outro lado, houve um aumento de 7% no número de atendimentos de pacientes provenientes de outros municípios. Esse fato pode ser explicado em razão de serem municípios pequenos com recursos limitados, onde a população tem acesso às UBS, Centro de Saúde ou um

hospital Municipal ou particular com leitos pelo SUS com poucas especialidades, fazendo com que a população se dirija ou seja encaminhada para o HU, como afirma a usuária A:

Olha meu filho, a gente mora em cidade pequena, lá só tem um postinho de saúde e faz o atendimento geral e não tem nenhum hospital. Então quando a gente fica doente e que precisa de um atendimento melhor a gente vem pra Londrina. Eu mesma vim pro HU, mas conheço pessoas que vão pro HZN ou HZS. Lá é mais fácil de conseguir atendimento. Aqui só se for mais grave mesmo ou se tiver encaminhamento do posto de saúde.

Analisando a questão da procedência dos usuários dos serviços do HU para o período compreendido entre 2000 à 2013, percebe-se um incremento dos pacientes provenientes dos municípios pertencentes a 17ª RS, perante os demais municípios de outras regionais do estado do Paraná e até de outros estados brasileiros (Tabela 02).

Do total dos 2.639.606 milhões de atendimentos realizados pelo HU no período estudado, os municípios da 17ª RS representaram 93,1% com pouca variação para mais ou para menos ao longo dos 13 anos, atendendo entre 151 a 191 mil atendimento por ano, demonstrando a importância que o hospital possui para a região.

Entretanto, considerando o período analisado, houve uma redução de 8% no número de atendimento dos pacientes da 17ª RS, passando de 189.846 em 2000 para 174.768 em 2013.

Tabela 02 - Número e porcentagem dos pacientes atendidos no ambulatório, PS e internados no HU e HC em Londrina, no período de 2000 a 2013.

ANOS	17ª RS	%	Outras Regionais	%	Outros Estados	%	TOTAL	%
2000	189.846	92,6%	14.700	7,2%	384	0,2%	204.930	100%
2001	151.284	92,9%	11.269	6,9%	388	0,2%	162.941	100%
2002	158.194	91,9%	13.667	7,9%	342	0,2%	172.203	100%
2003	191.946	92,1%	16.211	7,8%	332	0,1%	208.489	100%
2004	184.702	92,7%	14.319	7,2%	262	0,1%	199.283	100%
2005	175.138	93,3%	12.426	6,6%	174	0,1%	187.738	100%
2006	188.206	93,8%	12.163	6,1%	223	0,1%	200.592	100%
2007	182.045	94,1%	11.275	5,8%	174	0,1%	193.494	100%
2008	171.434	93,1%	12.434	6,8%	161	0,1%	184.059	100%
2009	163.391	93,7%	10.927	6,2%	139	0,1%	174.457	100%
2010	167.786	94,1%	10.389	5,8%	129	0,1%	178.304	100%
2011	178.210	94,0%	11.213	5,9%	172	0,1%	189.595	100%
2012	180.058	93,2%	12.913	7,6%	142	0,1%	193.113	100%
2013	174.768	92,1%	14.952	7,8%	142	0,1%	189.862	100%
TOTAL	2.457.008	93,1%	178.858	6,8%	3.164	0,1%	2.639.606	100%

Fonte: SAME, Hospital Universitário de Londrina. Org.: O autor.

Essa redução pode ser explicada pela alteração na política de atendimento do SUS pelos municípios, implicando maior rigor no respeito à regionalização estabelecida. Exige-se uma autorização dos pacientes de uma regional de saúde que vai ser transferido ou encaminhado para outra regional onde será realizado o procedimento ou tratamento estabelecendo dessa forma uma adequação dos recursos que financiam a saúde, assim como os motivos elencados anteriormente, como a ampliação do HZN e HZS.

Por outro lado, em função dos acordos – pactos pela saúde – estabelecidos pelo SUS entre os municípios e entre as regionais de saúde, há um número razoável de pacientes de outras RS, tais como a de 15ª RS de Maringá, 16ª RS de Apucarana, 18ª RS de Cornélio Procópio, 19ª RS de Jacarezinho, 22ª RS de Ivaiporã, entre outras, que buscam por serviços médicos no HU como

também são encaminhados por suas RS com variação para mais ou para menos de 10 à 16 mil por ano.

De um modo geral, para pacientes oriundo de outras regionais do estado, houve algumas oscilações para o período analisado, saindo de 14.700 no ano de 2000, para 16.211 em 2003, 10.389 em 2010 e terminando com 14.952 em 2013. Percebe-se um pequeno aumento no número de atendimentos realizados pelo HU em pacientes de outras regionais de saúde do Paraná, correspondendo à 1,6% em todo o período. Para os municípios de outros estados brasileiros houve uma redução de 63%, passando de 384 atendimentos em 2000 para 142 em 2013, devido à pactuações das Comissões Intergestoras Bipartite-CIBs, Tripartite-CITs e Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade-APACS.

Os pacientes de outros estados não tem representatividade expressiva considerando o total dos atendimentos. Porém é importante analisar esses deslocamentos, pois alguns desses usuários residem a mais de dois mil quilômetros de distância de Londrina, como no caso dos residentes nos estados do Acre, de Rondônia e do Ceará (Figura 03) que buscaram no Hospital serviços mais complexos e especializados.

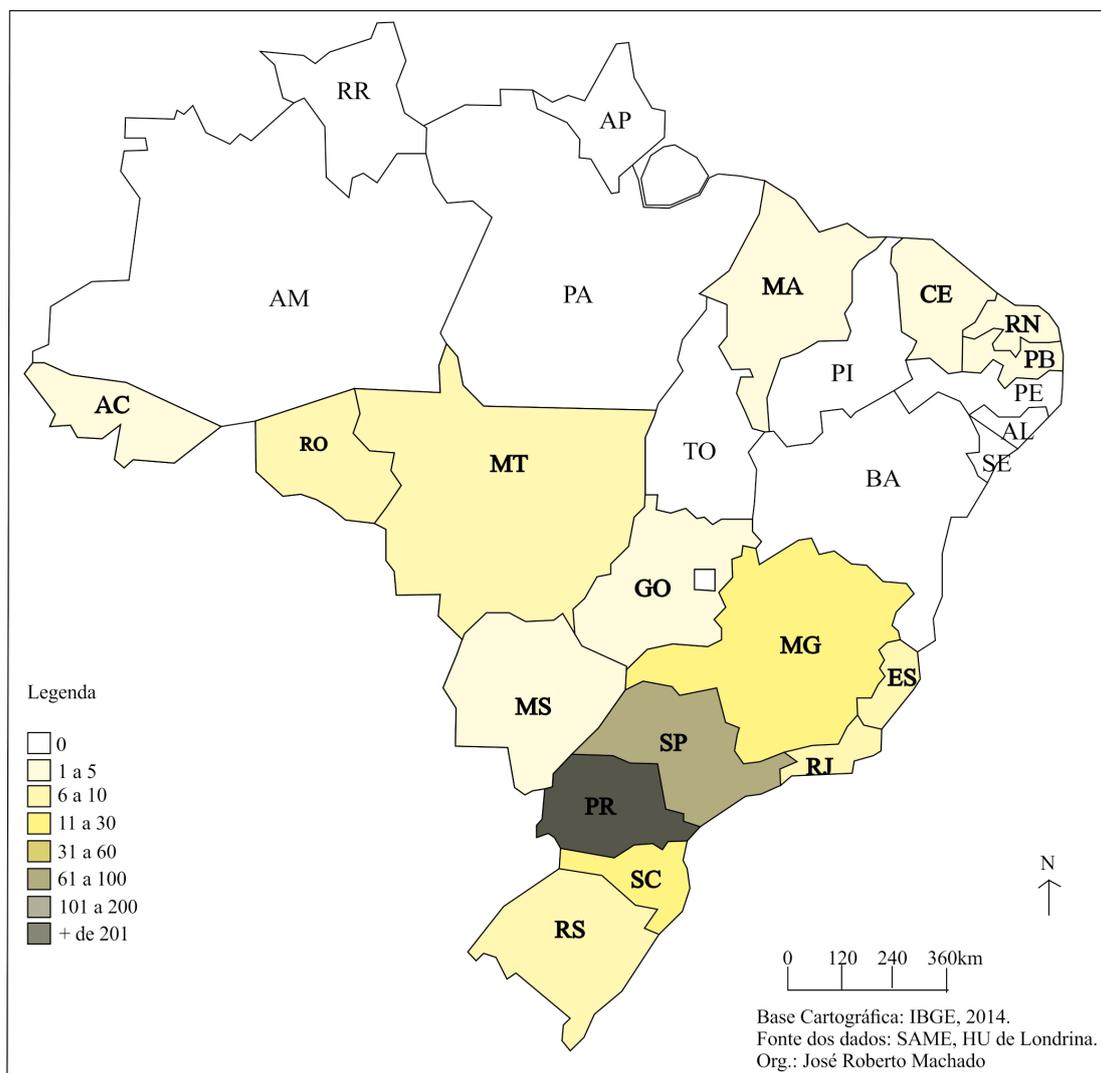


Figura 03 - Total de procedimentos de consultas médicas e não médicas realizadas no Pronto Socorro, Ambulatório do HU, AHC e Internações por Estado, 2013.

Fonte: SAME, Hospital Universitário de Londrina.

Para esses casos, levanta-se a questão de pacientes que iniciaram o tratamento no HU e por motivos profissionais ou familiares transferiram residência para esses estados ou que estavam visitando familiares em Londrina e aproveitaram para fazer uso dos serviços médicos utilizando o endereço dos familiares. Outro motivo a ser destacado é o fato de muitos estudantes hoje residentes em outros municípios ou estados que cursaram medicina na UEL ou que fizeram

residência médica no HU, e ao retornarem para suas cidades, encaminham ou indicam o HU para seus pacientes pela quantidade de especialidades e qualidade dos serviços prestados, assim como também pelos serviços de alta complexidade encontrados no hospital.

O Estado do Paraná é regionalizado em 22 Regionais de Saúde (Tabela 03), que administram os recursos e os atendimentos de saúde pelo território dos seus 399 municípios. Como apresentado nas tabelas 22, 23 e 24, muitos municípios da 17ª RS contam com baixo número populacional e conseqüentemente poucos serviços de saúde, principalmente voltados à Atenção Primária à Saúde.

Essa é a realidade enfrentada por centenas de municípios do Paraná como também de milhares do Brasil. Esse fato acaba gerando um fluxo de pessoas em busca por serviços mais especializados e complexos nas cidades maiores que oferecem determinados tipos de serviços de saúde. Há ainda, algumas regiões no Paraná que não contam com estrutura física, humana e de materiais para determinados procedimentos, levando-as a encaminharem centenas de pacientes que necessitam de cuidados mais especializados e complexos em outras regionais, como a de Londrina.

Tabela 03 - Número de atendimentos realizados pelo HU de Londrina de acordo com as regionais de Saúde do Estado do Paraná, 2013

Regional de Saúde/Sede	Núm Mun	Mun. Atend	Ambulatório			PS	Inter.	Total	%
			AHC	HU	DASC				
1ª Paranaguá	07	3	2	1	0	0	0	3	0,00%
2ª Curitiba	29	8	8	10	1	12	4	35	0,02%
3ª Ponta Grossa	12	7	5	19	0	1	9	34	0,02%
4ª Irati	09	1	0	2	0	0	1	3	0,00%
5ª Guarapuava	22	9	3	11	0	1	4	19	0,01%
6ª União da Vitória	09	2	0	0	0	2	2	4	0,00%
7ª Pato Branco	15	4	3	19	0	0	6	28	0,02%
8ª Francisco Beltrão	27	4	3	11	0	2	4	20	0,01%
9ª Foz do Iguaçu	09	5	2	9	0	1	5	17	0,01%
10ª Cascavel	23	6	9	42	0	11	15	77	0,05%
11ª Campo Mourão	25	12	97	82	0	12	31	222	0,14%
12ª R.S. Umuarama	21	19	86	40	0	15	32	173	0,11%
13ª R.S. Cianorte	11	10	117	101	0	27	50	295	0,19%
14ª R.S. Paranaíba	20	21	192	124	0	42	59	417	0,27%
15ª R.S. Maringá	29	28	381	361	0	106	182	1.030	0,66%
16ª Apucarana	16	16	1212	900	1	286	311	2.710	1,74%
17ª Londrina	19	21	69.264	20.065	11.436	32.064	10.236	143.065	91,78%
18ª Cornélio Procopio	23	21	2345	1017	1	352	338	4053	2,60%
19ª Jacarezinho	22	22	1145	727	2	332	325	2.531	1,62%
20ª Toledo	18	9	28	42	0	3	16	89	0,06%
21ª Telêmaco Borba	07	6	90	49	0	14	11	164	0,11%
22ª Ivaiporã	17	17	544	196	0	78	76	894	0,57%
TOTAL		263	75.536	23.828	11.441	33.361	11.717	155.883	100,0%

Fonte: SAME, Hospital Universitário de Londrina. Org.: O autor

As informações contidas na tabela 03 demonstram que a grande maioria dos pacientes que buscam atendimento no HU é oriunda dos municípios no perímetro regionalizado pela 17ª RS, com 91,78% do total de atendimentos. Contudo, a 17ª RS recebeu pacientes de todas as RS do Paraná no ano de 2013 (Figura 05).

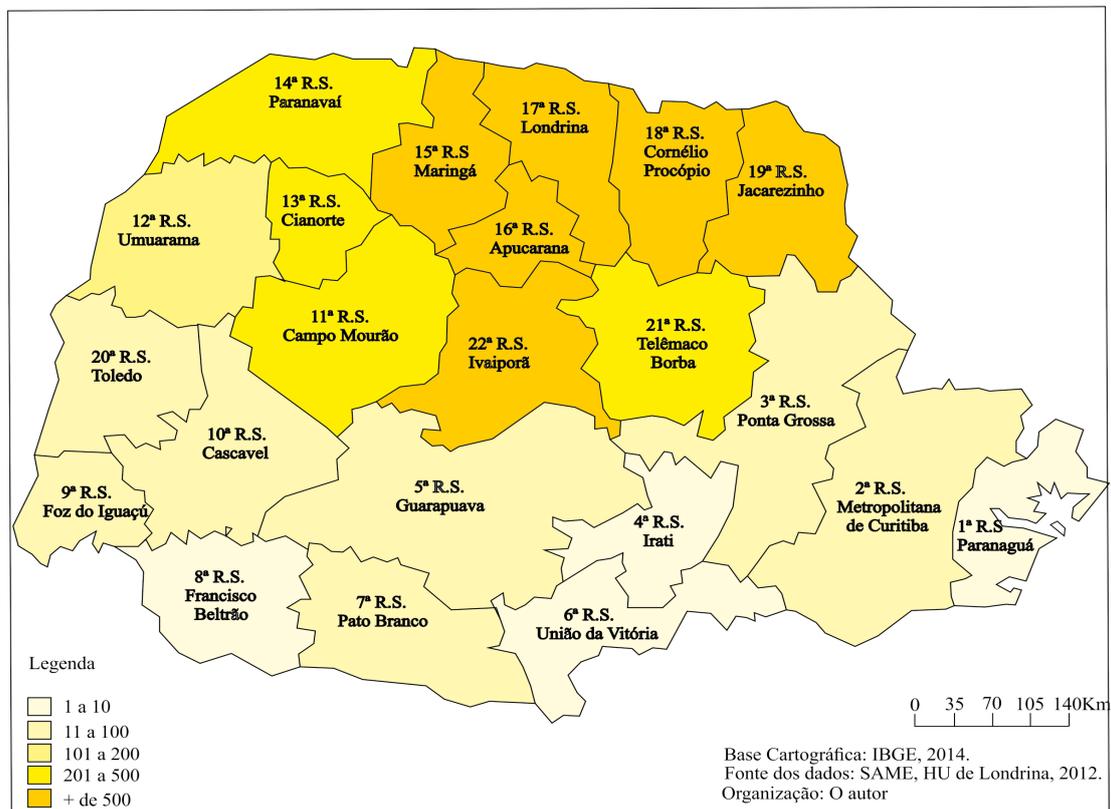


Figura 05 - Procedimentos de consultas médicas não médicas do Pronto Socorro, Ambulatório do HU, AHC, DAS e Internações de pacientes do Paraná, por Regional de Saúde, 2013.

Fonte: SAME, Hospital Universitário de Londrina. Org.: O autor.

As regionais de Cornélio Procópio e Apucarana que são vizinhas de Londrina foram as mais representadas, com 4.053 e 2.710 respectivamente. Interessante destacar ainda, que embora Curitiba seja considerada excelência em saúde, foi representada por 35 pacientes. Talvez não fosse o fato de terem encaminhado todos estes pacientes, mas alguns estavam na cidade e necessitaram de atendimento médico. Mesmo a regional de Maringá que também é um grande centro houve um número significativo de encaminhamentos.

Analisando o número de atendimentos de pacientes apenas da 17ª RS pode-se perceber que 78,92% são de pacientes residentes no município de Londrina. Depois aparece Cambe com 6,96% e Ibiporã com 2,54%. Aqui, a questão da distância e a quantidade de habitantes dessas duas cidades podem auxiliar na explicação para tal fato. Os três municípios juntos totalizam mais de 88% dos atendimentos realizados no HU, AHC, DASC do ano de 2013 (Tabela 04).

Tabela 04 - Número total de pacientes dos Municípios da 17ª RS atendidos no HU, AHC e DASC, 2013

Cidades	AHC	HU	DASC	PS	INT.	TOTAL	%
Alvorada do Sul	389	150	0	87	52	678	0,38%
Assaí	597	254	0	93	91	1.035	0,59%
Bela Vista do Paraíso	817	284	4	153	119	1.377	0,78%
Cafeara	152	32	0	28	18	230	0,13%
Cambe	7.306	2.607	62	1.415	790	12.180	6,96%
Centenário do Sul	1.117	238	0	131	83	1.569	0,89%
Florestópolis	570	172	0	125	83	950	0,54%
Guaraci	322	98	0	61	52	533	0,30%
Ibiporã	2.157	1.278	8	621	388	4.452	2,54%
Jaguapitã	1.062	487	0	134	117	1.800	1,02%

Jataizinho	816	261	0	226	111	1.414	0,80%
Londrina	56.599	30.100	15.440	28.317	7.482	137.938	78,92%
Lupionópolis	293	87	0	39	29	448	0,25%
Miraselva	112	40	0	27	27	206	0,11%
Pitangueiras	85	7	0	8	7	107	0,06%
Porecatu	633	281	0	121	94	1.129	0,64%
Prado Ferreira	471	88	0	54	38	651	0,37%
Primeiro de Maio	766	129	0	106	93	1.094	0,62%
Rolândia	2.126	937	15	400	261	3.739	2,13%
Sertanópolis	1.301	368	0	217	148	2.034	1,16%
Tamarana	651	167	0	233	153	1.204	0,68%
TOTAL 17ª R.S.	78.342	38.065	15.529	32.596	10.236	174.768	100,00%

Fonte: SAME, Hospital Universitário de Londrina. Org.: O autor

Os números de Londrina mencionados acima permite-se dizer que não há diferença no atendimento das pessoas que residem na área urbana ou na área rural nos serviços de saúde do Hospital. O fato de as pessoas morarem na área rural do município de Londrina não as impedem de transpor as dificuldades impostas – acesso geográfico – criando diferentes estratégias para buscar na cidade o atendimento necessário aos cuidados de saúde.

Nesse sentido, é importante a questão do uso, do acesso e da acessibilidade aos serviços de saúde. O uso compreende qualquer contato direto com os serviços médicos, através das consultas médicas e hospitalizações, ou também o indireto, na realização de prevenções e diagnósticos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Para os autores o conceito de acesso é bastante complexo, utilizado em vários casos de maneira errônea e pouco claro quando empregado relacionado ao uso dos serviços de saúde. É um conceito que possui diferentes abordagens e que foi se modificando no decorrer no tempo e de acordo com o contexto. Segundo Donabedian (1973) a acessibilidade é resultado da oferta de serviços relativo à competência de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Neste sentido, a acessibilidade compreende mais que uma simples disponibilidade de recursos num determinado lugar. Diz respeito às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam a sua utilização.

A acessibilidade corresponde a características dos serviços que assumem significado quando analisadas à luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-los. A acessibilidade é, assim, fator da oferta importante para explicar as variações no uso de serviços de saúde de grupos populacionais, e representa uma dimensão relevante nos estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 191).

Contudo, o uso de serviços depende de fatores predisponentes, das necessidades de saúde e de fatores contextuais e seu uso completo – efetivo e eficiente – está relacionado aos fatores individuais e de fatores internos aos serviços de saúde que interferem na qualidade dos serviços prestados.

A utilização dos serviços de saúde é fruto da interação entre o comportamento do usuário que busca por cuidados e do profissional que o conduz no sistema de saúde. Essa busca entendida como comportamento do indivíduo é o responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde e os diferentes profissionais da área serão os responsáveis por possíveis contatos futuros. São os profissionais juntamente com o Conselho Municipal de Saúde que vão definir o tipo e o grau de intensidade dos recursos a serem utilizados na resolução dos problemas de saúde dos pacientes.

Para Pineault R, Daveluy (1986) *apud* Travassos; Martins (2004, p. 190-191) os fatores determinantes para a utilização dos serviços de saúde estão relacionados:

(a) à necessidade de saúde – morbidade, gravidade e urgência da doença; (b) aos usuários – características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), socioeconômicas (renda, educação), culturais (religião) e psíquicas; (c) aos prestadores de serviços – características demográficas (idade e sexo), tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento; (d) à organização – recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatórios), modo de remuneração, acesso geográfico e social; (e) à política – tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema.

O acesso e a utilização de serviços de saúde dependem de um conjunto de fatores que podem ser divididos em determinantes da oferta e determinantes da demanda. De um lado, a oferta é a pré-condição mais importante para a existência dos serviços. A partir da existência física dos serviços de saúde, passam a modular a oferta de acordo com os determinantes citados acima. De outro lado, o que determina a demanda pelo uso dos serviços é condição ou a necessidade de saúde.

O ponto mais importante da demanda acontece quando é percebida pelo usuário a necessidade de cuidados de saúde através da identificação de um problema e se sobrepõe, normalmente, a outras conotações de ordem demográfica e social. A idade é uma das características demográficas mais consideráveis na determinação da utilização das ações e atividade de saúde, fator profundamente relacionado ao estado de saúde, enquanto as questões de gênero, etnia, renda, escolaridade e classe social estão entre os aspectos sociais. Esses fatores conjuntamente determinam (in)diretamente a maneira e quantidade que os serviços de saúde são utilizados no contexto populacional (BALLANTYNE, 1999; MENDONZA-SASSI & BÉRIA, 2001; BARATA et al., 2007a). Esses estudos apontam o acesso como o grau de facilidade que os indivíduos conseguem a utilização dos serviços de cuidados à saúde.

A população que reside nas áreas rurais dos municípios da 17ª RS ou do Município de Londrina procuram estratégias para transpor alguns obstáculos para ter acesso aos serviços médicos. A questão da distância do local de residência até o Hospital interferiu na procura por serviços de saúde, pois 58%, dos usuários entrevistados moram no máximo a 20 km de distância (Tabela 05). Isso demonstra que a maioria dos usuários é residente em Londrina ou nos municípios próximos. Vinte quilômetros não é uma distância muito grande considerando o tamanho do perímetro urbano da cidade de Londrina. Por outro lado, 26% estão no intervalo de 21 a 40 km de distância do HU e outros 13,2% no intervalo de 41 a 50 km, que são principalmente os usuários que residem nos municípios da 17ª RS demonstrando a importância da facilidade geográfica e a questão do transporte, como também as falhas da Atenção Primária à saúde na procura por serviços de saúde.

Tabela 05 - Distância percorrida e tempo gasto pelos entrevistados no HU, 2013.

Distância	Número	%	Tempo	Número	%
0 à 10 km	37	14,8%	0 à 30 min	53	21,2%
11 à 20 km	108	43,2%	31 à 60 min	157	62,8%
21 à 40 km	65	26,0%	61 à 120 min	33	13,2%
41 à 50 km	33	13,2%	+ de 121 min	7	2,8%
TOTAL	250	100,0%		250	100,0%

Fonte: O autor.

Existe uma estreita relação entre o acesso geográfico e a utilização dos serviços de saúde, mas isso não quer dizer que a facilidade do acesso ao serviço de saúde significa sua plena utilização. Por mais próximos que estejam os serviços de saúde da residência do cidadão, este leva em consideração os tipos de serviços oferecidos, ou seja, o nível de complexidade, a qualidade do atendimento e o grau de eficiência que esse serviço proporciona. Caso contrário, o usuário vai procurar outro serviço que lhe agrade, mesmo que seja mais longe. O reconhecimento da

qualidade do serviço recai sobre a comunidade, através da manifestação de amigos e parentes sobre determinados serviços.

Eu fui no postinho lá perto de casa, mas o médico clínico geral me atendeu bem rápido sabe. Tirou minha pressão, olhou minha garganta e fez mais umas perguntinhas lá me indicou um remédio. Não pediu exame e nada. Daí nos primeiros dias quando eu tomei os remédios, até que melhorou. Mas depois voltou a doer de novo. Nisso, conversando com meu vizinho ele disse que no HC é bom. Mas vim aqui e não fui atendido. Disseram que era só com encaminhamento. Fui no postinho e consegui o encaminhamento. Agora to aqui né, vamos ver se esse hospital é bom mesmo (Usuário B)

Isso concorda com afirmação de Adami (1993) ao atestar que a proximidade geográfica entre a residência do usuário e o serviço de saúde procurado não se constitui no elemento determinante de sua escolha, em virtude de que esse fator pode não significar acesso efetivo, ou seja, garantia de que será atendido e que este será de acordo com suas expectativas.

Porém, a distância a ser percorrida pelos usuários até os serviços de saúde é um fator importante, pois segundo Ramos (2001, p. 68)

quanto menor esta distância for, mais prática e econômica será a forma de deslocamento e menor será o tempo gasto. Quanto mais rápido o deslocamento, mais chance tem o serviço de ser escolhido pelo usuário. Porém, embora estes fatores sejam inegáveis na opção por um serviço de saúde, não serão decisivos, se não estiverem acompanhados de um bom acolhimento e boa resolubilidade, o que demonstra a interface entre esses elementos e o acesso geográfico.

A distância está atrelada à questão do deslocamento. O deslocamento realizado pelo usuário de sua residência até o serviço de saúde pretendido é entendido como um modo de acesso tanto geográfico quanto econômico. Ramos e Lima (2003, p. 29) propuseram o estudo do acesso geográfico através de três elementos: o modo e o tempo de deslocamento e o tipo de serviço de saúde estudado. Para a autora, “a forma de deslocamento utilizada pelo usuário é, sem dúvida, fator que facilita ou dificulta o seu acesso ao serviço de saúde”. A autora diz que além da questão do deslocamento ainda se deve levar em consideração o custo financeiro, pois todo deslocamento gera gastos. Por isso um dos primeiros aspectos a se considerar é o custo do deslocamento do usuário, que é proporcional à distância de sua moradia e à forma como ele se desloca.

Adami (1993) citando Santos (1980) diz que o acesso dos usuários aos serviços de saúde, independente de ser na área urbana ou na área rural, deveria acontecer de preferência caminhando, em no máximo 20 minutos. O mesmo autor citando Bravo (1974) ressalta que o tempo gasto com o deslocamento através de meios de transporte, de sua residência até os serviços de saúde, não deveria ser maior que 20 ou 30 minutos.

Devido à maioria dos usuários entrevistados residirem no máximo 20 km de distância do HU, o tempo de deslocamento de 21,2% está na média proposta pelos autores acima e outros 62,8% não ultrapassam os 60 minutos. Esse fato comprova a importância da proximidade do serviço de saúde na escolha dos pacientes assim como da facilidade do acesso tornando o deslocamento mais fácil, através da utilização de diferentes meios de locomoção.

O meio de locomoção (Tabela 06) mais utilizado pelos usuários para chegar aos serviços de saúde do HU foi o carro próprio, de parentes ou de amigos – 65,2%. Essa possibilidade do uso do carro pode ser explicada pelas vantagens da rapidez no deslocamento, o conforto diante de questões climáticas, oferecendo maior chance de atendimento ou não permitindo atrasos nas consultas e/ou procedimentos agendados. Outros 9,2% utilizaram ônibus da Secretaria de Saúde ou da Educação, ônibus de linha ou interurbanos – no caso dos municípios da 17ª RS que encaminharam os pacientes. Os demais, 8,4% utilizaram ambulâncias da Secretaria Municipal de Saúde, SIATE e SAMU, e 17,2% utilizaram os diferentes veículos das Secretarias Municipais de Saúde, significando os pacientes que foram encaminhados pelas Secretarias de Saúde para o HU.

Tabela 06 - Meio de locomoção utilizado, 2013.		
VEÍCULO	NÚMERO	%
Carro próprio	163	65,2%
Ônibus	23	9,2%
Ambulância	21	8,4%
Veículo da Secretaria de Saúde	43	17,2%
TOTAL	250	100,0%
Fonte: O autor.		

Assim, a questão do meio de locomoção é muito importante na escolha dos serviços de saúde a ser utilizado, como podemos ver nas palavras da usuária C:

Na cidade onde eu moro não tem hospital, daí quando a gente precisa a gente vai até o postinho para ser encaminhado. Conseguindo esse encaminhamento a gente dá um jeito de vim pro HU. Da pra vim com o ônibus que traz o pessoal para as consultas aqui em Londrina, mas tem que sair de lá de madrugada. Qualquer coisa, a gente vem de ônibus mesmo ou pede pra um vizinho trazer, porque a gente não tem carro. Mas a gente dá um jeito moço. Perder a consulta é que não pode.

Os fatores que facilitam ou dificultam o acesso geográfico dos usuários aos serviços de saúde podem estar relacionados aos aspectos econômicos, dentre os quais como os usuários se deslocam até aos serviços de saúde pretendidos, o qual influenciará sobre o tempo gasto nesse deslocamento, no horário de chegada ao hospital e, por consequência, sobre a probabilidade de atendimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verifica-se que a maioria dos pacientes atendidos pelo HU é de Londrina em razão das diferentes especialidades oferecidas pelo Hospital, pela facilidade do acesso assim como pela falta de confiança nos serviços de saúde da rede municipal do município de Londrina como nos demais municípios pertencentes a 17ª Regional de Saúde. Outros buscam em Londrina o atendimento adequado para as suas necessidades, visto que muitos de seus municípios de origem não possuem hospitais especializados ou gerais e outros apenas oferecem uma unidade ou centro de saúde. Assim, resta ao cidadão buscar atendimento nas cidades “polos” como é o caso de Londrina.

Os fatores que facilitam ou dificultam o acesso geográfico dos usuários aos serviços de saúde podem estar relacionados aos aspectos econômicos, dentre os quais como os usuários se deslocam até aos serviços de saúde pretendidos, o qual influenciará sobre o tempo gasto nesse deslocamento, no horário de chegada ao hospital e, por consequência, sobre a probabilidade de atendimento.

A procura por serviços de saúde em Londrina expressa as necessidades do usuário através de consultas, acesso a exames, utilização de medicamentos, realização de procedimentos, pois é dessa maneira que rede pública de saúde organizam serviços e sua oferta. Contraditoriamente, as necessidades dos usuários podem ser outras. Elas podem ser a busca de respostas às questões socioeconômicas, às péssimas condições de vida, à solidão, violência, à necessidade de vínculo com um serviço/profissional, ou, ainda, o acesso a alguma tecnologia específica que lhe possa proporcionar qualidade de vida.

A busca por serviços de saúde estão ligados aos fatores e, dependendo da ordem de como estão dispostos, definem a escolha do usuário por determinado serviço. Os fatos que contribuem para isso são a gravidade ou urgência do problema, a resolubilidade do serviço, a tecnologia disponível, a acolhida, as condições de acesso – distância, as formas, o tempo e o custo do transporte –, a rapidez no atendimento, as experiências vividas por familiares ou amigos, agilidade no agendamento ou encaminhamento para serviços de outras especialidades ou complexidades,

assim como o vínculo que alguns usuários possuem com determinados profissionais e serviços ofertados pelo Sistema de Saúde.

Dentre os motivos que explicam as razões pelas quais as pessoas busquem os serviços do HU está o fato deste hospital possuir um serviço de emergência com profissionais qualificados em diversas áreas clínicas, cirúrgicas e traumáticas, uma alternativa para a solução dos problemas de saúde que não foram resolvidos pela rede básica de menor complexidade. Outras são a facilidade na acessibilidade, o funcionamento dia a noite ininterruptos, a dificuldade de buscar diretamente os serviços ambulatoriais e de especialidades e ainda a pressa para a resolubilidade de seus sintomas.

Os pacientes encaminhados para o HU ou já acompanhados nesse serviço acabam sendo acolhidos e absorvidos para atendimento médico, devido à dificuldade de acesso e demora nos agendamentos dos procedimentos e das consultas de especialidades pelas UBS.

A procura direta foi a forma mais frequente de se obter atendimento no HU, que pode ser explicada pela facilidade de acesso ao atendimento médico especializado, menor burocracia, maior rapidez e resolubilidade dos casos, acompanhado da autopercepção da gravidade do caso. Esses fatores contribuíram diretamente para o uso dos serviços de emergência do hospital na forma espontânea.

REFERÊNCIAS

ADAMI, Nilce Piva. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. *Revista Paulista de Enfermagem*. São Paulo, Vol. 2, n. 2, p. 82-86, 1993.

BALLANTYNE, P. The social determinants of health: a contribution to analysis of gender differences in health and illness. *Scand. J. Public Health*, v. 27, n. 4, p. 290-295, 1999.

BARATA, R. B. et al. Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 2, p. 305-313, 2007a.

BRAVO, Alfredo Leonardo. regionalización: organización y funcionamiento coordinado de los servicios de salud en zonas rurales e urbanas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Washington. v. 77, n. 3, p. 231-243, 1974.

DONABEDIAN, A. *Aspects of medical care administration*. Boston: Harvard University Press; 1973.

GERHARDT, Tatiana Engel. *Anthropologie et santé publique: approche interdisciplinaire. Pauvreté, situations de vie et santé à Paranaguá, Paraná, Brésil*. 2000. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Departamento de Antropologia Social e Cultural, Université de Bordeaux 2, Bordeaux. 2000.

IBGE. *Censo Demográfico*. Rio de Janeiro, IBGE, 2010.

MATTAR, F. N. *Projeto de pesquisa: metodologia, planejamento, execução e análise*. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1997.

MENDONZA-SASSI, R.; BÉRIA, J.U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cuadernos Médicos Sociales*, v. 81, p. 43-60, 2001.

PINEAULT, R.; DAVELUY, C. Les indicateurs d'utilisation des services de santé. In: PINEAULT, R.; DAVELUY, C., editors. *La planification de la santé: concepts, méthodes et stratégies*. Montréal: Agence d'Arc; 1986. p. 191-202.

RAMOS, Donatela Dourado. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, RS no contexto da municipalização da saúde. 2001. 129 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2001.

RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro, vol.19, n.1, p. 27-34. 2003.

SANTOS, Milton. Por uma Nova Geografia. São Paulo: Hucitec, 1980.

TRAVASSOS, Claudia.; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. In.: Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, vol. 20, n. 2, p. 190–198, 2004.

O DISCURSO DA REGIONALIZACAO NA POLITICA NACIONAL DE SAUDE

Umberto Catarino Pessoto

Pesquisador Científico do Instituto de Saúde/SUCEN da
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Discute-se, aqui, a emergência do tema da regionalização no SUS a partir dos discursos proferidos pelos principais atores no cenário da atual configuração federativa brasileira: a união, os estados e os municípios.

A instituição do Sistema Único de Saúde – SUS, desde a Constituição de 1988, é uma construção histórica que se materializa nos diversos dispositivos legais que são publicados no decorrer desses 31 anos de trecho percorrido. Esses diversos dispositivos foram e são publicados para a instrumentação e efetivação dos chamados princípios do SUS.

Além dos princípios considerados “doutrinários” do SUS, que vem a ser a universalidade, a integralidade e a participação social na gestão do sistema, vindo mais tarde a configurar também a equidade das ações nesse rol, temos os princípios que foram classificados de “organizativos” como a descentralização, a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde.

Quando da promulgação da Constituição, na Seção Saúde do Capítulo II da Seguridade Social, Título VIII Da Ordem Social, não se classificava, desta maneira, os conteúdos da letra da Lei. Foi a luta diária e persistente dos profissionais de atuação direta da área - os servidores da saúde pública e da atenção médica estatal - bem como as reflexões dos intelectuais da saúde, atores protagonistas fundamentais para a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1988 e na participação nas comissões temáticas no processo constituinte, que organizaram a letra da lei e o pensamento crítico naqueles termos, quando já na construção do sistema.

Assim como o processo inicial da descentralização engendrou estudos vários sobre sua natureza e as formas concretas que assumiu, desde estadualização a municipalização (HEIMANN, et al. 1992; ARRETCHE, 1996; 1999; ALMEIDA, 1996), o momento atual tem gerado vários estudos sobre a regionalização da política nacional de saúde. Em verdade, são estudos complementares uma vez que a regionalização é vista como parte indissociável, face da mesma moeda da descentralização, isto é também um processo de descentralização. (ARTMANN & RIVERA, 2005; GUIMARÃES, 2005, 2008; VIANA et al, 2008).

Apesar de parecerem princípios meramente técnicos, dependentes da própria densidade técnica disponível no sistema de saúde, a tríade regionalização e hierarquização dos serviços se mostram mais politicamente complicados do que possa parecer. Tomando-se a estruturação do SUS, se apresentam como processos que necessariamente derivam do momento anterior de descentralização porque passou o conjunto dos serviços de saúde.

Os princípios doutrinários e organizativos do SUS vêm sendo debatidos e implementados desde a formulação estruturada do sistema na Constituição de 1988 e nas leis orgânicas da saúde. O princípio da participação da sociedade civil na gestão do sistema foi regulado pela própria lei 8142/90; a universalização vindo sendo instituída mesmo antes do SUS, pelo menos desde o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), a descentralização foi o eixo político principal da proposta considerando-se o momento histórico porque passava o Brasil nos fins dos anos 1980, a integralidade ainda é objeto de padronização conceitual (MATTOS, 2009), a equidade somente foi inserida nos princípios depois da constituição no decorrer da implantação do SUS nos transcorrer da década de 1990, e a hierarquização e a regionalização dos serviços foram outros dois que ganharam maior expressão somente em fins dos anos 1990, mesmo em se considerando que todos os princípios fossem preocupações constantes e fundamentais na própria construção do sistema. (TREVISAN 2007; TREVISAN & JUNQUEIRA, 2007).

Os estudos que versam sobre os princípios organizativos do SUS têm como referência geral, ou pano de fundo, a problemática das relações federativas no Estado brasileiro. A maioria

deles se fundamenta nas discussões que a Ciência Política brasileira retomou, nas décadas de 1980 e 1990, das relações federativas, principalmente após a promulgação da Constituição de 1988 que procurou dar cabo ao período mais longo de ditadura porque passou o Brasil. E uma das conseqüências práticas imediatas desse ato histórico foi o início da desconcentração de poderes acumulados no governo central e a construção de novas relações federativas (ABRUCIO, 1998; KUGELMAS & SOLA, 1999; ARRETICHE, 2004). Na saúde, o primeiro passo foi o chamado processo de estadualização dos serviços por intermédio do SUDS e posteriormente a descentralização via processo de municipalização da saúde (HEIMANN, et al. 1992, 2000).

Material e métodos.

Foram analisados os discursos do Ministério da Saúde, do CONASS, representando o coletivo de vozes dos secretários estaduais de saúde e do CONASEMS, representando o coletivo dos secretários municipais. O método adotado foi o que se denomina de análise de discurso. A premissa principal é nenhum discurso se constrói sobre si mesmo e sim que todo discurso sempre se constrói sobre outros discursos (MAINGUENEAU, 1997). A orientação metodológica foi pautada pela escola de análise do discurso da vertente soviética, especificamente das obras do teórico russo Mikhail Bakhtin. O conceito nuclear considerado é o conceito de dialogismo. Bakhtin parte desse conceito para abordar os discursos manifestos nos textos, e que assumem sentidos diferenciados conforme as técnicas de acolhimento que o discurso citado é inserido no enunciado analisado. No caso do discurso científico, o estilo predominante é o linear, que via de regra assume o discurso citado em sua integridade. A variante associada a esse estilo é chamada de variante analisadora de conteúdo (BAKHTIN, 1997: cap. 10; GRIGOLETO, 2005: p. 121). As formas como os conceitos de região e regionalização são assumidas no interior dos discursos dos documentos oficiais do Ministério da Saúde é que foram objeto de acompanhamento desde a instituição do SUS.

Do Ministério da Saúde foram objeto de análise as normas operacionais básicas NOB 01/1993, 01/1996; NOAS 2001/2002, instruções normativas para implementação da regionalização, de organização de consórcios municipais. Também foram cotejadas as atas das 9^a, 10^a, 11^a e Conferências Nacionais de Saúde. As atas foram analisadas como momento de síntese histórica da correlação de força dos atores.

Do CONASS foram analisados particularmente os documentos “Convergências e divergências sobre gestão e regionalização do SUS” de 2004 e “Relatório final do 1º Seminário do CONASS para a construção de Consensos: preocupações e prioridades dos Secretários Estaduais de Saúde quanto à organização, gestão e financiamento do SUS” de 2003. Do CONASEMS foram analisados a edição especial da revista CONASEMS de 2003, em razão dos 15 anos da instituição, que contem diversas cartas dos encontros anuais dos secretários municipais, e a publicação eletrônica “20 anos SUS e CONASEMS”.

No mais, foram feitas buscas no sítio eletrônico do Ministério da Saúde, nas bibliotecas da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, na Biblioteca Virtual em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro e biblioteca dos campi da Universidade Estadual Paulista – UNESP e UNICAMP. Os principais descritores foram os vocábulos espaço, saúde, organização dos serviços, hierarquização, regionalização, regiões de saúde, geografia da saúde.

Desta maneira, foi composto o conjunto de documentos e textos analíticos que permitiram a análise do corpus textual e sua contextualização no momento histórico de sua produção.

Resultados

Do texto da Constituição de 1988 até a publicação das Normas de Organização da Assistência à Saúde – NOAS de 2001 e 2002 é possível verificar um movimento de tentativa de estancamento do processo de municipalização do SUS, como ocorreu no início dos anos 1990. São dois os marcadores discursivos que denotam esse movimento: a eclipse do tema da constituição dos consórcios municipais como alternativa para a solução da organização da atenção de níveis tecnológico secundário e terciário do SUS e a discussão acerca da “municipalização autárquica”

(MENDES, 2003).

O tema do consórcio aparece desde a o primeiro texto analisado e ganha proeminência na lei 8080/90 como forma sugerida para a efetivação do princípio da regionalização:

Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

Nessa lei orgânica fica clara a opção de organizar os serviços a partir da constituição de consórcios e ao gestor estadual cabia promover a descentralização e acompanhar e avaliar a rede hierarquizada que, por suposto, estaria regionalizada uma vez que esses dois princípios são sempre tratados como uma díade.

Já em 1993, logo após a IX Conferência Nacional de Saúde, o texto seminal “A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei” (BRASIL, 1993) apresentava o debate sobre a contradição que haveria entre municipalização e regionalização:

A questão da “regionalização”, como alternativa à “municipalização”, tal como apareceu em várias críticas, foi exaustivamente discutida. Prevaleceu o entendimento de que significava uma distorção dos termos da legislação vigente, uma vez que a regionalização não pode ser entendida como a criação de uma instância intermediária com autonomia e relacionamento direto com as esferas estadual e federal e sim como uma articulação e mobilização municipal que leva em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo. Sendo assim, também não pode ser um pré-requisito para a descentralização. (p. 5-6).

O documento acima foi produto posterior ao relatório da IX CNS, porém com chancela do Ministério da Saúde. Um texto polifônico por natureza, em razão das várias vozes que foi incorporada em sua redação. Aqui aparece o debate que iria se instaurar em toda a década dos 1990 acerca da regionalização como alternativa à “municipalização autárquica”. Porém, neste documento a defesa é da municipalização e a recusa do dilema. O leitmotiv do processo é a vontade política dos municípios e o consórcio seria a forma indicada.

A Norma Operacional Básica (NOB) de 1993 mantém a mesma diretiva no sentido de fortalecimento da municipalização e da autonomia de organização dos serviços intermunicipais por volição municipal. Assim era entendida a regionalização ainda na introdução da norma:

g) a regionalização deve ser entendida como articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo.

A norma expressa o consenso da conferência no que tange à regionalização e reforça a autonomia municipal, e acima de tudo não entende a diretriz como conflitante com a própria municipalização, pois ambos os momentos são constitutivos do processo de descentralização, eixo estruturante do SUS.

De meados da década em diante a temática do consórcio desaparece nas normas e portarias do SUS e torna-se objeto de luta discursiva entre os três atores governamentais envolvidos na gestão do SUS, principalmente nos veículos de expressão próprios, sem caráter normativo.

A NOB 96 tem como foco a estruturação da atenção básica e nenhuma linha destina ao assunto regionalização e hierarquização dos serviços. Procura definir as funções da assistência para cada esfera e tenta acertar o entendimento do conceito de comando único, porém sem êxito.

Neste mesmo período a Secretaria de Políticas do Ministério, SPS extinta na reforma de 2003, edita uma cartilha sobre os consórcios municipais de saúde (BRASIL, 1997), apenas com cunho didático, mesmo porque a Secretaria de Assistência, SAS, é quem define as normas para habilitação dos municípios ao sistema. O tema só irá reaparecer marginalmente nas normas da assistência (NOAS) de 2001 e 2002.

Concomitante ao descrito acima há uma produção acadêmica intensa sobre as experiências de consórcios na saúde (LIMA, 2000), demonstrando o êxito desse modelo de regionalização dos serviços (RIBERIO & COSTA, 2000). No geral, os textos de discussão acerca dos consórcios são favoráveis a essa forma de organizar a oferta de média e alta complexidade dos serviços pelos pequenos e médios municípios. Mas também há uma vasta literatura sobre o federalismo, de intelectuais próximos à área da saúde, que contestam a municipalização do SUS na medida em que estaria causando uma fragmentação excessiva do sistema (ALMEIDA, 1996; ARRETCHE, 1996, 2004). É dessa matriz, associada à variante que tem como eixo de análise o problema da economia de escala e a questão da eficácia e eficiência econômica (AFFONSO & SILVA, 1996; GOMES & MAC DOWELL, 2000; MENDES, 2003), que deriva a formulação da “municipalização autárquica”.

Do embate das visões as NOAS irão estruturar proposta de regionalização retirando autonomia dos municípios e procurando encontrar o destino perdido da esfera estadual. A regionalização é tarefa da esfera estadual, cabe a ela definir as regiões e submeter o desenho à Comissão Intergestores Bipartite e ao Conselho Estadual de Saúde e ao Ministério da Saúde. Não há menção à proposta de construção conjunta entre estados e municípios, a estes caberiam papéis em função da rede instalada. Conforme a capacidade instalada dessa rede haveria municípios com status político diferenciado, uns participando da ativamente da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e outros não. O aprofundamento das desigualdades que o tratamento político acarretaria seria um sério revés ao processo de municipalização já em curso. Críticas a esse fato podem ser encontradas em Mendes (2003). Mas tanto a NOAS de 2001 quanto sua sucessora, a NOAS 2002, não agradaram nem mesmo aos Estados.

No entanto, as normas operacionais da assistência não se implantaram e logo após as eleições presidenciais de 2002 o processo ficou suspenso até a edição do Pacto pela Saúde, por intermédio da Portaria 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Contudo o debate não emudeceu. O CONASS realiza, em julho 2003, a primeira oficina para obtenção de consensos acerca do SUS. Em julho de 2004 a instituição publica a “síntese dos consensos” e logo após a Documenta 6, em 2009 é publicada a Nota técnica 01/2009. As três publicações são sobre a mesma oficina.

Nesse evento, além da regionalização como atividade especial da esfera estadual como proposta pela NOAS os secretários iniciam uma discussão sobre o papel da esfera na atenção básica. Após dez anos de consenso acerca do papel dos municípios na atenção básica os representantes da esfera estadual projetam sua insatisfação sobre a autonomia municipal. Em verdade os estados ainda procuravam seu papel perdido desde o fim do SUDS.

Discussão

O problema da autonomia municipal na gestão dos serviços de saúde é tema recorrente e constitutivo da própria história do SUS. Em 1991, em artigo na revista do movimento sanitário Saúde em Debate, Julio S. Muller Neto (1991) ex-secretário municipal de saúde de Cuiabá fazia a seguinte análise do início do processo:

A inexistência no Brasil de uma tradição política de municipalização de serviços públicos gerou uma indefinição do papel do município e consagrou na lei o sistema de competências

concorrentes, o que sempre favorece a desmunicipalização dos serviços. Este problema tem dificultado a unificação do sistema público de saúde e a implantação do comando único de saúde a cada nível de governo. Setores resistentes à descentralização localizados na burocracia estadual e federal e privatistas tendem a atribuir à responsabilidade municipal apenas o atendimento básico e de urgência, a rede de postos e centros de saúde, num esforço de obstaculizar a integralidade das ações e manter a separação de modelos e a dualidade gerencial (p. 65)

Os temas do comando único e da atenção básica são os mesmo que estavam na ordem do dia em fins dos 1990 e início dos 2000. Os estados, inclusive, estavam rediscutindo seu papel na atenção básica, aquela mesma que deveriam ser atribuições municipais nos princípios do SUS e cujo escopo foi ampliado pela NOAS 2001, embora a atenção de média e alta complexidade ficasse a cargo da União e dos estados ao contrário do que previa a NOB-96 (BARROS, 2001).

Essa discussão transparece na síntese das oficinas do CONASS de 2003. Uma das propostas em relação à superação de problemas existentes nesse quesito seria:

“1) Definir claramente as responsabilidades e as atribuições do Estado na coordenação do processo de organização da Atenção Primária no Estado.

5) As Secretarias Estaduais devem se organizar para exercer seu papel na cooperação técnica com os Municípios, estabelecendo a sistemática e os instrumentos de monitoramento para a identificação dos pontos críticos do Sistema de Saúde, principalmente em relação à Atenção Primária.” (CONASS, 2004, p.8-9).

Anteriormente reclamava do conceito de comando único, que deveria ser repensado para além da “questão territorial” (p.8) sem, entretanto, precisar qual seria sua forma concreta de operacionalização. E a preocupação com a coordenação do processo de organização da atenção básica!

Muitos municípios já tinham conquistado vasta experiência na organização da atenção secundária, quando não terciária, com a associação das secretarias na forma de consórcios. E esse foi um movimento também objeto de análises positivas na década de 1990 e que contrastou com o discurso da municipalização autárquica.

Em artigo de 1999, Costa, Silva e Ribeiro analisando a descentralização do sistema de saúde brasileiro fazem incursão sobre o tema do consórcio e chegam à conclusão que o mesmo é a melhor forma para avançar o SUS. Discordam da percepção sobre os consórcios como modelo de baixa eficiência:

“A percepção dos problemas ocasionados pela municipalização sob baixa regulação gerou a proposta de correção da perda de capacidade de coordenação [dos estados], mediante a criação de sistemas microrregionais de serviços de saúde (Vilaça Mendes, 1998). O problema central nessa abordagem está em descartar a livre associação entre os municípios por meio de consórcios, que são considerados como um modelo ineficiente e de baixa sustentabilidade. A proposta desconsidera, totalmente, os ganhos que a cooperação entre gestores traz para a governabilidade da coordenação supralocal.” (p 50-51)

Na apresentação das vantagens e desvantagens comparativas entre os consórcios e a regionalização sob coordenação regional, tal qual ocorrida na década dos 1980, os autores afirmam que “em muitas parcerias, especialmente as decorrentes da indução ou determinação estadual, mostraram baixa sustentabilidade” (COSTA, SILVA & RIBEIRO, p. 51). Anteriormente já haviam afirmado que eram poucas as evidências de que a municipalização, como forma de descentralização havia “gerado um processo descoordenado, caótico e/ou produzido uma crise de legitimidade do sistema público de saúde” (p. 48).

Grande parte da estratégia discursiva da segunda metade dos anos 1990, que justifica a proposta da regionalização e a busca das funções da esfera estadual, baseia-se nas premissas rechaçadas pelos autores citados acima. E essa estratégia é detectável nos documentos oficiais e discursos dos atores principais do sistema de saúde.

Além da tentativa de se encontrar um papel para a esfera estadual via regionalização, também o governo federal inicia, com a NOB 96, processo de recentralização do poder pelo

estabelecimento de normas mais rígidas para os gastos no sistema municipal de saúde e pelo fracionamento do montante da atenção básica (LEVCOVITZ, LIMA & MACHADO, 2001 e debatedores), em que pese o incremento do repasse fundo a fundo dos recursos. Essa estratégia foi descrita também por Pellegrini (2007) quando da análise dos discursos do governo federal sobre a descentralização principalmente quando da leitura da NOB 96 em que detecta “reformulação de enunciados próprios dos movimentos municipalista e sanitário” para associar “a imagem do enunciador [o Ministério] com as das comunidades progressistas e evidenciou a disposição de conduzir a interpretação no sentido desejado” (p. 331), isto é, associar aos defensores da centralização – postados no Ministério - o discurso próprio dos movimentos favoráveis à descentralização. Ou seja, a municipalização tanto como processo de descentralização político-gerencial quanto forma de organização local dos serviços sofreu questionamentos das duas outras esferas de governo da federação e dos formuladores intelectuais de políticas do sistema de saúde brasileiro.

Evidentemente que a discussão acerca dos princípios do SUS não deve ser tabu e por isso tampouco interdita, porém é necessário sempre ter presente as motivações dos discursos, que sempre estão demonstrados no corpus que compõe aquele debate. É possível discutir a viabilidade de criação de municípios a partir da grande quantidade com que surgiram entre os fins do século passado e início dos anos 2000 como faz Martin (2005, p. 66) inclusive propondo a fusão de municípios desmembrados e até mesmo de estados ou, como propõe De Seta (2007), repensar a descentralização da vigilância sanitária a partir de sua própria natureza ética e dos custos financeiros da municipalização.

No entanto, o que se propôs foi colocar o processo da descentralização até então em desenvolvimento em verificação, tendo como premissa que a municipalização autárquica fosse regra:

A municipalização autárquica propicia a fragmentação dos sistemas municipais e possibilita o surgimento de novas iniquidades, como as diferentes barreiras de acesso ao cidadão de municípios menores e de gestão incipiente, sem autonomia. Na análise de Viana (1998), o reforço no poder do executivo municipal pode ter ocorrido pela ausência das instancias estaduais e federais, o que dificultou também a relação intermunicipal, a construção de sistemas intermunicipais (consórcios) e do próprio sistema de saúde, porque não estabeleceu a complementaridade e a hierarquia entre as instituições e serviços. (CONASS, 2007, p. 25)

Seguindo mais a frente, esse mesmo texto do conselho dos secretários estaduais da saúde deixa clara a análise que se fazia da municipalização em fins dos anos 90: havia sub-rogado as atribuições da esfera estadual de coordenação do sistema regional, e por isso mesmo instaurado uma crise de assistência nos municípios de grande porte e a falta de garantia para as “referências especializadas para as necessidades de sua população” (CONASS, 2007, p. 25)). E somente com o fim desse “modelo hegemônico” de descentralização que os estados reassumiram suas funções. Nada que não estivesse previsto no escopo constitucional e nas leis orgânicas da saúde. Ou que não poderia ser alcançado com o consórcio municipal.

Conclusão

A análise linear dos discursos em seqüência temporal, a nosso ver, corrobora a hipótese do trabalho, ou seja, a de que na década dos anos 1990, principalmente após a NOB 96, realizou-se um movimento de centralização conservadora das prerrogativas, tanto de execução quanto de formulação de políticas do Sistema Único de Saúde. O ponto culminante desse movimento foram as NOAS. Após esse período, de 2003 a 2006, até a publicação dos pactos do SUS, a agenda da descentralização e reorganização dos serviços ficou em regime de discussão. As duas NOAS não agradaram os gestores subnacionais e no período foi repensado o processo normativo do SUS. Em 22 de fevereiro de 2006, publica-se a portaria GM/MS nº 399, que define o Pacto pela Saúde. No mesmo ano, em 03 de abril publica-se a portaria GM/MS nº. 699 que regulamenta as Diretrizes

Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. (CONASS, 2006: 04). A novidade principal desse processo foi a instituição dos colegiados de gestão regional (CGR)¹ onde se pactua, por consenso, a Programação Pactuada Integrada - PPI e quaisquer outras demandas municipais acerca do sistema municipal ou regional de saúde. Nesse fórum participam todos os gestores formalmente representantes dos municípios e um representante da esfera estadual de governo. Esse processo de negociação introduziu a paridade representativa nas decisões da política regional, o que não ocorria nos procedimentos propostos pelas NOAS que somente levava em consideração os municípios em gestão plena do sistema e que possuíam pelo menos serviços de nível secundário de atenção. A crítica principal ao modelo NOAS era justamente a criação de duas categorias de municípios: os que participavam da tomada de decisão e aos que apenas restava coadjuvação política. Essa situação derivava da divisão dos municípios em dois tipos, os que somente ofertavam atenção básica ampliada e os que podiam oferecer um maior leque de serviços. Isso, segundo Mendes (2003, p 83) seria consequência de uma “visão míope da gestão da oferta, pela qual o que importa é a existência da oferta e, não, a possibilidade de gerir a demanda dos cidadãos pelos serviços, o que não depende da presença física dos equipamentos nos municípios” criando assim uma “heteronomia municipal”.

Após o Pacto pela Saúde em 2006, somente em 2011 houve nova publicação de com peso normativo semelhante, que foi o Decreto 7508/11 em 29/06/2011. A novidade nesta publicação foi a criação do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde, que procurava normalizar a relação entre os entes federados no que se refere às obrigações e responsabilidades perante a saúde do cidadão dos municípios da região de saúde². É nesse espaço regional que serão constituídas as redes regionais de atenção à saúde.

Mais adiante no tempo, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) irá publicar duas resoluções acerca da normalização das regiões de saúde no Brasil, bem como o plano de investimentos e planejamento regional, são as Resoluções nº 01/2011, de 29 de setembro de 2011 e nº 23 de 17 de agosto de 2017. Em 2018, em nova resolução de nº 37 de 22 de março, a CIT dispõe sobre o processo de planejamento e organização das macrorregiões de saúde no Brasil. Essa figura macrorregional volta a aparecer nos discursos oficiais da saúde, pois já tinha sido apagada, juntamente com a figura da microrregião, com a criação da unidade regional como proposta desde o Pacto em Defesa do SUS.

Entretanto esse processo ainda está em curso e irá demandar novas pesquisas e estudos, pois a efetivação dessas propostas demanda recursos financeiros em formação e profissionais e investimentos em serviços e equipamentos. A conferir, com as novas orientações políticas sobre o Sistema Único de Saúde sob nova direção.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 4279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília.

ABRUCIO, F. L. Os barões da federação. Os governadores e a redemocratização brasileira. São Paulo: Hucitec/Departamento de Ciência Política, USP, 1998.

AFFONSO, R. de B.A; SILVA, Pedro L. B. (org.). Descentralização e políticas sociais. São Paulo: FUNDAP, 1996 (Federalismo no Brasil).

ALMEIDA, M. H. T. Federalismo e políticas sociais. In Affonso, RBA; Silva, PLB (org.). Descentralização e políticas sociais. São Paulo, FUNDAP, 1996 (Federalismo no Brasil) p. 13-40.

1 No ano de 2011, com a publicação do Decreto presidencial nº 7.508/11 e da Resolução CIT nº 01 de 29/9/11, o CGR passa a ser renomeado por Comissões Intergestores Regionais (CIR).

2 Em 2010 o Ministério da Saúde publica a Portaria nº. 4279, em 30 de dezembro, estipulando as diretrizes para a formulação da Redes de Atenção à Saúde

ARRETCHE, M. T. S. Federalismo e Políticas Sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. São Paulo em Perspectiva, 18 (2): 17-26, 2004.

ARRETCHE, M. T. S. Mitos da descentralização – mais democracia e eficiência nas políticas públicas? Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 11, n. 31, p. 44-66, 1996.

ARRETCHE, M. T. S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um estado federativo. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 14, n. 40, p. 111-141, jun, 1999.

ARTMANN, E; RIVERA, F. J. U. Regionalização em saúde e mix público-privado. Documento técnico, disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/documentostecnicos/eaatencaoasaude/05_eartmann_regionalizacaoemsaude.pdf, acessado em 27 de janeiro DE 2005.

BAKHTIN, M. Marxismo e Filosofia da Linguagem. Problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997 (Série Linguagem e Cultura).
BARROS, E. Implementação do SUS: recentralizar será o caminho? Ciência e Saúde Coletiva, 6(2): 307-310, 2001.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 4279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília.

BRASIL. DECRETO 7508, DE 28 DE JUNHO DE 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm Acesso em 11/07/2019

BRASIL. Ministério da Saúde, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, seção I, nº 182, p.18055, 20 de setembro 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. / Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. - [Brasília], 1993.

Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 01/93. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços. Portaria do Gabinete do Ministro nº 545, de 20 de maio de 1993. Diário Oficial nº 96, de 24 de maio 1993, p. 6.961-5

Brasil. Ministério da Saúde. O consórcio e a gestão municipal em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 32p.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais. Distrito Federal / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. 262 p.

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde. Secretaria Executiva. Convergências e divergências sobre gestão e regionalização do SUS. Brasília: CONASS 2004, 124p. (CONASS Documenta, 6)

CONASS – Nota Técnica 06 – Para entender o Pacto pela Saúde, 2006. Volume 1 (Progestores) Brasília: 09 de maio de 2006.

COSTA, N. R.; SILVA, P. L. B.; RIBEIRO, J. M. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*. Ano 50 nº 3, p. 32-55, jul.-set. 1999.

DE SETA, M. H. A construção do sistema nacional de vigilância sanitária: uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do federalismo. 2007. 176 f. Tese (Doutorado em Política, Planejamento e Administração em Saúde) Instituto de Medicina Social, Universidade do estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2007.

GOMES, G. M; MAC DOWELL, M. C. Descentralização política, federalismo fiscal e criação de municípios: o que é mau para o econômico nem sempre é bom para o social. Brasília: IPEA, fevereiro de 2000 (Texto para discussão nº 706).

GRIGOLETTO, E. Reflexões sobre o funcionamento do discurso do Outro: de Bakhtin à Análise de Discurso. In ZANDWAIS, A. (org.) Mikhail Bakhtin. Contribuições para a Filosofia da Linguagem e estudos discursivos. Porto Alegre, Editora Sagra Luzzatto, 2005 (p.116-131).

GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. *Cad Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 21(4): 1017-1025, jul-ago, 2005.

GUIMARÃES, R. B. Regionalização da saúde no Brasil: da escala do corpo à escala da nação. Tese de Livre Docência. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2008.

HEIMANN, L. S. et al. Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2000.

HEIMANN, L. S. et al. O município e a saúde. São Paulo, Editora Hucitec, 1992. (Saúde em Debate 53).

KUGELMAS, E. & SOLA, L. Recentralização-descentralização : dinâmica do regime federativo no Brasil dos anos 90. *Tempo Social*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 63-81, out. 1999.

LEVCOVITZ, E; LIMA, L. D; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 269 – 291, 2001.

LIMA, APG. Consórcios intermunicipais de saúde e o Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(4):985-996, out-dez, 2000.

MAINGUENEAU, D. Novas tendências em análise do discurso. Campinas: Pontes, 1997

MARTIN, A. R. Dilemas do federalismo: entre o “estadualismo oligárquico” e o “regionalismo burocrático”. *Perspectivas*, São Paulo, 27: 55-68, 2005

MATTOS, R.A. – Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface. Comunicação Saúde Educação* v.13, supl.1, p.771-80, 2009.

MENDES, E.V. Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02. in CONASS. Relatório final do 1º Seminário do CONASS para a construção de Consensos: preocupações e prioridades dos Secretários Estaduais de Saúde quanto à organização, gestão e financiamento do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003. 116 p.

MULLER NETO, J. S. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. *Saúde em debate*, n. 31, p. 54-66; mar 1991.

PELLEGRINI, B. O discurso do gestor federal no processo de descentralização política: obstáculos à municipalização do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2): 325 – 333, 2007.

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. do R. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 22, dez 2000. p. 173-220

TREVISAN L N; Junqueira, LAP. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4): 893-902, 2007.

TREVISAN, L. - Das pressões às ousadias: o confronto entre a descentralização tutelada e a gestão em rede no SUS. *RAP*, Rio de Janeiro 41(2): 237-54, mar./abr. 2007.

VIANA, A. L. d'Á; IBAÑEZ, N; ELIAS, P. E. M; LIMA, L. D. de; ALBUQUERQUE, M. V. de; IOZZI, F. L. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspectiva*, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.