



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE:
E AS ESTRATÉGIAS DE GESTÃO PARA O ACESSO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

EDJANECE GUEDES DE MELO ROMÃO

JOÃO PESSOA/PB

2009



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Edjanece Guedes de Melo Romão

**Regionalização da Saúde:
e as estratégias de gestão para o acesso às ações e serviços do Sistema Único de Saúde.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social, da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Patrícia Barreto Cavalcanti.

João Pessoa - PB

2009

R761r Romão, Edjanece Guedes de Melo.

Regionalização da saúde: e as estratégias de gestão para o acesso às ações e serviços do Sistema Único de Saúde / Edjanece Guedes de Melo Romão.-- João Pessoa, 2009.

126f. : il.

*Orientadora: Patrícia Barreto Cavalcanti
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA*

1. Serviço social. 2. Serviços de saúde - acesso. 3.Regionalização. 4. Descentralização. 5. Gestão de saúde.

Edjanece Guedes de Melo Romão

**Regionalização da Saúde:
e as estratégias de gestão para o acesso às ações e serviços do Sistema Único de Saúde.**

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Patrícia Barreto Cavalcanti

Examinador (a) 1

Examinador (a) 2

Conceito: _____

Apresentado em / /2009.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde Municipais
COSEMS/PB	Conselho de Secretários Municipais de Saúde da Paraíba
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CEME	Central de Medicamentos
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CPMF	Cobrança Provisória sobre a Movimentação Financeira
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DF	Distrito Federal
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESB	Equipe Saúde Bucal
EC	Emenda Constitucional
FUNABEM	Fundação Nacional para o Bem-estar do Menor
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GPABA	Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
GRS	Gerência Regional de Saúde
GM	Gabinete do Ministro
HPP	Hospital de Pequeno Porte
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IAPAS	Instituto Nacional de Administração da Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MPF	Ministério Público Federal

MS	Ministério da Saúde
MAC	Média e Alta Complexidade
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB/SUS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
NRS	Núcleo Regional de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PPI	Programação Pactuada Integrada
PSF	Programa de Saúde da Família
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PDI	Plano de Diretor de Investimentos
PES	Plano Estadual de Saúde
PCCS	Plano de Cargos Carreira e Salários
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SES/PB	Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba
SUDS	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SIMPAS	Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SISREG	Sistema de Regulação
TFGM	Teto Financeiro Global do Município
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

Pág.

FIGURAS

Figura 1: Mapa do Brasil	60
Figura 2: Mapa da Divisão Geo-administrativa do Estado da Paraíba	62
Figura 3: Mapa da Divisão Geo-administrativa das Gerências Regionais de Saúde ...	68
Figura 4: Mapa das Macrorregiões de Saúde do Estado da Paraíba	70

TABELAS

Tabela 1: Demonstrativo da Abrangência da Pesquisa	20
Tabela 2: Demonstrativo da Amostra da Pesquisa (Instituições e Sujeitos)	21
Tabela 3: Histórico dos Temas abordados nas Conferências de Saúde do Brasil	51
Tabela 4: Rede de Serviços por Tipo de Unidade – PB 2006.....	65
Tabela 5: Número de Hospitais e de Leitos Hospitalares cadastrados no SUS	66

GRÁFICOS

Gráfico 1: Estimativas populacionais e taxas médias geométrica de crescimento anual na PB na Paraíba no período de 200 a 2005	61
Gráfico 2: Percentual de Municípios com equipes em atuação – SF/PB – 2000/2005.	63
Gráfico 3: Média anual de consulta médica por habitante nas especialidades básicas e média mensal de visitas domiciliares por família – PB 2000 a 2005	64
Gráfico 4: Percentual da Rede de Serviços por tipo de Unidade de saúde	65
Gráfico 5: Caracterização dos entrevistados segundo nível de gestão ao qual está Vinculado.....	87
Gráfico 6: Caracterização dos entrevistados segundo sexo.....	88
Gráfico7: Opinião dos Gestores sobre o Comando Único do município na rede de serviços.....	89
Gráfico 8: Autonomia dos gestores em relação a movimentação do FMS	90
Gráfico 9: Cobertura da Rede de Serviços da Atenção Básica no Estado da PB.....	91
Gráfico:10: Grau de resolubilidade na rede de serviços da Atenção Básica	92
Gráfico 11: Acesso aos serviços ambulatoriais especializados.....	93
Gráfico 12: Acesso à Rede de Serviços Hospitalares.....	94

Gráfico 13: Capacidade de atendimento da rede de serviços na Microrregião.....	95
Gráfico 14: A Programação Pactuada e Integrada da Assistência e a cobertura assistencial.....	96
Gráfico 15: Definições de prioridades no município.....	97
Gráfico 16: Cobertura da Rede de Serviços da Atenção Básica no Estado da PB.....	99
Gráfico 17: Grau de Resolubilidade da Atenção Básica.....	100
Gráfico 18: Grau de acesso aos serviços especializados na visão dos técnicos.....	101
Gráfico 19: Grau de Acesso a Rede de Serviços Hospitalares.....	102
Gráfico 20: Cumprimento dos Pactos estabelecidos no PDR e na PPI.....	103
Gráfico 21: Capacidade de atendimento da Rede de Serviços do SUS.....	104
Gráfico 22: Regulação da PPI.....	105
Gráfico 23: Contrapartida de Recursos Financeiros do Estado da Paraíba com as ações e serviços de saúde.....	105
Gráfico 24: Cobertura da Rede de Serviços da Atenção Básica no Estado da PB....	107
Gráfico 25: Grau de Resolubilidade da Atenção Básica na visão dos conselheiros...	108
Gráfico 26: Garantia do acesso aos serviços especializados.....	109
Gráfico 27: Grau de Acesso a Rede de Serviços Hospitalares.....	110
Gráfico 28: Cumprimento da PPI em relação as referências intermunicipais.....	111
Gráfico 29: Acompanhamento das ações de saúde realizadas pelo CES/PB.....	112

AGRADECIMENTOS

O desafio de fazer um mestrado após vinte e quatro anos da conclusão do curso de psicologia confirma que a busca pelo conhecimento não deve cessar nunca, porque a inquietude leva o ser humano a transformar o mundo. E as grandes descobertas da humanidade, só são possíveis àqueles que buscam respostas para as questões, que de alguma forma o incomoda. Concluir este trabalho significa colher os frutos de um tempo de dedicação, estudos, análises, madrugadas silenciosas diante dos livros e do computador, na busca de respostas, esclarecimentos, dados e informações.

A vontade de compreender melhor as questões que desafiam o meu dia-a-dia, tornou-se fonte de força e estímulo para defender um sistema que nasceu junto com minha vida profissional: o SUS. Compreendo, que esta defesa só será possível para os que buscam conhecer suas lacunas, contradições e dificuldades enfrentadas para tornar possível o cumprimento dos princípios constitucionais estabelecidos.

O sonho de ver um sistema de saúde público garantindo acesso a todos os cidadãos sem precisar causar tantos sofrimentos e decepções a quem o recorre, faz parte da minha crença na capacidade humana, cujo registro deixo para as próximas gerações. Consciente de que poderei não alcançá-lo funcionando em sua capacidade plena, continuo trabalhando para colocar em prática o que conseguimos estabelecer na nossa Constituição Federal: Saúde como Direito de Cidadania.

Ao concluir este estudo, ficam o desejo e as forças renovadas em acreditar que o SUS é possível onde existam pessoas que conheçam sua história, o considere como um sistema que se propõe a cuidar de todos nós.

Agradeço primeiramente a DEUS, que torna possível tudo o que mereço e ao povo brasileiro que foi capaz de construir o Sistema Único de Saúde.

Meu agradecimento especial é para a orientadora deste estudo - Prof.^a Patrícia Barreto Cavalcanti - pela sabedoria, objetividade, compreensão, firmeza e ética com que sempre me orientou neste trabalho.

Meus agradecimentos e reconhecimento a todos os Professores do mestrado do Curso de Serviço Social pela dedicação a tão difícil arte de orientar processos de estudo.

Agradeço a todos os meus colegas de turma, pela convivência capaz de estabelecer os mais diversos laços: coleguismo, companheirismo, colaboração e amizade.

Às Instituições em que trabalho pelo apoio na construção dessa dissertação: Secretaria de Estado da Saúde e a Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, em especial, à coordenação do curso de medicina, pelo incentivo e apoio dado.

Agradeço ao Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS-PB, na pessoa de cada um dos representantes entrevistados.

A todos os Profissionais e Conselheiros de Saúde meu muito obrigada, por dividirem comigo suas percepções acerca do processo de Regionalização no estado da Paraíba. Quero enfatizar que a participação de cada um foi fundamental para esse estudo.

Por fim, quero fazer um agradecimento especial a Minha Família: meu leme, meu porto seguro, onde sempre aportei minhas tristezas e alegrias. A minha mãe Nigerce Guedes, com quem aprendi a lutar por dias melhores, e nunca desistir; A meu Pai, Jonas Cabral (in-memorian), minha maior saudade; a meus irmãos Jânio, Edjane e Edjanara companheiros de grandes momentos. A meus Tios, primos e amigos Correia, Nilvanda, Karina e Gledson pelo incentivo. A minha avó Faraíldes Guedes (Vó Fá) que com seus lúcidos 95 anos, que sempre me perguntava: - Como vai seu mestrado? - O que é mesmo que você está estudando?- Termina quando?

Ao meu marido e companheiro Edinho, pela compreensão, respeito e incentivo.

Aos meus amados filhos, Ítalo e Lourena, as maiores razões da minha vida. A estes, não quero apenas agradecer-lhes pelo amor retribuído, mas, quero deixar o meu exemplo da luta contínua pelo saber - o maior patrimônio adquirido pelo ser humano.

*A batalha sanitária é uma questão suprapartidária;
nenhuma pessoa, instituição, partido, agrupamento,
categoria ou entidade
enfrenta sozinha essa luta”.*

Sérgio Arouca

SUMÁRIO

Pág.

APRESENTAÇÃO

INTRODUÇÃO 13

PROCEDIMENTO METODOLÓGICO 16

CAPÍTULO I: A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

NO BRASIL E A LÓGICA DE GESTÃO 25

1.1 Os Modelos Assistenciais e o contexto Político da Saúde no Brasil 25

1.2 As Normas Complementares do SUS do período de 1991 a 200634

CAPÍTULO II: PERSPECTIVAS E ABORDAGENS TEÓRICAS SOBRE

A DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL 47

2.1 Descentralização das ações e serviços de saúde 47

2.2 Regionalização da Saúde enquanto momento relevante da Descentralização 53

CAPÍTULO III – O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NA PARAÍBA EM DIREÇÃO A REGIONALIZAÇÃO 60

3.1 Caracterização do Estado da Paraíba 60

3.1.1 Estimativas populacionais e taxas médias geométricas de crescimento anual 61

3.1.2 Características geográficas 61

3.1.3 Divisão Geo-Administrativa do Estado 62

3.2 O Cenário da Assistência à Saúde no âmbito estadual 63

3.2.1 Diagnóstico da situação de saúde 63

3.2.2 Percentual da população coberta segundo estratégia de Saúde da Família.

Paraíba 2000 a 2005..... 63

3.2.3 Média anual de consultas médicas por habitantes nas especialidades básica e

média mensal de visitas domiciliares por família. Paraíba, 2000 a 2005..... 64

3.2.4 Rede de Serviços de Assistência à Saúde64

3.2.5 O Histórico da Rede Hospitalar 66

3.3 O Histórico sobre o processo de Regionalização na Paraíba 66

3.3.1 Mapa da Divisão Geo-administrativa das Gerências Regionais de Saúde..... 68

3.3.2 Plano Diretor de Regionalização 68

3.4 O Processo de Municipalização	71
3.5 O Pacto pela Saúde	76

CAPÍTULO IV – O Desenho da Regionalização e da Programação Pactuada e Integrada (PPI) do Estado da Paraíba em face da garantia do acesso, a integralidade da assistência à saúde para os usuários do

SUS.	81
4.1 Principais problemas enfrentados para a garantia do acesso aos diferentes níveis de Assistência	83
4.1.1 Atenção Básica	83
4.1.2 Atenção Especializada	84
4.1.3 Atenção Hospitalar	85
4.2 Perfil dos Entrevistados	87
4.3 O Desenho da Regionalização e da Programação Pactuada e Integrada do Estado da Paraíba, em face da garantia do acesso, a integralidade da assistência à saúde para os usuários do SUS na perspectiva dos Gestores	88
4.4 O Desenho da Regionalização e da Programação Pactuada e Integrada do Estado da Paraíba, em face da garantia do acesso, a integralidade da assistência à saúde para os usuários do SUS na perspectiva dos Técnicos	99
4.5 O Desenho da Regionalização e da Programação Pactuada e Integrada do Estado da Paraíba, em face da garantia do acesso, a integralidade da assistência à saúde para os usuários do SUS na perspectiva dos Conselheiros Estaduais de Saúde	107
CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116
ANEXOS	119
Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
Anexo 2: Questionários da Pesquisa (1, 2, e 3)	

RESUMO

Este estudo teve como objetivo uma compreensão do processo de organização do SUS no estado da Paraíba na perspectiva de garantir o acesso aos serviços de saúde. Tomou como base os princípios organizativos do Sistema Único de Saúde: Descentralização, Regionalização e Hierarquização da rede de serviços. Considerando a dificuldade de acesso dos usuários aos serviços de saúde do SUS, analisou os principais instrumentos de gestão: Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) que se propõem a organizar a rede de serviços, identificando o território de forma regionalizada através do PDR. Se propõem a definir o fluxo dos procedimentos entre os municípios, levando em conta o atendimento da população própria e da referenciada por outros municípios. Para tanto, é necessário o estabelecimento de um termo de garantia de acesso através da PPI, onde é definido o teto físico e o financeiro para cada procedimento de média e alta complexidade. Tem como objetivo o acesso ao atendimento de forma organizada, descentralizada e resolutiva nos níveis de assistência ambulatorial especializado e hospitalar, racionalizando os gastos e otimizando os recursos. Percebeu-se que a Regionalização da saúde teve início no Brasil, na década de 70, de forma articulada com os princípios da Descentralização e Hierarquização. Em função da extensão territorial do país, foi necessário que os estados brasileiros definissem seus territórios de saúde. Em decorrência das diferenças inter-regionais, do grande número de municípios, da ausência de parâmetros racionais da distribuição dos serviços e das falhas no papel do estado em controlar tal processo, a implantação desses serviços de saúde se deu, historicamente, de maneira descoordenada e fragmentada. Com base nos instrumentos desenvolvidos no estado da Paraíba, e analisados nesta pesquisa, pode-se afirmar que a secretaria de saúde adotou medidas que impulsionaram o processo de descentralização na perspectiva de fortalecer os sistemas municipais de saúde, mediante a transferência de responsabilidades. Entretanto, a falta de mecanismos de controle e o financiamento sem o critério da equidade, aliados à pouca capacidade de gestão e gerência dos gestores municipais e do próprio estado, têm dificultado o avanço no processo de organização da rede de serviços. Podemos constatar a partir deste estudo, que a regionalização da saúde é possível, à medida que o gestor estadual amplie o seu papel de cooperação técnica para superar a municipalização autárquica e a fragmentação interna da secretaria, recuperando a prática do planejamento estratégico, promovendo uma efetiva articulação intergestores e assumindo funções de regulação das redes assistenciais.

Palavras-chave: Regionalização, Descentralização, Gestão de Saúde.

INTRODUÇÃO (PISTAS NA APROXIMAÇÃO AO OBJETO DE PESQUISA)

Com formação em psicologia clínica iniciamos nossa atividade profissional no serviço público de saúde como psicóloga. Compúnhamos uma equipe multi-profissional que tinha à frente uma médica sanitária, militante do movimento da reforma sanitária, que a partir de sua proposta de organizar um serviço de saúde que atendesse as propostas de mudanças para o modelo assistencial vigente, nos despertou o interesse pela política de saúde. Isto se deu no ano de 1986, em plena efervescência da Reforma Sanitária brasileira, e da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Após lermos o Relatório da Conferência compreendemos tão grande era o desafio que se colocava diante de todos os profissionais que atuam na área de saúde e ação social. Logo, passamos a buscar novos conhecimentos no campo da política. Surgindo daí, a necessidade de participarmos de atos que possibilitassem espaços de discussões sobre a problemática da saúde pública.

Em 1987, assumimos por indicação técnica o cargo de Secretária Municipal de Saúde de Pedras de Fogo – PB, nos colocando no cenário da política de saúde no estado da Paraíba. Neste contexto destacamos os eventos: VI Encontro Municipal do Setor Saúde e V Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde que aconteceram na cidade de Olinda/PE, em abril de 1988. Estes tiveram uma importância fundamental para nossa vida profissional, principalmente por ter sido criado o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), com a nossa participação ativa nas discussões que elegeram a sua primeira diretoria.

Um dos principais eixos de discussão foi sobre o Controle Social da Saúde, sendo nosso primeiro contato com a temática em questão, considerando que as experiências com conselhos de saúde eram escassas; principalmente na região Nordeste.

A pauta era a urgente necessidade de mudar o modelo assistencial vigente. Buscando para isso, a participação da sociedade nas decisões da política de saúde de forma organizada, defendendo as propostas da Reforma Sanitária e as aprovadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), objetivando a contemplação das mesmas na Reforma Constitucional, já em pauta no Congresso Nacional.

A partir deste momento criamos no estado o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems/PB), deste fizemos parte como integrante da diretoria do período de 1988 a 1996, do qual nos elegeram para o cargo de presidente por três mandatos.

Em 1993, implantamos em conjunto com a Secretaria de Estado da Saúde a Comissão Intergestores Bipartite definida na Norma Operacional Básica (NOB/93), como uma instância de negociação entre os gestores. A implantação desta comissão, em funcionamento até a presente data, significou um grande avanço no processo de descentralização dos serviços e das ações de Saúde.

Em 1996, deixamos o cargo de Secretária de Saúde para assumirmos a Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde e da Comissão Intergestores Bipartite. Durante o período de onze anos (1996 a 2007), esta experiência possibilitou um contato com as discussões técnicas e políticas do nível de gestão estadual, acrescentada à vivência na gestão municipal permitindo portanto, uma visão histórica do processo de implantação do SUS. A atuação efetiva na implantação do controle social da saúde junto aos conselhos estadual e municipal de saúde e a presidência das comissões organizadoras de três etapas de conferências estaduais de saúde (3ª, 4ª e 5ª), com participação nas conferências nacionais de saúde (9ª, 10ª, 11ª e 12ª).

Em 2005, fomos selecionadas para atuar como docente no curso de graduação em medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, instituição de ensino privado, tendo como proposta a implantação de um curso de graduação em medicina que atenda às diretrizes curriculares. Objetivando ainda, o ensino voltado para a formação de médicos preparados para atuarem no sistema brasileiro de saúde compreendido os setores público, filantrópico e privado.

Atuamos no módulo de Atenção em Saúde do eixo de interação ensino – serviço, que traz como principal objetivo levar os alunos a conhecerem as unidades de saúde a partir de vivências práticas e de metodologias inovadoras, tendo como referencial o ensino-aprendizagem valorizando o estudante como sujeito ativo deste processo.

Em 2007, desenvolvemos um trabalho na Gerência de Planejamento da SES/PB, iniciado em março de 2007. Planejamos as ações a serem executadas, tendo como principal atividade, a mobilização dos gestores municipais de saúde com vista à implantação das diretrizes do Pacto pela Saúde, que trouxe uma proposta de revisão do Plano Diretor de Regionalização elaborado em 2001. Para tanto, este pacto propõe uma regionalização solidária e cooperativa entre os gestores, fazendo-se necessário rever o atual desenho e

rediscutir os conceitos de organização, programação e planejamento das ações de saúde, submetendo estas regiões a uma revisão na sua capacidade de atendimento às demandas locais.

Assim, nossa aproximação com o objeto investigado é inerente à prática profissional, nos colocando numa posição de sujeito ativo do processo. Adotamos ao longo destes dois anos, uma postura imparcial numa tentativa de analisarmos a gestão da regionalização da saúde, observando todos os seus detalhes, sem contudo, nos deixarmos influenciar pelas pressões produzidas no interior deste processo.

PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Há décadas a sociedade brasileira vem discutindo e apontando caminhos na direção de uma profunda reformulação no setor saúde, resultando tal processo na construção de um Projeto Nacional, onde todos possam ter seus direitos de cidadãos assegurados, trata-se aqui do Movimento da Reforma Sanitária do Brasil, que vem sendo motivo de estudos e pesquisas de vários autores.

Nessa conjuntura, a Reforma Sanitária Brasileira (RBS) foi assumida como uma proposta abrangente de mudança social e, ao mesmo tempo, um processo de transformação da situação sanitária. Representava, “por um lado, a indignação contra as precárias condições de saúde, o descaso acumulado, a mercantilização do setor, a incompetência e o atraso e, por outro, a possibilidade da existência de uma viabilidade técnica e uma possibilidade política de enfrentar o problema” Arouca, 1988 (apud Paim)

Com a Constituição brasileira de 1988, esses direitos foram conquistados através do Título VIII, que trata da Ordem Social, Capítulo II Da Seguridade Social e das Leis Orgânica da Saúde nº. 8.080/90 e 8.142/90. Constituíram-se assim, na concretização das propostas do movimento rumo a transformações de ordem Política e Social. A transformação da situação existente para a desejada exige que a sociedade participe de forma efetiva da elaboração das propostas das políticas de saúde e do controle e fiscalização de sua execução objetivando uma melhoria concreta nos serviços de saúde. “Diante do texto da Lei Orgânica da Saúde (LOS), a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) consiste na estruturação de seus serviços e ações de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente” (Santos,1993, p.90)

Possui uma lógica única para cada nível de governo, a partir dessa lógica organizativa do SUS, torna-se necessário a prática democrática da descentralização, que deve ser entendida como um processo que envolve ações de redistribuição de poder redefinição de papéis, o estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo, reorganização institucional, a reformulação de práticas, e o efetivo Controle Social.

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS propôs ainda, uma mudança no modelo assistencial vigente, marcado pelo autoritarismo burocrático e centralizador e uma assistência predominantemente hospitalocêntrica. Definiu como uma das

diretrizes, a descentralização, o que implica em estabelecer no campo da gestão e gerência uma nova cultura administrativa para o setor saúde.

Das leituras previamente realizadas e de nossa própria observação enquanto técnica da área de planejamento em saúde, foi possível a elaboração de algumas questões que nortearam este trabalho de pesquisa.

Neste contexto observamos que a descentralização constitui um processo social a ser construído com decisões políticas dos diversos atores envolvidos, requer a clareza dos papéis, definição de áreas de responsabilização técnica, política e financeira. Descentralizar sistemas de saúde é, portanto, uma contraposição aos modelos centralizadores. Mas, essa descentralização, como processo social, apresenta na sua consecução prática, avanços e dificuldades, que não nos permite uma satisfação do usuário em relação à garantia de um direito de cidadania: o acesso aos bens e serviços de saúde.

Garantir acesso aos cidadãos às ações e serviços de saúde constituem um grande desafio para o setor, que tem como responsabilidade a oferta destas ações e serviços, objetivando o cumprimento do princípio da universalização do atendimento em todos os níveis da assistência e para dar efetividade e esta diretriz, alguns princípios de organização foram estabelecidos, a exemplo da regionalização que propõe espaços territoriais nos quais serão desenvolvidas as ações de atenção à saúde objetivando alcançar maior resolubilidade e qualidade nos resultados, assim como maior capacidade de co-gestão no nível regional.

O processo de regionalização exige que os gestores conheçam as necessidades e capacidade da rede física e financeira, a fim de subsidiar a tomada de decisões e o processo social de negociação com as instâncias decisórias do SUS de forma regionalizada.

Pretendemos, portando, examinar a regionalização da saúde a partir do processo de descentralização das ações e serviços de saúde ocorridas no Estado da Paraíba como diretriz organizativa do SUS na perspectiva da definição de papéis e responsabilidades, poder decisório e recursos financeiros. O princípio da regionalização nos permite construir um desenho institucional a ser operacionalizado a partir das relações que se estabelecem e dentro destas, as normas para funcionamento, num processo dinâmico onde o acesso aos serviços de saúde é facilitado, e a busca por uma prestação de serviços de qualidade se constitui a principal conquista da sociedade brasileira.

Diante da realidade social e da situação da saúde no país, definimos como objeto de estudo o processo de organização dos gestores de saúde para garantia do acesso aos serviços

atendendo aos princípios doutrinários do SUS: Universalidade, Integralidade, o Comando Único e a Participação da Sociedade na política de saúde.

Buscando responder as estas questões, o presente estudo objetiva um aprofundamento no princípio organizativo do SUS a Regionalização da saúde adotada pelos gestores como uma estratégia capaz de garantir o acesso aos atendimentos ambulatoriais e hospitalares da média e alta complexidade do sistema.

Em decorrência da proposta atual da gestão do SUS nas três esferas de governo – que busca uma gestão compartilhada na perspectiva de um sistema público de saúde que atenda as necessidades de saúde dos cidadãos, optei por desenvolver o trabalho investigativo na Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, por ser esta, a instância responsável pela implementação da política de saúde no âmbito estadual, ocupando um espaço privilegiado entre o Ministério da Saúde e os Municípios cabendo parte da responsabilidade pelas ações de cooperação técnica e financeira de avaliação e regulação do sistema.

Assim esta investigação tem como objetivo geral **analisar o processo de regionalização da saúde na Paraíba e como objetivos específicos, buscar compreender o processo de Descentralização do SUS a partir da descentralização das ações e serviços de saúde utilizando como estratégia de organização a Regionalização; identificar o grau de efetividade do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e da Programação Pactuada e Integrada (PPI) objetivando o acesso de forma descentralizada aos níveis de assistência especializado e hospitalar racionalizando gastos e otimizando recursos na perspectiva de seus gestores e técnicos.**

Partimos da hipótese de que o compromisso assumido pelos gestores de saúde com o pacto estabelecido a partir do desenho da Regionalização e da Programação Pactuada e Integrada (PPI) do Estado da Paraíba não garante o acesso e, a integralidade da assistência à saúde para os usuários do SUS.

Para proceder metodologicamente essa investigação, empregamos os métodos qualitativos e quantitativos para respondermos as questões, que por sua vez também foram confrontadas durante o tratamento final dos dados. “A pesquisa qualitativa está relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e a como as pessoas compreendem esse mundo.” (POPE; MAYS, 2005, p.13).

“A pesquisa científica de cunho qualitativo coloca o pesquisador diante de um vasto material de trabalho, composto de atitudes, opiniões, hábitos, valores, simbolismos, representações e crenças”. (MINAYO, 1993).

A pesquisa qualitativa, portanto, envolve a aplicação de métodos lógicos, planejados e meticulosos para a coleta de dados e uma análise cuidadosa, ponderada e, sobretudo, rigorosa. Somente podemos aceitar como pesquisa o que for dotado de algum nível de questionamento reconstrutivo, evitando-se a tendência reprodutiva (DEMO; 2005, p. 94).

Os métodos propostos têm sido utilizados, com efeito, considerável, na avaliação de reformas e mudanças organizacionais para oferta de serviços de saúde sob o ponto de vista dos profissionais, gestores e administradores de saúde.

Adotamos uma abordagem de métodos múltiplos; observação dos atores envolvidos em seu próprio território a partir de observação participante, entrevistas face a face, grupos focais, conversas informais e análise de documentos.

Os sujeitos da pesquisa foram selecionados a partir de prévia autorização formalizada por meio de declaração do responsável pela instituição autorizando o acesso às pessoas e as informações documentais, ficando comprovada a concordância do (a) entrevistado (a) a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido nos termos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10 de outubro de 1996.

A pesquisa apresentada configura-se como de caráter qualitativo articulada com o resultado dos dados quantitativos através dos quais estamos utilizando as fontes primárias e secundárias. Adotamos o pluralismo teórico, conceito que segundo MARTINS (1987) não designa apenas uma pluralidade. Ele contém uma pluralidade de significados diversos. Isto torna possível que esse conceito possua atualidade, como expressão de conflitos virtuais sobre fundamentos do trabalho científico - que não se pode escamotear administrativamente - e como elemento no processo de superação desses conflitos.

Partindo desse pressuposto a questão do pluralismo científico passa a fazer parte do processo produtivo de conhecimento, dos conflitos e das divergências e, é adotado como exigência decorrente de uma situação altamente controversa.

O objeto de estudo dessa pesquisa exigiu uma compreensão de sua materialidade histórica contextualizando a “Regionalização da saúde” a partir dos modelos de saúde propostos no Brasil ao longo da história da política de saúde. Uma descrição do processo a partir da análise dos conteúdos coletados e dos autores consultados. E para concluir oferece uma análise de cunho metodológico e científico que contribua para o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde e possibilite novos estudos.

A pesquisa vem abrangendo as quatro Macroregiões de Saúde do Estado da Paraíba com sede nos municípios de: João Pessoa, Campina Grande, Patos e Sousa.

Tabela 1: Demonstrativo da abrangência da pesquisa

MACROREGIÃO	MUNICÍPIO/SEDE	Nº DE MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO
1ª	João Pessoa	65	1.712.428
2ª	Campina Grande	70	1.020.035
3ª	Patos	48	434.103
4ª	Souza	40	429.283
TOTAL		223	3.595.849

As Macrorregiões de saúde constituem a base territorial de planejamento da atenção à saúde, definida de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde, considerando as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, e relações intermunicipal. A Paraíba foi dividida em 04 Macrorregiões. A maior concentração populacional ficou na Primeira Macro com sede em João Pessoa, capital do estado para onde, naturalmente, acontece maior migração espontânea.

Na Segunda macrorregião ficou concentrado o segundo maior contingente populacional, Campina Grande, sua sede historicamente se comporta como referencia natural para a população do interior do Estado.

As duas outras Macrorregiões, Patos e Sousa, localizam-se na parte do extremo oeste do Estado. Segundo a perspectiva descrita para a conformação da Regionalização da Saúde, o Estado da Paraíba ficou distribuído em: Macrorregiões 04; Microrregiões 12; Módulos Assistenciais 44; Municípios Satélites 179.

Com relação a amostra concordo com Minayo quando afirma que;“A amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões”. (MINAYO; 1992, p.42).

Nessa direção, os sujeitos da pesquisa foram técnicos e gestores de saúde que estivessem atuando ou, que atuaram no processo de discussão da regionalização e descentralização do SUS no Estado da Paraíba das três esferas de gestão; Federal, Estadual e Municipal.

O acesso a esses sujeitos foi se dando a partir de entrevistas face a face mediante autorização prévia das respectivas instituições e do próprio entrevistado. A amostra foi estimada em 25 entrevistas, desse total, foram realizadas 22 entrevistas com atores estratégicos, sendo 01 do corpo técnico do Ministério da Saúde, 05 dirigentes e técnicos da SES/PB, 02 do nível regional, 05 Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-PB), 04 membros da Comissão Intergestores Bipartite representantes dos municípios e 04 conselheiros estaduais de saúde. Os critérios adotados para seleção dos atores estão relacionados à ocupação de cargos/funções relevantes para o processo de regionalização, quais sejam: planejamento, regulação e avaliação, auditoria, atenção básica e coordenação de processos de trabalhos relacionados com a problemática da regionalização e assistência à saúde. Também foi considerado o tempo de permanência nos cargo/função que compreende o período do estudo realizado. No momento da análise dos dados levantados na segunda fase da pesquisa, foram cotejados alguns dados secundários que aprimoraram as descrições obtidas nas entrevistas. Tais dados possuem caráter complementar e receberam tratamento estatístico adequado de acordo com os objetivos da dissertação.

Tabela 2: Demonstrativo da Amostra da Pesquisa (Instituições e Sujeitos).

NÍVEL	ATOR SOCIAL	ENTREVISTAS		
		PREVISTAS	REALIZADAS	TABULADAS
Federal	Técnico do Ministério da Saúde	02	01	*S
Estadual	Secretário de Estado da Saúde	01	-	-

	Técnicos da Unidade Setorial de Planejamento da SES/PB	02	02	02
	Técnicos da Coordenação de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria da SES/PB.	02	03	03
Regional	Técnicos dos Núcleos Regionais de Saúde das sede das Macrorregiões – (João Pessoa; Campina Grande; Patos e Souza)	04	03	02
Municipal	Secretários Municipais de Saúde e/ou técnicos dos municípios sede de macrorregião.	04	04	04
	Presidente do COPASEMS – Conselho Paraibano de Secretários Municipais de Saúde	01	01	01
Instâncias Deliberativas do SUS	Membros da CIB-E/PB, representantes de municípios de pequeno e médio porte.	04	04	03
	Membros do Conselho Estadual de Saúde (segmentos de Prestadores de serviços e Trabalhadores; um de cada. Três representantes dos usuários)	05	04	04
TOTAL DE ENTREVISTADOS		25	22	19

***S(Não informou dados, apenas as respostas subjetivas)**

Tal amostra possui caráter intencional pelo fato de trabalhar na Secretaria de Estado da Saúde e de integrar na época da pesquisa a equipe técnica da Gerência do Planejamento e Gestão responsável pela coordenação dos trabalhos para o redesenho do Plano Diretor de Regionalização (PDR) o que nos coloca, em uma posição favorável ao acesso as fontes primárias e secundárias do objeto de estudo desta pesquisa.

Desta feita foram utilizados durante o trabalho de pesquisa, instrumentos de fonte primária e secundária. Como fonte secundária, foram analisados os documentos abaixo relacionados que se encontram disponíveis em formato impresso para viabilizar o estudo analítico.

Aspectos Legais do SUS:

Constituição da República Federativa do Brasil;

Lei Nº 8.080/90 e 8.142/90;

Normas Operacional Básica - NOB 01/91, 01/92, 01/93 e NOB 01/96;

Normas Operacional da Assistência – NOAS/SUS 01/2001 e 01/2002;

Portarias e Normas Ministeriais;

Resoluções das Instâncias Decisórias do SUS;

Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Documentos Oficiais da SES/PB (Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba) correspondentes ao período de 2003 a 2006:

Plano Estadual de Saúde;

Plano Diretor de Regionalização - PDR;

Plano Diretor de Investimentos – PDI;

Programação Pactuada e Integrada – PPI

Pactos pela Saúde: Termos de Compromisso entre Entes Públicos

Portarias dos Gestores de Saúde;

Resoluções da Comissão Intergestores Bipartite CIB/ E/PB;

Resoluções do Conselho Estadual de Saúde – CES-PB.

Relatórios de Gestão

Sistema (s) Nacional de Informação em Saúde.

O instrumento de fonte primária se constitui de roteiros para entrevista que foram realizadas face a face com os sujeitos da pesquisa, identificados no decorrer do texto. Foram utilizados questionários estruturados a partir de dados qualitativos e quantitativos. (anexo-I)

Adotamos a metodologia de grupos focais com os gestores municipais das quatro macrorregiões do estado. “A idéia por trás do método do grupo focal é que os processos grupais podem ajudar as pessoas a explorar e clarear sua visão por meio de maneira que seriam menos facilmente acessível numa entrevista frente a frente”. (POPE; MAYS, 2005, p. 31).

O tratamento dos dados coletados se deu de duas formas como já é possível observar no decorrer deste trabalho: a partir da transcrição das entrevistas individuais ou de grupos focais e do material documental fruto da consulta de arquivos públicos e da participação de oficinas temáticas que envolvem o processo de regionalização da saúde, além dos registros feitos das situações observadas no cotidiano institucional e do diário de campo utilizado.

O tratamento, portanto, ocorreu através da análise qualitativa dos fragmentos de falas dos entrevistados, bem como dos trechos de documentos consultados, além da análise dos gráficos e quadros obtidos com os recursos quantitativos. Todos os dados empíricos foram analisados a luz do escopo teórico concernente ao tema investigado.

Após a contextualização do objeto de estudo, bem como exposição das justificativas e relevância do seu desenvolvimento, aqui apresentada, serão abordados aspectos referentes ao desenho do estudo em quatro capítulos. O primeiro trata da construção do SUS resgatando o movimento político social e os modelos assistenciais de saúde contextualizando a política de saúde no Brasil. Discute, a partir de elementos presentes na literatura científica e na análise documental, a influência do contexto federativo e do campo legal e normativo da saúde. No segundo capítulo trata-se do processo de descentralização da saúde ocorrida no estado da Paraíba a partir do princípio da Regionalização. O terceiro capítulo traz uma caracterização do Estado da Paraíba, contendo o perfil demográfico, as características geográficas, sua divisão geo-administrativa. Apresenta um breve panorama sobre o estado da Paraíba o cenário da assistência à saúde e o diagnóstico da saúde no estado a partir da análise de dados

disponibilizados nos sistemas de informações do SUS. Apresenta uma análise documental dos principais instrumentos de gestão a partir do processo da descentralização com enfoque das responsabilidades dos entes federados. O quarto capítulo aborda aos resultados obtidos, onde constam considerações importantes sobre a percepção dos entrevistados acerca da problemática do acesso aos serviços de saúde e da regionalização e as considerações finais acerca do estudo.

CAPÍTULO I

A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL E A LÓGICA DE GESTÃO

1.1 Os Modelos Assistenciais e o Contexto Político da Saúde no Brasil

Partiremos para uma compreensão do movimento político social e do aparelho do estado como responsável pelo Estado de Bem Estar Social, dos cidadãos, onde uma forma particular de regulação social é expressa pela transformação das relações entre o Estado, economia e a sociedade. Santos, assinala que o Estado, em sua função de regulação, assume certa dualidade, compondo uma sociedade civil que lhe é “íntima” e outra que lhe é “estranha”. (apud, Sposati, 1991; p.8). Tal afirmação coloca em questão o conceito de cidadania onde cada grupo social teria assim condições objetivas e possibilidades diferenciadas de acesso à efetivação de sua cidadania.

Ao Estado é atribuído o dever de promover o crescimento das condições de cidadania a partir de uma gestão compartilhada com a sociedade. Essa visão de gestão do poder público avança a partir da Constituição de 1988, que reconhece as

organizações da sociedade civil como interlocutores legítimos de direitos a bens e serviços de proteção social. No entanto, alguns problemas na administração da política assistencial no Brasil são apontados por Teixeira (1991, p.89) caracterizando-os como:

- Inadequado ante as demandas prevalentes;
- Ineficaz em suas ações;
- Centralizado e autoritário;
- Fragmentado e sem coordenação;
- Insuficiente quanto aos recursos alocados;
- Dispersos quanto às fontes de dotação de recursos financeiros;
- Concentrador de renda;
- Concentrado em termos da localização dos serviços;
- Baixa produtividade;
- Clientelista;
- Baixa qualificação de recursos humanos;
- Péssimos salários;
- Extremamente burocratizado;
- Incapacidade gerencial;
- Vulnerável aos ciclos recessivos;
- Privatizado e mercantilizado;
- Baixa cobertura;
- Discriminador de clientela;
- Paternalista e outros.

Com base nesse diagnóstico fica comprovada a necessidade imperiosa da definição de políticas e ações técnicas que possibilitem mudanças no atual modelo administrativo das instituições públicas responsáveis pela execução da política social. Estamos diante de um desafio para a área social em particular o setor da saúde que ao longo do processo econômico-produtivo desse país, teve a política de saúde subordinada à política econômica que, portanto, estabeleceu seus modelos.

No início do século XX, tivemos o modelo sanitarista-campanhista que se caracterizou por práticas sanitárias voltadas para a expansão do setor agro-exportador; controle de endemias e epidemias para saneamento dos espaços por onde circulavam as mercadorias de

exportação e combate às doenças transmissíveis para controle daquelas que prejudicavam a exportação do café.

Com a aceleração do processo de industrialização, importava não mais o saneamento do espaço de circulação de mercadorias e sim a restauração da capacidade físico-produtiva dos que produziam as mercadorias. Nos anos 50 a 70 surgem a Medicina Previdenciária e o modelo médico-assistencial privatista. A Previdência Social é limitada aos trabalhadores formais, coerentes com o atendimento prioritário à força do trabalho para o lucro do sistema capitalista.

Existem várias definições da política social. O liberalismo clássico e/ou liberalismo conservador defende que o Estado não deve intervir nas questões econômicas; outros pensamentos próximos às propostas da social-democracia acreditam que o mercado liberado a si mesmo poderá se destruir e que o Estado deve intervir com o objetivo de eliminar as grandes desigualdades sociais. Para o Pluralismo e o elitismo as políticas sociais são entendidas como grupos de administradores, que definem os rumos das mesmas. Para o Maxismo Clássico, o Estado capitalista cria muitos males para as classes trabalhadoras, portanto, ele não pode promover bem-estar.

Com respeito às políticas de bem-estar social, estas ficam diluídas nas organizações sociais e no mercado, pelas palavras de ordem do projeto neoliberal: descentralização, terceirização, privatização e flexibilização. Diante do grau de desarticulação da classe trabalhadora, propiciada pelas novas tecnologias, pelo nível de desemprego no país e pela fragmentação do espaço nacional em nichos de prosperidades, integrados à rede de acumulação de capital internacional, fica muito difícil vislumbrar a constituição de um Estado de bem-estar enquanto persistir a ideologia e políticas que promovam a expansão dos mercados como saída para o desenvolvimento e melhoria das condições de vida da sociedade brasileira, tendo o Estado um papel apenas de guardião dos lucros privados e da promoção de políticas assistencialistas, típicas dos Estados liberais dos séculos XVIII e XIX. (GOMES, v. 40, p.12, 2006)

A explicação que encontramos para tal questão define a teoria pluralista, onde existem vários atores com liberdade e poder de decisão em relação às políticas sociais. Segundo DRAIBE (1993, p.119) “as Políticas Sociais no Brasil, possuem um perfil e características, que não permitem a existência de Welfare State, para os brasileiros. Vivemos uma realidade de miséria, pobreza e exclusão social”. “A política de saúde vista numa concepção histórico-estrutural inaugura um novo paradigma no conhecimento da relação entre medicina e sociedade e conseqüentemente do papel do Estado nessa relação”. TEIXEIRA, (1989, p.17). Partindo dessa visão podemos entender, que para a efetivação da política de saúde é necessário um estudo mais aprofundado da concepção do Estado, buscando uma compreensão da definição de cidadania, direitos sociais, organização e eficácia do setor público e da democracia.

Não podemos deixar de refletir sobre as principais características da política social no período da ditadura militar marcada por uma ampla reforma administrativa, no Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (Sinpas), EM 1977, que era formada pelo Instituto Nacional de Previdência Social (Inps); Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps); Instituto Nacional de Administração da Previdência Social (Iapas) da Fundação Nacional para o Bem-estar do Menor (Funabem) e a Central de Medicamentos (Ceme).

Nessa associação entre previdência, assistência e saúde, impôs-se uma forte medicalização da saúde, com ênfase no atendimento curativo, individual e especializado, em detrimento da saúde pública, em estreita relação com o incentivo a indústria de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, orientados pela lucratividade.” Bravo (apud Behring; Boschetti).

Desta forma instala-se na política de saúde do Brasil, um modelo voltado para atenção hospitalar e um incentivo as construções e reformas de hospitais privados com dinheiro público, mais especificamente com recursos financeiros da Previdência Social, associada ao enfoque da medicina curativa foram concomitante à grande expansão das faculdades particulares de medicina. O INAMPS financiou a fundo perdidas as empresas privadas que desejassem construir seus hospitais. (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005)

Os desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir as despesas de outros setores e para realização de obras, e o não repasse pela União dos recursos do tesouro nacional para o sistema previdenciário levam a uma profunda crise econômica. Registra-se um grande período de recessão com baixos salários, contidos pela política econômica.

A população passa então, a conviver com o desemprego e as suas graves conseqüências sociais, como o aumento da marginalidade, o crescimento das favelas nas grandes cidades brasileiras, agravamento do quadro de mortalidade infantil, epidemias de doenças como tuberculose e hanseníase. As conseqüências dessa política econômica levaram o sistema de saúde a priorizar a medicina curativa, que se tornou incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva. O modelo hospitalocêntrico instalado no sistema de saúde brasileiro eleva cada vez mais os custos com o setor que demanda uma complexidade crescente. Enquanto esse modelo se amplia, as ações de promoção e prevenção passam a não serem priorizadas.

Desta forma o sistema de saúde do período militar aumenta a discriminação no acesso, a medida em que o setor privado aumenta sua rede de serviços sob a ótica do lucro a partir da

doença nos indivíduos, restringe o acesso e define o sistema para os que podem e para os que não podem pagar.

A medida em que essa situação avança ocorre um decréscimo na arrecadação das receitas da previdência Social reduzindo suas receitas. O sistema de saúde passa demonstrar uma incapacidade de atendimento a população contribuinte e por outro lado se registra o aumento da população de excluídos do sistema.

As Constituições brasileiras anteriores não asseguravam o direito à saúde e modelo assistencial era discriminatório, centralizador, autoritário e hospitalocêntrico voltado para valorização da assistência hospitalar em detrimento das ações de promoção e prevenção.

Esse modelo teve seu fracasso constatado com a crise social em que mergulhou o país na década de 80, especificamente o setor saúde. Dentro desse grave contexto político-social, surge com toda força o movimento da Reforma Sanitária do Brasil, que tem sido objeto de estudo de pesquisadores das políticas sociais.

Dentre as medidas propostas para diminuir a crise financeira da Previdência Social, destaca-se a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp) que tinha como finalidade principal propor normas e encontrar soluções para a crise do setor. O Conasp passa, então, a tomar medidas de caráter emergencial, objetivando a redução dos gastos na assistência hospitalar. O sistema de Saúde passa a contar com a ação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e das Secretarias Estaduais de Saúde nas políticas sanitárias daquele momento, que teve como principal diretriz a integração das ações através da implantação, em 1983 das Ações Integradas de Saúde (AIS) que constituía em um programa voltado para atenção médica para as áreas urbanas .

Segundo MENDES, (1995, p. 36) o plano “Conasp” (grifo nosso) propõe a reversão gradual do modelo médico-assistencial através do aumento da produtividade do sistema, da melhoria da qualidade da atenção, da equalização dos serviços prestados às populações da zona urbana e rural da eliminação da capacidade ociosa do setor público, da montagem de um sistema de auditoria médico-assistencial e da revisão dos mecanismos de financiamento do FAZ.

A partir do Conasp vários projetos foram propostos com o objetivo de resolver a crise do setor saúde, que perpassava pela necessidade de mudança do modelo assistencial e contava com o apoio do movimento sanitário.

De acordo com Ham (apud, BRASIL; CONASS. 2007, p.26) as reformas sanitárias podem ser concebidas como movimentos de mudanças propositais, como objetivos predefinidos, incidentes sobre macrofunções estratégicas dos sistemas de saúde e que se sustentam ao longo do tempo.

Ao caracterizar as reformas sanitárias o autor citado classifica e explica as reformas em quatro tipos principais: a reforma big-bang, a incremental, a reforma de baixo para cima e a reforma sem reforma. Defini a reforma big-bang como processos rápidos e implantados a partir de movimentos estruturais que contam com a efetiva participação da sociedade. Desta forma considera a reforma sanitária do Brasil da década de 80 como uma reforma do tipo big-bang, por acontecer dentro de contexto histórico que compreende o fim do regime militar e pela profundidade das mudanças propostas. Devemos destacar o avanço dos movimentos sociais da época e sua efetiva participação no processo de mudança do setor saúde.

Outros fatos importantes foram decisivos para o processo de reforma, podemos destacar: a VIII Conferência Nacional de Saúde, (CNS) que teve como marco histórico à participação de amplos setores populares o que garantiu as propostas contemplar as reivindicações da sociedade brasileira na perspectiva de se contraporem à crise surgida com o regime anterior.

A VIII Conferência Nacional de Saúde teve como desdobramento imediato um conjunto de trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, passa, com sua doutrina, a construir-se no instrumento político-ideológico que viria influir de forma muito significativa em dois processos que se iniciam, concomitantemente, no ano de 1987: um, no executivo, a implantação do SUDS e, outro, no poder legislativo, a elaboração da nova constituição brasileira. (MENDES, et al, 1995, p.43)

Dois anos depois as propostas aprovadas na VIII CNS, são aprovadas na Constituição de 1988, o que representou uma grande conquista na luta pelo direito à saúde. Os temas abordados trataram da questão do direito à saúde, a reformulação do sistema de saúde e o financiamento do setor. Nesta conferência foram lançadas as bases doutrinárias de um novo sistema de saúde para o Brasil, que mais tarde vinha a ser constitucional e legitimado pela sociedade.

As propostas do movimento sanitário ao serem legitimadas na VIII Conferência Nacionais de Saúde e conseguidas a adesão dos parlamentares durante o processo da

Assembléia Nacional Constituinte deram origem ao Sistema Único de Saúde que traz como princípios à universalização do atendimento, garantido a todos, o direito a ter acesso as ações e aos serviços de saúde de forma integral e que esses serviços sejam, descentralizados e organizados a partir das diretrizes da regionalização e hierarquização. A VIII Conferência Nacional de Saúde considerada um marco para condução da reforma sanitária no país e, assim concordamos com Mendes (1994, p. 42) ao afirmar que:

A reforma sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema.

Em 1990 é publicada a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 e 8.142/90, que definem o papel de cada nível de governo, e coloca a descentralização como principal estratégia de implantação do SUS. A partir de então se concretiza o discurso em relação ao setor saúde: não se pode discutir saúde independente de seus fatores determinantes e condicionantes, onde a concepção de saúde como resultado de questões extras setoriais mais abrangentes se contrapõe a concepção de que, a doença é a causa de distúrbios e desvios em outros setores.

Segundo SANTOS, (2001, p. 43) ao interpretar o artigo 3º da Lei nº. 8080/90 – “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica de um País”. Condiciona desta forma o nível de saúde de uma nação/estado ao seu nível de organização social onde o direito à saúde depende dos fatores econômicos e políticos.

Esta exigência se dá, pelo fato da política setorial congregar inúmeros interesses, da influência que exerce, e da mediação que oferece nas relações entre as instituições e os grupos de interesses societários, em torno do Sistema Único de Saúde.

Apesar dos confrontos observados entre os governos estaduais e os municípios, o avanço democratizante da atual política de saúde é um fato concreto, já que é possível de um lado, diversos grupos da sociedade civil organizada através dos conselhos, participarem da formulação e fiscalização da política, e de outro os gestores compartilharem as decisões que dizem respeito à operacionalização técnica do SUS.

Entre as diretrizes políticas consolidadas pela Constituição Federal de 1988 estão os fundamentos de uma radical transformação do Sistema de Saúde Brasileiro, conquistado através do consenso da sociedade, que buscou apontar caminhos para superação de problemas tais como:

- A excessiva centralização, levando a decisão muitas vezes equivocada;
- Um quadro de morbidade e mortalidade, condicionado pelo nível de desenvolvimento social e econômico do País;
- Irracionalidade e desintegração do Sistema de Saúde, com a oferta de serviços em alguns lugares e ausência em outros;
- Recursos financeiros insuficientes em relação às necessidades de atendimento e em comparação com outros países;
- Baixa cobertura assistencial da população, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, e ações de promoção da saúde;
- Falta de definição clara das competências e responsabilidades administrativas dos governos;
- Insatisfação da classe trabalhadora da área de saúde, com os baixos salários e a ausência de uma política de recursos humanos;
- O processo de formação acadêmico-profissional desintegrado da realidade social;
- Serviços com baixa qualidade tecnológica, dissociada dos países mais desenvolvidos;
- A não participação da população nas decisões das políticas de saúde;
- Falta de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços;
- A insatisfação da população com a discriminação entre cidadãos contribuintes e não contribuintes.

O Sistema Único de Saúde – SUS surge com a definição de uma nova formulação política e organizacional que traz no artigo 5º da Lei n.º 8080/90, os objetivos e atribuições do SUS: Identificar os fatores condicionantes e determinantes da saúde e, em consequência, formular a política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doença e outros agravos ao bem estar físico, mental e social do indivíduo e da sociedade; Prestar assistência às pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrando as medidas assistenciais com as preventivas.

Para SANTOS, (et al, 2001, p.45) a importância deste artigo repousa em seu inciso II, ao reconhecer que o estado de saúde, expresso em qualidade de vida, pressupõe condições

econômicas e sociais favoráveis ao bem estar do indivíduo e da coletividade e confere aos dirigentes do SUS o poder de atuar a formulação da política de saúde, visando interferir nos campos econômico e social para prevenir doenças e outros agravos. Baseado os preceitos Constitucionais, a construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios doutrinários:

- Universalidade – Todas as pessoas têm direito ao atendimento independente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda, etc. A saúde é direito de cidadania e dever do governo Municipal, Estadual e Federal. Deixam de existir com isto os “indigentes” que eram os brasileiros excluídos do mercado formal do trabalho;
- Equidade - Todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido conforme as suas necessidades.

Com vistas ao fortalecimento dessa democracia local, foi necessária a redefinição dos papéis nas três esferas de governo. Pôr sua vez, os serviços locais se viram pressionados a buscar soluções para atender as necessidades básicas da população, buscando elevar o nível de organização e a ampliação da oferta dos serviços.

No campo da saúde podemos constatar que o Sistema Nacional de Saúde possui um modelo marcado pelo autoritarismo burocrático, ou seja; o Governo Federal definia e implantava em estados e municípios os programas e projetos do setor saúde, sem que houvesse a participação na elaboração desses e tornavam-se responsáveis pela execução dos mesmos. Os serviços e os trabalhadores de saúde devem estar preparados para respeitar e considerar as diferenças entre os grupos populacionais oferecendo mais assistência a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes.

O indivíduo é um ser social, cidadão que biologicamente, psicologicamente, e socialmente está sujeito a riscos de vida. Desta forma a assistência deve ser prestada para promover saúde, e não apenas para tratar as doenças que o acomete. Isto exige ações intersetoriais a fim de promover condições de vida que favoreçam um estado saudável para o indivíduo garantindo-lhes acesso a: habitação, meio ambiente saudável, educação e lazer. O campo da prevenção deve oferecer; saneamento básico, imunização, ações coletivas e de vigilância à saúde. E no nível da recuperação tem o dever de garantir acesso aos atendimentos básicos e especializados (tratamento e reabilitação).

A partir das mudanças propostas pelo SUS a organização da rede de serviços deve obedecer aos princípios da Regionalização e Hierarquização a partir de um processo de descentralização de ações, recursos financeiros e poder de decisão.

A organização do SUS de acordo com a Lei Orgânica da Saúde LOS nº 8080/90 prevê ainda, a estruturação dos seus serviços e ações de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. Cabendo ao Estado dispor de todos os recursos, dos mais simples aos mais complexos, para recuperar a saúde do indivíduo. Desta forma, ficam estabelecidos os níveis de hierarquia decorrente dos níveis de complexidades da rede de serviços.

De acordo com ROCHA (2005, p.65) a Lei Orgânica da Saúde (LOS) Nº 8.080/90, explicitando as prerrogativas para condução deste novo modo de pensar e agir em saúde, no art. 7.º, traça os princípios do SUS:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990).

Contudo, a partir da constituição do SUS, vem sendo necessária ao longo do processo de sua implantação a adoção de medidas orientadoras, que são legitimadas através dos fóruns específicos e transformadas em portarias e normas estabelecidas a “partir do consenso das três esferas de gestão”. (grifo nosso), a seguir destacaremos essa trajetória numa lógica do processo de construção das propostas da Reforma Sanitária Brasileira.

1.2 As Normas Complementares do SUS do período de 1991 a 2006

As Normas Operacionais do SUS (NOB/91,92,93, e 96) têm representado um importante instrumento de regulamentação desse processo de descentralização, à medida que estabelecem, de forma negociada, mecanismos e critérios para a transferência de responsabilidades e recursos para estados e municípios. Tais normas definiram critérios para que estados e municípios se habilitassem a receber os recursos financeiros das transferências do fundo nacional de saúde direto para estados e municípios o que lhes atribuíam novas responsabilidades. E tinham entre outros objetivos:

- Induzir e estimular mudanças no SUS;
- Aprofundar e reorientar a implementação do SUS;
- Definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes, e movimentos tático-operacionais;
- Regular as relações entre os seus gestores; e normatizar o sistema de saúde.

Ao longo da década de 1990, foram editadas quatro dessas normas as NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93 e NOB 01/96, sendo que as duas últimas foram resultantes de processos de negociação progressivamente mais intensos entre os atores setoriais, particularmente no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde.

As Normas Operacionais Básicas, por sua vez, vem orientando a organização do SUS ao longo desses dezoito anos, a partir do estabelecimento de regras de organização e financiamento do SUS. Tais normas sempre foram complementadas por portarias do Ministério da Saúde.

Esse processo foi orientado, inicialmente pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) do SUS, instituídas por meio de portarias, inicialmente do Inamps e depois do Ministério da Saúde. A primeira NOB foi publicada em 1991, editada pela Presidência do Inamps (Resolução nº 258, de 7 de janeiro de 1991). Atendeu a uma cultura que prevalecia no momento naquela instituição altamente centralizadora e voltada para a assistência médica com tratamento igual para os hospitais públicos e privados, colocando os prestadores de serviços públicos na condição de prestador, recebendo pagamento por serviços prestados. Nesse contexto o Inamps continua como único órgão gestor, os estados com uma situação muito

incipiente e a maioria dos municípios brasileiros sequer tinha um departamento que respondesse pelas questões da saúde.

A NOB/91, dá início ao processo de municipalização das unidades básicas dos estados e algumas federais para os municípios. Estes por sua vez, passam a integrar um sistema de saúde público que aplica recursos a partir da lógica da produção, tratando a saúde como mercadoria. Os critérios para os repasses de recursos, ainda convenientes foram modificados, passando a sistemas de financiamento centrados na prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares o Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS).

Segundo Andrade; Santos, (2007, p. 39) “Nesse sentido, a NOB 01/91 foi muito criticada por tentar manter a estrutura convencional do SUDS no SUS.” As críticas tinham a intenção de fazer com que, o Ministério da Saúde cumprisse as determinações do art. 3º da Lei n. 8.142/90, rezava que “Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei n. 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, será utilizado o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo”. Outros pontos criticados podem ser aqui destacados: utilizar o convênio para meio de transferência; fragmentar os recursos da saúde; centralizar os sistemas de informação e gerenciamento; manter o critério de produção de serviços; desconsiderar as ações e serviços da vigilância epidemiológica e sanitária.

A NOB/92, editada pelo Inamps, através da Portaria da Secretaria de Assistência à Saúde/MS, nº 234 de 7 de fevereiro de 1992, obedeceu a um processo de negociação entre os três níveis de governo numa articulação que envolveu o Ministério da Saúde o Conass e o Conasems. Tinha como objetivos: a normatização da assistência à saúde no SUS; o desenvolvimento e o funcionamento do sistema; e dar forma concreta e instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde. Trata-se de uma norma considerada precursora do documento “A Ousadia de Fazer Cumprir a Lei” (grifo nosso) publicado pelo Ministério da Saúde em 1993.

Para dar conta desse propósito o documento trás em sua introdução um chamamento tornando claros os preceitos constitucionais e as responsabilidades de gestão orientadas a partir da adoção por parte dos gestores de planos de saúde e relatórios de gestão, como instrumentos de planejamento das ações. Resgata os movimentos que contribuíram ao longo da história com o processo continuado de mudanças e ajustes no sistema e considera as

diferenças regionais em relação ao processo político em pauta. Busca uma definição conceitual para e metodológica para questões de: planejamento em saúde; o financiamento da assistência ambulatorial e hospitalar; estímulo à municipalização e as ações de saúde coletiva; os sistemas de informações utilizados na época, advindos do Inamps – Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), se constituem até hoje, em ferramentas importantes para o processo de planejamento, controle, regulação e avaliação no SUS.

Entra em cena a descentralização de dois sistemas que possibilitará acesso mais rápido dos dados, e processamento informatizado e diferenciado das informações. Passa a exigir requisitos básicos para que os municípios e estados recebam as transferências do governo federal, conforme estabelecido na Lei nº 8.142/90. Tais requisitos incluem: a criação de um Fundo específico para movimentação financeira do setor saúde; a criação e funcionamento dos conselhos de saúde; a construção de um plano de saúde e relatórios de gestão como instrumentos de planejamento e avaliação das ações de saúde para cada nível de governo; a elaboração de um plano de cargos carreira e salários (PCCS) para os trabalhadores da saúde, exigência essa, até hoje não cumprida pela maioria dos municípios. Por fim, a NOB/92, trás exigência da comprovação da contrapartida financeira no orçamento da saúde nos três níveis de governo mas, por outro lado continuou marcada pelas regras do INAMPS quanto à forma de pagamento de serviços pelo sistema de produção e à tabela de procedimentos.

Em 1993, através da Lei n.º 8.689, é extinto o Inamps, e suas atividades e atribuições passam a ser exercidas pelas três esferas de governo, em cumprimento ao estabelecido nas Leis n.º 8.080/90 e 8.142/90.

Em maio de 1993 o Ministério da Saúde publica a NOB/93, através da Portaria GM/MS n.º 545, de 20 de maio de 1993, que trás como principal objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e dos serviços de saúde. Institucionalizou as comissões intergestores Bipartite e Tripartite, criando um espaço legítimo de negociação para pactuação das questões operacionais do SUS. Acelera o processo de municipalização com a instalação do processo de habilitação de estados e municípios. Cria as condições de gestão diferenciadas, (incipiente, parcial e semiplena) a partir da capacidade de respostas às questões da saúde. As transferências passam a ser efetuadas fundo a fundo e apresenta frágil definição do papel dos estados, que entretanto, também passam a assumir seu papel de gestor do sistema estadual de saúde.

Tabela 3: Evolução da descentralização no SUS – NOB/93, NOB/96, NOAS/01 e NOAS/02

Indicador / Ano	Dez/97	Dez/98	Dez/99	Dez/00	Dez/01	Dez/02	Dez03	Nov/04
N.o de municípios recebendo recursos fundo a fundo	144	5049	5350	5450	5535	5.540	5.560	5.560
N.o de estados recebendo recursos fundo a fundo	-	2	7	8	12	15	20	27
% da população residente nos municípios que recebem recursos fundo a fundo	17,3%	89,9%	99,26%	99,72%	99,90%	99,91%	99,93	100%
% do total de recursos assistenciais transferido fundo a fundo (anualizado)	24,1%	44,7%	54,1%	61,0%	66,7%	69,2%	79,5%	96,6%

Fonte:
MS, 20
04

O
s
dados
apre
sentad

os refletem o impulso do processo de Descentralização a partir da municipalização das ações e dos serviços refletidas na ótica do repasse de recursos financeiros. Tal avanço deve-se ao movimento municipalista que atuou fortemente em defesa da descentralização do SUS. Devemos destacar ainda, a renúncia do Presidente Fernando Collor, que gera expectativas de avanço democrático e reformulação do aparelho do Estado levando técnicos ligados ao movimento da Reforma Sanitária a assumirem cargos importantes no Ministério da Saúde contribuindo para o avanço democrático do setor saúde.

Andrade; Santos (2007) assinalam que a NOB 01/93 foi um marco na implementação do SUS por considerar que estados e municípios são gestores do SUS e não prestadores de serviços do Ministério da Saúde. Com isso passa a transferir os recursos financeiros fundo a fundo a partir da lógica do teto global e possibilitando os municípios serem gestores do sistema no âmbito local.

A NOB/96, publicada através da Portaria n.º 2.203, de 5 de novembro de 1996 avança na descentralização consolidando através da política de municipalização estabelecendo o pleno poder para os municípios habilitados na condição de gestão plena. A partir das normas estabelecidas possibilita um avanço significativo no processo de autonomia do poder local, colocando a responsabilidade neste âmbito e conseqüentemente a decisão mais próxima do cidadão. Registra um aumento dos repasses financeiros para o setor e fortalece a gestão do SUS, compartilhada entre os governos municipais, estadual e federal, através das Comissões Intergestores Bipartite e tripartite. Reorganiza o modelo assistencial, colocando sob a responsabilidade do município toda a execução das ações de atenção básica. Institui a

Programação Pactuada e Integrada (PPI) como o principal instrumento formalizador de relações entre os gestores.

Redefine entre outras ações o papel da gestão estadual como coordenadora do sistema no âmbito de cada estado com a finalidade de cooperação técnica e financeira. Chama a atenção dos gestores para cumprimento dos preceitos legais e das responsabilidades técnicas e políticas de cada esfera de governo nos seguintes aspectos: atenção à saúde; sistema de saúde municipal como responsável em primeira escala pela saúde da população; as relações entre os sistemas de saúde municipais, consolidadas através dos instrumentos de planejamento; o papel dos gestores de cada esfera de governo; a definição da direção e articulação do sistema reforçando o papel dos colegiados de gestão CIB e CIT; redefine responsabilidades, fontes transferências e tetos financeiro e propõe bases para um novo modelo de atenção à saúde.

Esta NOB, regulou o Sistema durante cinco anos (1996 a 2000), em 26 de janeiro de 2001 é publicada a Portaria GM/MS n.º 95, que cria a Norma Operacional da Assistência (NOAS/2001), instituiu os Planos Diretores de Regionalização e de Investimentos e introduziu a idéia de redes de assistência.

A NOAS/2001 amplia a responsabilidade dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização na assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e precede os critérios de habilitação de estados e municípios.

Ao ser avaliado, o movimento de descentralização buscou identificar as principais dificuldades enfrentadas pelos gestores estaduais e municipais e buscou a definição de novas estratégias de enfrentamento dos problemas apresentados que giravam em torno da indefinição de papéis e de responsabilidades entre os três entes federados.

Com o objetivo de organizar melhor o sistema de saúde a Comissão Tripartite (CIT) aprova em 13 de abril de 2000, critérios que possibilitem de forma concreta a operacionalização dos princípios organizativos do SUS: Descentralização a partir da ampliação das ações sob a responsabilidade dos municípios; a Regionalização tomando como base a territorialização do sistema para definição de prioridades e tomadas de decisões; e a Hierarquização da rede de serviços que obedecesse aos princípios anteriores, e garantisse de forma integral assistência nos três níveis (primário, secundário e terciário).

A Regionalização exigiu que os Estados elaborassem um Plano Diretor de Regionalização (PDR) que tinha como principal objetivo a garantia do acesso de todos os

cidadãos aos serviços de saúde de forma integral a partir de um sistema de referências intermunicipais.

Os conceitos adotados nos referidos planos tiveram como base teórica o conceito de território e partir de uma determinada área geográfica definida como região e microrregião de saúde e de suas características socioeconômicas, demográficas, sanitárias, epidemiológicas defini-se a oferta de serviços e as relações entre os sistemas.

Para melhor definir a rede, e as responsabilidades com a assistência estabeleceu modalidades para divisão territorial que tomou como base, a capacidade de atendimento da rede de serviço para atender a demanda de uma determinada região de saúde, são elas: Módulo assistencial; município-sede do módulo assistencial; município pólo; Unidade territorial de qualificação na assistência à saúde.

Para estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, a NOAS estabeleceu requisitos mínimos a serem cumpridos para a qualificação de microrregiões na assistência à saúde. Nas unidades interfederativas cujo modelo de regionalização não compreendesse microrregiões de saúde, a base territorial adotada seria a menor utilizada para o planejamento regionalizado. (ANDRADE; SANTOS, 2007)

A NOAS 01/2001 estabeleceu ainda duas modalidades de habilitação para os municípios e duas para os estados:

Municípios

- a) Gestão plena da atenção básica ampliada;
- b) Gestão plena do sistema municipal;

Estados

- a) Gestão avançada do sistema estadual;
- b) Gestão plena do sistema estadual.

Durante um ano, esta norma foi seguida pelos gestores, como norteadora das atividades de planejamento e de adequação de seus modelos assistenciais e de gestão, e numa ação pactuada com as CIBs e a CIT foi aperfeiçoada com a publicação da NOAS/SUS 01/2002, através da Portaria GM/MS n.º 373 de 27 de fevereiro de 2002.

Esta NOAS/SUS 2002 deu continuidade ao processo de descentralização e organização do Sistema Único de Saúde ampliando as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelecendo o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; criando mecanismos para

o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

O modelo vigente, que concentra sua atenção no caso clínico, na relação individualizada entre o profissional e o paciente, na intervenção terapêutica armada (cirúrgica ou medicamentosa) específica, deve ser associado, enriquecido, transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com os núcleos sociais primários – as famílias. (BRSIL, 2007 p. 175)

Por outro lado, é importante abordar a questão do financiamento/investimento do setor saúde na perspectiva de atender as mudanças desse modelo assistencial que estar sendo proposto. A falta de definição precisa sobre o que são ações e serviços de saúde tem levado os orçamentos públicos a incluírem como ações e serviços de saúde que são questionáveis. Desse modo, a luta política por mais recursos para financiar o SUS, está em pauta e Emenda Constitucional proposta desde o ano 2000, propõe mudanças constitucionais na política de financiamento para o setor da saúde.

A Emenda Constitucional n.º 29 de 13 de dezembro de 2000, altera os artigos 34, 35, 156, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao ato das disposições constitucionais transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de Saúde.

Ao longo destes sete anos (2000 a 2007) observa-se uma resistência da classe política em relação à aprovação da proposta. O texto estabelece que a União aplique anualmente em ações e serviços de saúde, no mínimo o montante equivalente de 10% de suas receitas correntes brutas, constantes dos orçamentos Fiscais e da Seguridade Social. E para os Estados e Distrito Federal a aplicação mínima corresponde a 12% do produto da arrecadação dos impostos, receita própria. No caso dos municípios o percentual mínimo exigido corresponde a 15% das receitas próprias.

“O Brasil apresenta um gasto sanitário baixo, apresenta um gasto público em saúde muito pequeno e a tendência dos gastos em saúde não é de aumento. Com esse volume e essa composição de gastos em saúde não se poderá implantar um sistema público universal”. (BRASIL, CONASS. 2007, p. 237)

A regulamentação da Emenda Constitucional assume a cada dia uma importância maior para o processo de Reforma Sanitária brasileira, particularmente no tocante a

estabilidade do financiamento pelas três esferas de governo, possibilitando um aporte mais adequado de recursos para o SUS.

Durante a realização da 13ª CNS, ocorrida em novembro de 2007, os participantes representantes de 42 entidades presentes assinaram um documento contendo um manifesto "Emenda Constitucional 29: qual regulamentação?", divulgado no dia 17/11/07, no âmbito da 13ª. Conferência Nacional da Saúde.

O referido documento faz referência ao processo de tramitação e aprovação na Câmara dos Deputados do Projeto de Lei Complementar 01/2003, proposto pelo então deputado Roberto Gouveia, regulamentando a Emenda Constitucional 29/2000. De acordo o documento do manifesto, a aprovação na Câmara é considerada uma vitória inegável para o Sistema Único de Saúde e destaca alguns aspectos importantes:

- A definição clara de que os recursos da saúde sejam aplicados apenas em ações e serviços públicos de acesso universal, igualitário e gratuito;
- A proibição de que os recursos da saúde sejam destinados ao pagamento de servidores inativos, serviços de clientela fechada, programas de alimentação e de saneamento (exceto alguns casos específicos);
- Mecanismos de fiscalização e transparência das contas públicas da saúde, inclusive fortalecendo os Conselhos de Saúde;
- A disposição de que a infração a essas normas configura ato de improbidade administrativa, sujeito a punição para o gestor.

O projeto seguiu para aprovação no Senado, o que significou para os autores do manifesto que a luta em defesa da sua aprovação deve continuar. A prorrogação da Cobrança Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) foi para votação Senado Federal, em 12 de dezembro de 2007 e mobilizou o Ministério da Saúde em torno de uma questão crucial para a pasta: a garantia de recursos para a continuidade e sustentabilidade de suas diversas ações, como a ampliação de acesso a exames, transplantes, cirurgias, internações e consultas especializadas.

O Ministro da Saúde José Gomes Temporão, defendeu a importância da aprovação da CPMF durante a 10ª Assembléia do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em Brasília, afirmou: 'Nenhum país do mundo pode abrir mão de recursos da ordem de R\$ 24 bilhões'. O Ministro declarou-se otimista quanto à prorrogação da CPMF, que tem caráter redistributivo e beneficia, em

especial, as regiões Norte e Nordeste. Em seu discurso, Temporão ressaltou os avanços recentes na área da Saúde, como o aumento da expectativa de vida do brasileiro e queda da mortalidade infantil como resultados das ações das esferas federal, estaduais e municipais (BRASIL; MISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Apesar da grande mobilização do Ministro da Saúde José Gomes Temporão, que defendeu a importância da aprovação da prorrogação da CPMF, ela não foi aprovada pelo Senado causando uma grande frustração para todo o segmento da saúde. Segundo declarações do Ministro da Saúde houve comprometimento de todo o conjunto de novos serviços previstos para o setor saúde, como a qualificação do atendimento de urgência e emergência, universalização de várias políticas como SAMU, Saúde da Família, Brasil Sorridente, expansão da Farmácia Popular, conclusão de obras de hospitais e construção de novas unidades de atendimento, comprometimento da política de planejamento familiar, na recomposição da tabela do SUS e na incorporação de novas vacinas.

São muitos os avanços do SUS, mais persistem problemas que exigem um enfrentamento da sociedade para consolidá-lo como sistema público universal que preste serviço de qualidade a toda população brasileira. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) elegeu alguns problemas como desafios para a gestão quais sejam: o desafio da universalização; o desafio do financiamento; o desafio do modelo institucional; o desafio do modelo de atenção à saúde; o desafio da gestão do trabalho no SUS; e o desafio da participação social

A direção única em cada esfera de governo significa que o Sistema Único de Saúde é dirigido em cada esfera de governo (Federal, DF, Estadual e Municipal) pelo órgão político-administrativo responsável pelo setor saúde. Deve ter sua autonomia política e administrativa para definição de prioridades de acordo com seus interesses e peculiaridades. Esta autonomia constitucional confere as instâncias governamentais; liberdade para estruturar seu sistema, responsabilidade total pela execução das ações e dos serviços de sua competência e a obrigatoriedade de observar os princípios, diretrizes e as bases legais do SUS. O § 1º, Artigo 2, Título I, da Lei n.º 8.080/90, define:

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL; CONASS, 2007, p.85)

As Leis Orgânicas da Saúde (LOS) trata em sua redação apenas da gestão financeira, e torna-se omissa quanto à definição clara e conceitual da gestão. Identifica-se, portanto a necessidade de distinguir os conceitos de gestão e gerência considerados distintos na teoria e na prática, uma vez que, o comando único confere ao poder local “gestor e controle social” (grifo nosso) poderes para ser o gestor máximo do sistema, ou seja; aquele que define as diretrizes de atuação do SUS no seu âmbito político-administrativo e aquele que formula, executa, supervisiona, controla, altera e revê as atividades da política de saúde.

Ao abordar a questão da direção do SUS, Santos (2001, p. 91), chama a atenção para o conceito de direção única considerando ser “uma consequência legal, exercida em conformidade com aqueles princípios e diretrizes informadoras do sistema.” Desta forma fica conferida a cada esfera de governo, respeitada a competência definida em lei, autonomia no âmbito territorial sob a responsabilidade do gestor correspondente.

Deve-se considerar que nos vários níveis da administração do setor saúde existe, gestor e gerentes com autonomias diferenciadas. É necessária uma compreensão das distintas funções, de gerência e gestão partindo do princípio do grau de proximidade e articulação constante entre as duas funções executoras.

Gerência: como a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambatório, hospital, instituto, fundação etc.) que se caracteriza como prestador de serviços do SUS.

Gestão: como a atividade e a responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. (SCOTI; OLIVEIRA, 1995)

O Sistema Único de Saúde define como estratégia de organização, uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada. Impõe a necessidade de mudanças no modelo assistencial que vem sendo construída a partir da Constituição de 1988, promovendo espaços de transformação do sistema de saúde abrangendo a dimensão política, através dos diversos atores sociais; uma dimensão ideológica, por se dirigir a problemas de saúde da população; e uma dimensão técnica que através de conhecimentos e instrumentos tecnológicos torne possível a concretização das mudanças necessárias e ocorra a efetiva apropriação do espaço político-operativo.

Na luta pela garantia do acesso aos bens e serviços de saúde nos coloca como desafio à necessidade do estabelecimento de uma base territorial para caracterização de uma determinada população e de seus problemas de saúde. Deve ser detalhado a partir do domicílio, chegando a áreas de responsabilidades mais abrangentes chamados espaços territoriais e classificado como: Distrito Sanitário; Área de Abrangência; Micro-área de risco e domicílio.

[...] a proposta de Distrito Sanitário (DS) tem um grande potencial de estimular a produção de conhecimentos no campo da Medicina Social. Ademais, como projeto que se articula com as instituições de saúde, pode propiciar um conjunto de saberes que dá suporte às práticas de distintas categorias e setores sociais ante as questões da saúde/doença e da organização da assistência com efeitos relevantes na implementação de políticas de saúde. (PAIM. 1995, p. 198)

Dentro desses espaços devem ser identificadas as características da acessibilidade abordadas sob o enfoque: geográfico, o nível de distância a ser percorrida e obstáculos a serem transpostos; funcional, se considerarmos os tipos de serviços que são oferecidos, seu horário de funcionamento e sua qualidade; cultural, se analisarmos a inserção do serviço de saúde nos hábitos e costumes da população; econômico, considerando que a totalidade dos serviços de saúde não está disponível a todos os cidadãos.

O processo saúde-doença é definido a partir das condições de vida de um povo onde nutrição, condições de habitação, poder aquisitivo e educação são fatores determinantes deste processo e é neste contexto que devemos discutir a garantia do acesso do cidadão a todos os níveis de atenção à saúde. Onde a conformação de um sistema funcional e resolutivo prescinde de uma organização territorial de modo a possibilitar tal acesso.

Observa-se que o desenho desta política vem possibilitando maior influência de atores sociais envolvidos e que as decisões pactuadas nas instâncias de decisão, embora fruto de correlação de forças em cada conjuntura, poderá propiciar a democratização do Sistema Único de Saúde. Tomando como base a Descentralização e a Regionalização das ações e serviços de saúde definiu-se como missão institucional à garantia do acesso, o que na prática não se consegue efetivar, levando a um estado de permanente conflito entre instâncias de gestão e usuários do sistema.

Partindo dessa visão podemos entender, que para a efetivação da política de saúde é necessário um estudo mais aprofundado da concepção do Estado, buscando uma compreensão da definição de cidadania, direitos sociais, organização e eficácia do setor saúde, e da

responsabilidade de gestão para garantia do acesso aos serviços de saúde de forma integral e regionalizada. Esse processo de partilha e controle das ações desenvolvidas irá exigir medidas de caráter inovador com a finalidade de obedecer à capacidade de absorção das responsabilidades gerenciais e políticas da cada Unidade Federada.

CAPÍTULO II

PERSPECTIVAS E ABORDAGENS TEÓRICAS SOBRE A DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

2.1 Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil

De acordo com Grescham; Viana (2007, p.309) a descentralização foi concebida como uma ferramenta central de deslocamento do poder político e decisório como um território virgem a ser conquistado pelo exercício da cidadania em saúde e um novo espaço mais facilmente permeável à participação e ao controle social dos cidadãos.

Nesse sentido a descentralização está associada à democratização do Estado brasileiro levando o poder de decisão para o nível local, fortalecendo desta forma a municipalização das ações e serviços de saúde.

Alterações profundas na natureza das relações intergovernamentais, relacionadas à recuperação das bases federativas do Estado brasileiro ao longo dos anos 80, têm impacto nas condições sob as quais se vem realizando o processo de transferência de atribuições na área social. No Estado federativo brasileiro pós-1988, estados e municípios passaram a ser, de fato, politicamente autônomos. Isto

implica que os governos interessados em transferir atribuições de gestão de políticas públicas devem implementar estratégias bem-sucedidas de indução para obter a adesão dos governos locais (ARRETCHÉ, p. 26, 1999).

Ao considerar a grande maioria dos municípios brasileiros com baixa capacidade econômica, expressiva dependência das transferências fiscais e fraca tradição administrativa Arretche, (1999) constata em sua pesquisa, que os programas de descentralização desenhados minimiza os custos financeiros e administrativos de gestão e passam a ter um peso decisivo na decisão das administrações locais.,

O Federalismo brasileiro é especial no quadro mundial porque, aqui, os municípios são entes federativos, com autonomia política, administrativa e financeira e com competências constitucionais e infraconstitucionais bem estabelecidas. Por essa razão, é natural que a descentralização reserve a eles, um papel protagônico. (MENDES, 1998, p.17)

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) desde a Constituição de 1988 exige das instituições responsáveis pelo setor da saúde, uma mudança na prática objetivando a mudança do modelo assistencial e tomando como referência os princípios doutrinários e as diretrizes organizacionais do SUS. Desde então, tal processo vem sendo analisado a partir de pesquisas desenvolvidas pelas mais diversas instituições e áreas de atuação da saúde sempre com o foco na busca pela implantação de um sistema de saúde universal integral e de qualidade.

Pesquisar sobre qualquer um desses princípios ou diretrizes do SUS se constitui em tarefa desafiadora e instigante, considerando os avanços registrados, e as ameaças de retrocesso dessas conquistas, é fato circundante.

Estratégia adotada no Brasil, a descentralização reconhece o município como principal responsável pela saúde de sua população. Municipalizar é transferir para as cidades a responsabilidade e os recursos necessários para exercerem plenamente as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da saúde no nível local.

A idéia de descentralização apareceu cedo, já na 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1963, cujo presidente foi Wilson Fadul, ministro da saúde do presidente João Goulart. Nesta conferência, foi proposta a municipalização da assistência à saúde, baseada na idéia de que um país da dimensão continental do Brasil somente poderia se valer para o crescimento econômico de uma população saudável e,

conseqüentemente bem atendida nas suas necessidades de saúde se em cada estado e em cada canto do país existissem serviços essenciais para os cuidados da saúde. (GERSCHAM; VIANA, 2005 p.308).

Em 1975, registra-se uma profunda crise no modelo econômico implantado pela ditadura militar. A população com baixos salários, e vivendo uma repressão e com índices de desemprego muito elevado, levam a graves conseqüências sociais. O modelo de saúde previdenciário começa a registrar altos índices de mortalidade, problemas de endemias e epidemias, o modelo hospitalocêntrico elevando os gastos para os cofres públicos; desvio de verbas e a redução das receitas agravou ainda mais a crise no setor.

Já na década de 1980, a redemocratização do país defendida e a liberdade civil e política se constituem na principal bandeira de luta política na qual destacamos o movimento da reforma sanitária brasileira e a VIII Conferência Nacional de Saúde, que se caracterizou em espaços de luta contra a ditadura e colocou na agenda política do país a proposta da revisão constitucional de 1998.

Alexandre (2002) desenvolveu um estudo acerca da atuação de conselheiros de saúde no estado da Paraíba e aborda o princípio da descentralização numa perspectiva analítica e conceitual do processo, e ao refletir sobre a descentralização e sua relação com a democratização política e social no Brasil, considera o processo de descentralização no Estado configurado de um perfil autoritário, utilizando a descentralização “enviesada” [sic] termo usado pela autora para explicar de desconcentração como instrumento de aplacar até certo ponto, a pressão da sociedade civil e afirma:

A descentralização da política nacional de saúde foi uma forte bandeira do Movimento Sanitário que, posteriormente, passou a ser referenciada nos debates do primeiro governo civil pós-regime militar. No entanto, não existiu realmente uma verdadeira política de descentralização que desse orientação à reforma das várias políticas setoriais. Assim, ganha destaque a política de saúde como a única em que a reforma surgiu de uma política de descentralização. (ALEXANDRE, 2002 p.42)

A VIII Conferência Nacional de Saúde considerado um marco na história da política de saúde do Brasil e traz no seu relatório final, três grandes referências para o que seria mais tarde princípios e diretrizes do sistema de saúde quais sejam: a) o conceito amplo de saúde; b) a saúde como direito de cidadania e dever do Estado; c) e a instituição de um sistema único de saúde, organizado pelo princípio da universalidade, da integralidade, da descentralização e da participação da comunidade. Apesar das mudanças conjunturais ocorridas desde a realização

da VIII CNS/86, alguns problemas estruturais continuam existindo e são pauta das duas conferências posteriores, a IX CNS/92 e X CNS/96.

A 9ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1992 traz como tema “Municipalizar é o Caminho”. (*grifo nosso*). Esta temática enfatizou o processo de descentralização e a necessidade de uma definição clara sobre o que se pretende a que rumo as ações de descentralização estaria levando o setor saúde, colocando na agenda das discussões sobre saúde, as competências e responsabilidades de cada ente federado. A 10ª Conferência Nacional de Saúde, em 1996 foi um grande momento de aprimoramento do SUS e teve o tema: O SUS: Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida e priorizou o debate sobre o financiamento do sistema.

Na 11ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu de 15 a 19 de dezembro de 2000, e teve como tema: Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social. Reuniu 2.500 participantes com o propósito de avaliar a política de saúde e propor diretrizes para o seu aprimoramento. De acordo com os registros do relatório final destacaremos de forma resumida os itens da “Agenda da 11ª CNS”, aprovada pela plenária, que retrata o contexto político e expressa a vontade da sociedade de forma crítica e propositiva para a agenda do setor saúde:

- A melhoria das condições de saúde da população;
- O Fortalecimento do exercício da cidadania, através de ações de fortalecimento dos espaços de Controle Social;
- A urgente regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29;
- Proibição de qualquer contrato ou convênio de caráter substitutivo do SUS;
- Definição de uma política de recursos humanos para o SUS com contratação por meio de concurso público;
- Acesso universal, atenção integral e humanizada;
- Organização da rede com ênfase na caracterização das unidades da atenção básica como porta de entrada do sistema público, e;
- Efetivação do SUS.

As propostas aprovadas exigem dos gestores de saúde nos três níveis de governo o cumprimento da legislação e a apresentação e discussão de instrumentos de planejamentos eficientes.

No entanto consideramos que a verdadeira municipalização ainda não é uma realidade para todo o País, embora tenha ampliado significativamente o acesso da população a serviços de saúde com maior qualidade, diferenciando o modelo de atenção e qualificando a gestão descentralizada. O processo de estruturação do SUS pode ser considerado como um movimento contra-hegemônico a um modelo político e econômico predominantemente excludente. Esse quadro compromete a busca da universalidade e da equidade no SUS, aprofundando a divisão no Sistema de Saúde brasileiro, condenando a maioria da população brasileira a um sistema de saúde ainda precário e fragilizado. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11ª, 2000, Brasília)

A 12ª Conferência, realizada no ano de 2003 tratou do tema: O SUS que temos e o SUS que queremos; denominada de Sérgio Arouca, antecipada pelo governo Lula para que a política de saúde se pautasse pela intervenção do Controle Social em sua instância máxima, ocorreu no momento histórico de um processo, ainda em curso, da disputa entre dois projetos: De um lado, os que desejam o aprofundamento do neoliberalismo e, de outro, os que se unificam para a construção de um projeto nacional-desenvolvimentista soberano, rumo às mudanças para o Brasil. Com as dificuldades inerentes à atual etapa do processo brasileiro, a transição vai se efetuando na busca de um novo rumo, em etapas que qualquer e toda a transição pressupõe.

A 13ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada durante os dias 14 a 18 de novembro de 2007, e Conselho Nacional de Saúde definiu como principal objetivo, avaliar os vinte anos do SUS e seus principais problemas. Propôs-se ainda, a uma profunda reflexão da atual conjuntura política e econômica e trouxe como tema para discussão: “Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento” (grifo nosso).

Tabela 3: Histórico dos Temas abordados nas Conferências de Saúde do Brasil.

Ano	Temas/principais assuntos abordados nas CNS
1ª CNS 1941	Situação sanitária e assistencial dos estados
2ª CNS 1950	Legislação referente à higiene e segurança do trabalho
3ª CNS 1963	Descentralização na área de saúde
4ª CNS 1967	Recursos humanos para as atividades em saúde
5ª CNS 1975	I. Implementação do Sistema Nacional de Saúde; II. Programa de saúde materno-infantil; III. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; IV. Programa de controle das grandes endemias e V. Programa de extensão das ações de saúde às populações rurais
6ª CNS 1977	I. Situação atual do controle das grandes endemias; II. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos, aprovados pelo governo federal em matéria de saúde; III. Interiorização dos serviços de saúde e IV. Política Nacional de Saúde
7ª CNS 1980	Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos
8ª CNS 1986	I. Saúde como Direito; II. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e III.

Financiamento Setorial
9ª CNS 1992 Municipalização é o caminho
10ª CNS 1996 I. Saúde, cidadania e políticas públicas; II. Gestão e organização dos serviços de saúde; III. Controle social na saúde; IV. Financiamento da saúde; V. Recursos humanos para a saúde e VI. Atenção integral à saúde
11ª CNS 2000 Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social
12ª CNS 2003 Saúde um direito de todo e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos.
13ª CNS 2007 Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento.

Fonte: Pereira,2007

O processo de descentralização traduz uma vontade política daqueles que defendem a prática do federalismo nacional atribuindo autonomia aos três entes federados, definindo suas competências tributárias e promovendo a descentralização política e administrativa das unidades de governo. Instituinto dessa forma a concepção de federação trina, onde cada ente federado tem seu papel.

Importante destacar a necessidade do equilíbrio e preservação da interdependência entre as três esferas de gestão, fundamental para a redução das desigualdades territoriais, mas, colocando a estas responsabilidades comuns e o compartilhamento dos recursos públicos destinados a execução descentralizada de ações governamentais.

O modelo de descentralização do SUS caracteriza-se por concentrar autoridade no governo federal, assim como por financiar a política de saúde por meio de um abrangente sistema de transferências inter-regionais no âmbito do sistema de saúde é significativa no Brasil. (ARRETHE; MARQUES, 2007, p. 174)

Portanto as mesmas autoras entendem que a análise da descentralização da política de saúde deve ser descentralizada em duas dimensões; os serviços de atenção à saúde e os serviços hospitalares. [...] para justificar tal afirmação reporta-se à cultura do modelo institucional herdado do regime militar que influencia até os dias de hoje, o comportamento dos dirigentes e da sociedade civil, esta última tendendo a apresentar um comportamento passivo e pouco questionador das ações de saúde públicas prestadas e pelos atendimentos nas unidades de saúde da rede do SUS, instalando-se certo conformismo diante das faltas do Estado com suas responsabilidades de proteção social.

Mesmo constatando-se tal situação a descentralização avança para mudança do modelo assistencial e de gestão do setor saúde onde o município ao receber recursos das

outras esferas governamentais tem a responsabilidade, com base no princípio constitucional do comando único, de gerenciar, auditar, contratar, monitorar e avaliar as ações e serviços da rede do SUS.

Estudos mais recentes alertam para a necessidade de desenvolver pesquisas no sentido de verificar se o aumento do acesso aos serviços de saúde significa efetivamente uma mudança nas desigualdades entre municípios e qual o impacto que a ampliação da oferta vem causando na qualidade de vida a partir da análise dos indicadores de saúde.

Apenas descentralizando de forma decidida, poderá a União "limpar a mesa" de milhões de pequenas causas e problemas burocráticos, e se concentrar no que efetivamente devem ser as suas preocupações: os equilíbrios macro-econômicos, os desequilíbrios regionais, os grandes equilíbrios sociais, as políticas tecnológicas de longo prazo, as grandes redes nacionais de infraestruturas de transporte, energia e telecomunicações, a inserção do país no espaço econômico internacional. (DOWBOR, p. 18, 1996)

Ao buscar uma compreensão da afirmação feita por Ladislau Dowbor, é possível visualizarmos a importância e a necessidade de políticas públicas descentralizadas considerando a dimensão geográfica do Brasil e as diferenças regionais e culturais existentes, e desta forma possibilitar a tomada de decisão para superação de problemas no nível local.

Tratar de descentralização é tratar também da distribuição de poder para os espaços locais, da delegação de responsabilidades aos atores locais, gestores e população. (ROCHA, 2005, p. 54).

2.2 – A Regionalização da Saúde enquanto momento relevante da Descentralização

Segundo (PESTANA; MENDES, 2004, p. 15) a regionalização da atenção a saúde surgiu após a Revolução Russa. Foi adaptada ao ocidente pelo trabalho seminal de Lord Dawson of Penn (1920), dando origem aos sistemas públicos de serviços de saúde de base territorial. Por isso, esses sistemas regionalizados são conhecidos como sistemas dawsonianos.

No Brasil, a regionalização esteve presente na pauta das discussões da política de saúde a partir dos anos 70/80/90 de forma articulada ao princípio da descentralização na luta pelo direito universal e integral à saúde. Durante décadas o sistema de saúde ignorou os problemas determinados pela municipalização, só com a publicação da NOAS 01/2001, os gestores passam a trabalhar com a lógica organizativa a partir da divisão territorial em regiões de saúde.

Esse trabalho tem o mérito de recolocar, no centro do debate do SUS, a idéia de sucesso das experiências de descentralização dos sistemas de serviços de saúde que é a existência de um espaço organizacional mesorregional, localizado entre as esferas estadual e municipal. (MILLS, 1990, apud, PESTANA; MENDES, 2004)

O Sistema Único de Saúde ao definir a regionalização como princípio de organização tem como objetivo conformar uma rede de serviços hierarquizada e atuando articulada em um território regional definido a partir de critérios que possibilite a assistência à saúde do cidadão de forma integral e mais próxima do nível local, respeitada a capacidade da rede de serviços e as potencialidades técnicas operativas. Um sistema de saúde organizado em regiões de saúde, apoiado na estratégia de fortalecimento da capacidade resolutiva capaz de negociar, articular as referências entre os municípios de forma que a população dessa área geográfica tenha suas necessidades atendidas.

De acordo com Weigelt (2006) Regionalização é a organização dos serviços de saúde, integrando as capacidades de diversos municípios da região, conformando uma rede hierarquizada de serviços de atenção à saúde da população local, podendo extrapolar o território de um município devido às necessidades dos usuários estarem além das suas condições de recursos humanos, materiais, tecnológicos e orçamentários.

O espaço local é o cenário estabelecido por atores sociais no desenrolar de um processo em que problemas de saúde se confrontam com serviços prestados de onde necessidades cobram ações. (Unglert; 1995, p. 222). Partindo dessa concepção compreende-se o conceito de regionalização da saúde não apenas como uma superfície geográfica, mas como o estabelecimento de uma base territorial onde a identificação de problemas de saúde, a caracterização da população e o estudo epidemiológico desses espaços populacionais devem definir responsabilidades entre os serviços de saúde e sua área adscrita, possibilitando uma permanente reconstrução.

A regionalização de serviços hierarquizados em complexidade crescente é um processo eficaz na descentralização da prestação de serviços básicos de saúde e de racionalização do uso da capacidade instalada e recursos humanos. A regionalização é sempre válida quando não há separação das ações preventivas e curativas, sendo importante considerar os aspectos de saneamento básico e da melhoria da habitação. A adoção de um modelo de Regionalização de Serviços é fundamental na implementação do Sistema Nacional de Saúde, com a integração indispensável de todas as unidades a nível operativas, tanto públicas quanto privadas, dando ênfase ao aproveitamento da capacidade instalada do setor público (VASCONCELOS, apud, WEIGELT, 2006, p.22).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/2001) define como orientação para o processo de organização da rede de serviços a descentralização dos serviços a partir da ampliação e ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora da Secretaria de Estado da Saúde (SES).

Cabe destacar que não existe um modelo único de regionalização. As especificidades regionais exigem normatividade flexível, que possibilite liberdade de construção de desenhos que dêem conta das necessidades locais e regionais e, portanto, adequação de estratégias às diferentes realidades. Sendo assim, a regionalização, dentro de um contexto de descentralização, pressupõe a diversidade de arranjos de gestão. (WEIGELT; 2006, p.3).

Para CARVALHO (2005), cada município deve saber identificar aquilo que é capaz de realizar, o que poderá oferecer como referência aos outros e o que precisa referenciar para outros. Para ele, não se pode impor nem aceitar uma regionalização anacrônica que não guarde nenhuma relação com a rede referencial em saúde, e conclui: “Querer que a saúde se organize regionalmente segundo a organização político administrativa já existente nos estados, pode ser uma grande impropriedade”.

Objetivando o aprimoramento do SUS o Ministério da Saúde em conjunto com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) resolveram republicar a NOAS/SUS 01/2001 em 28 de fevereiro de 2002, passando a vigorar como NOAS/SUS 01/2002 e se propões a oferecer as alternativas necessárias à superação das dificuldades e impasses oriundos da dinâmica concreta de sua implementação.

No capítulo I define a regionalização e orienta a formulação do Plano Diretor de Regionalização (PDR) “instrumento a ser analisado nesse estudo” (grifo nosso) que tem como

objetivo a definição de prioridades de intervenções coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção; primário, secundário e terciário. Define ainda a fundamentação do PDR a partir de sistemas funcionais e resolutivos da assistência à saúde, adotando como meio a organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais.

Destaca-se a importância da proposta contida no PDR por se propor a garantir: o acesso dos cidadãos o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados às responsabilidades mínimas; e o acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção.

O estabelecimento de determinadas políticas propiciou a construção de estratégias de negociação arranjos e condutas de gestão do SUS que desafiam os gestores a buscar formas eficazes para responder a grade demanda da saúde. As NOBs e NOAS foram analisadas, criticadas e substituídas numa tentativa de reformular conceitos equivocados e avançar no processo de luta pelo cumprimento dos aspectos legais que norteiam o sistema de saúde brasileiro.

De acordo com Portaria nº 399 do Gabinete do Ministro da Saúde (GM) publicada em 22 de fevereiro de 2006, o Pacto pela Saúde é atualmente o modelo de saúde construído a partir de um processo de negociação firmado entre os três gestores do SUS nos espaços de deliberação está proposto com o objetivo de redefinir os aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão; redefine responsabilidades coletivas em base a resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

Está dividido em três dimensões: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Substitui o atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; Propõe uma Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de Descentralização; a integração das várias formas de repasse dos recursos federais em forma de blocos de financiamento e unifica os vários pactos hoje existentes. As dimensões estabelecidas permitem aos gestores assumir responsabilidades distintas, porém complementares e necessárias para a resolubilidade do sistema, definindo com maior clareza os papéis de cada ente federado em relação às mesmas ações, fortalecendo o compromisso tripartite estabelecido nas Leis Orgânica da Saúde nº 8.080/90 e 8.142/90.

O Pacto pela Vida constitui a primeira dimensão e estabelece o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. São seis as prioridades (metas) pactuadas:

- A. Saúde do Idoso
- B. Controle do câncer do colo do útero e da mama
- C. Redução da mortalidade infantil e materna
- D. Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue; hanseníase; tuberculose; malária e *influenza*.
- E. Promoção da saúde com ênfase na atividade física regular e alimentação saudável
- F. Fortalecimento da Atenção Básica. (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, Pacto pela Saúde, 2006, V.1. p. 9).

A segunda dimensão trata do Pacto em Defesa do SUS e orienta o trabalho dos gestores das três esferas de governo e dos outros atores envolvidos dentro deste Pacto deve considerar: as Diretrizes definidas a partir dos compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde, estabelecidos na Constituição Federal; e do desenvolvimento de ações, de forma articulada e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.

Define como iniciativa a repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira aproximando-a dos desafios atuais do SUS; a promoção da Cidadania como estratégia de mobilização social tendo a questão da saúde como um direito; a garantia de financiamento de acordo com as necessidades do sistema; e como ações o Pacto em Defesa do SUS coloca na agenda política a articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania (saúde como um direito); o estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS; a ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais; a elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS; a regulamentação da EC nº. 29 pelo Congresso Nacional, com aprovação do PL nº. 01/03; e a aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas em ações e serviços de saúde de acordo com a Constituição Federal.

A terceira dimensão dos compromissos estabelecidos diz respeito ao Pacto de Gestão que estabelece as diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada – PPI; Regulação; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Com relação à Descentralização fica estabelecido com maior clareza o papel e as responsabilidades de cada esfera de governo; cabendo ao Ministério da Saúde a proposição de

políticas, participação no co-financiamento, cooperação técnica, avaliação, regulação, controle e fiscalização, além da mediação de conflitos; a Descentralização dos processos administrativos relativos à gestão para as Comissões Intergestores Bipartite; As Comissões Intergestores Bipartite (CIB) são instâncias de pactuação e deliberação para a realização dos pactos intraestaduais e a definição de modelos organizacionais, a partir de diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite; As deliberações das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite devem ser por consenso; A Comissão Intergestores Tripartite e o Ministério da Saúde promoverão e apoiarão o processo de qualificação permanente para as Comissões Intergestores Bipartite.

No que tange a questão da Regionalização, esta é considerada um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores mantendo os instrumentos de planejamento: Plano Diretor de Regionalização (PDR); Plano Diretor de Investimento (PDI); e Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Atenção à Saúde como elementos indispensáveis ao processo de organização da rede de serviços.

Os objetivos da regionalização de acordo com as definições contidas na PT MS/GM nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 são os seguintes:

- Garantir acesso, resolubilidade e qualidade às ações e serviços de saúde (transcendência local/municipal de complexidade e contingente populacional);
- Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade;
- Garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema;
- Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores;
- Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional. (BRASIL, Ministério da Saúde, Pacto pela Saúde. V1. 2006 p.18).

Define como Regiões de Saúde os recortes territoriais definidos e pactuados entre gestores municipais e estaduais, de forma solidária e cooperada, a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados do território;

- Assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado;
- Favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social;
- Pactuação, entre todos os gestores envolvidos, do conjunto de responsabilidades não compartilhadas (atenção básica e às ações básicas de vigilância em saúde que deverão ser assumidas em cada município) e das ações complementares.

O enfoque dado pelo Pacto pela Saúde à diretriz da Regionalização da Saúde traz uma clara intenção de chamar a atenção de todos os envolvidos no setor saúde para uma postura solidária e cooperativa, onde os princípios técnicos, políticos e éticos passam a ser exigidos e mensurados.

Nesse estudo foi analisado o processo de organização da rede de serviços de saúde a partir da lógica da regionalização e as estratégias adotadas no Estado da Paraíba para conformar os desenhos das regiões de saúde. De maneira específica buscamos analisar a eficácia desses arranjos institucionais que se propõe através do PDR e da PPI, garantindo o acesso dos usuários aos serviços de forma regionalizada, hierarquizada, integral e equânime.

CAPÍTULO II

PERSPECTIVAS E ABORDAGENS TEÓRICAS SOBRE A DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

2.1 Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil

De acordo com Grescham; Viana (2007, p.309) a descentralização foi concebida como uma ferramenta central de deslocamento do poder político e decisório como um território virgem a ser conquistado pelo exercício da cidadania em saúde e um novo espaço mais facilmente permeável à participação e ao controle social dos cidadãos.

Nesse sentido a descentralização está associada à democratização do Estado brasileiro levando o poder de decisão para o nível local, fortalecendo desta forma a municipalização das ações e serviços de saúde.

Alterações profundas na natureza das relações intergovernamentais, relacionadas à recuperação das bases federativas do Estado brasileiro ao longo dos anos 80, têm impacto nas condições sob as quais se vem realizando o processo de transferência de atribuições na área social. No Estado federativo brasileiro pós-1988, estados e municípios passaram a ser, de fato, politicamente autônomos. Isto implica que os governos interessados em transferir atribuições de gestão de políticas públicas devem implementar estratégias bem-sucedidas de indução para obter a adesão dos governos locais (ARRETCHE, p. 26, 1999).

Ao considerar a grande maioria dos municípios brasileiros com baixa capacidade econômica, expressiva dependência das transferências fiscais e fraca tradição administrativa Arretche, (1999) constata em sua pesquisa, que os programas de descentralização desenhados minimiza os custos financeiros e administrativos de gestão e passam a ter um peso decisivo na decisão das administrações locais.,

O Federalismo brasileiro é especial no quadro mundial porque, aqui, os municípios são entes federativos, com autonomia política, administrativa e financeira e com competências constitucionais e infraconstitucionais bem estabelecidas. Por essa razão, é natural que a descentralização reserve a eles, um papel protagônico. (MENDES, 1998, p.17)

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) desde a Constituição de 1988 exige das instituições responsáveis pelo setor da saúde, uma mudança na prática objetivando a mudança do modelo assistencial e tomando como referência os princípios doutrinários e as diretrizes organizacionais do SUS. Desde então, tal processo vem sendo analisado a partir de pesquisas desenvolvidas pelas mais diversas instituições e áreas de atuação da saúde sempre com o foco na busca pela implantação de um sistema de saúde universal integral e de qualidade.

Pesquisar sobre qualquer um desses princípios ou diretrizes do SUS se constitui em tarefa desafiadora e instigante, considerando os avanços registrados, e as ameaças de retrocesso dessas conquistas, é fato circundante.

Estratégia adotada no Brasil, a descentralização reconhece o município como principal responsável pela saúde de sua população. Municipalizar é transferir para as cidades a responsabilidade e os recursos necessários para exercerem plenamente as funções de

coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da saúde no nível local.

A idéia de descentralização apareceu cedo, já na 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1963, cujo presidente foi Wilson Fadul, ministro da saúde do presidente João Goulart. Nesta conferência, foi proposta a municipalização da assistência à saúde, baseada na idéia de que um país da dimensão continental do Brasil somente poderia se valer para o crescimento econômico de uma população saudável e, conseqüentemente bem atendida nas suas necessidades de saúde se em cada estado e em cada canto do país existissem serviços essenciais para os cuidados da saúde. (GERSCHAM; VIANA, 2005 p.308).

Em 1975, registra-se uma profunda crise no modelo econômico implantado pela ditadura militar. A população com baixos salários, e vivendo uma repressão e com índices de desemprego muito elevado, levam a graves conseqüências sociais. O modelo de saúde previdenciário começa a registrar altos índices de mortalidade, problemas de endemias e epidemias, o modelo hospitalocêntrico elevando os gastos para os cofres públicos; desvio de verbas e a redução das receitas agravou ainda mais a crise no setor.

Já na década de 1980, a redemocratização do país defendida e a liberdade civil e política se constituem na principal bandeira de luta política na qual destacamos o movimento da reforma sanitária brasileira e a VIII Conferência Nacional de Saúde, que se caracterizou em espaços de luta contra a ditadura e colocou na agenda política do país a proposta da revisão constitucional de 1998.

Alexandre (2002) desenvolveu um estudo acerca da atuação de conselheiros de saúde no estado da Paraíba e aborda o princípio da descentralização numa perspectiva analítica e conceitual do processo, e ao refletir sobre a descentralização e sua relação com a democratização política e social no Brasil, considera o processo de descentralização no Estado configurado de um perfil autoritário, utilizando a descentralização “enviesada” [sic] termo usado pela autora para explicar de desconcentração como instrumento de aplacar até certo ponto, a pressão da sociedade civil e afirma:

A descentralização da política nacional de saúde foi uma forte bandeira do Movimento Sanitário que, posteriormente, passou a ser referenciada nos debates do primeiro governo civil pós-regime militar. No entanto, não existiu realmente uma verdadeira política de descentralização que desse orientação à reforma das várias políticas setoriais. Assim, ganha destaque a política de saúde como a única em que a reforma surgiu de uma política de descentralização. (ALEXANDRE, 2002 p.42)

A VIII Conferência Nacional de Saúde considerado um marco na história da política de saúde do Brasil e traz no seu relatório final, três grandes referências para o que seria mais tarde princípios e diretrizes do sistema de saúde quais sejam: a) o conceito amplo de saúde; b) a saúde como direito de cidadania e dever do Estado; c) e a instituição de um sistema único de saúde, organizado pelo princípio da universalidade, da integralidade, da descentralização e da participação da comunidade. Apesar das mudanças conjunturais ocorridas desde a realização da VIII CNS/86, alguns problemas estruturais continuam existindo e são pauta das duas conferências posteriores, a IX CNS/92 e X CNS/96.

A 9ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1992 traz como tema “Municipalizar é o Caminho”. (*grifo nosso*). Esta temática enfatizou o processo de descentralização e a necessidade de uma definição clara sobre o que se pretende a que rumo as ações de descentralização estaria levando o setor saúde, colocando na agenda das discussões sobre saúde, as competências e responsabilidades de cada ente federado. A 10ª Conferência Nacional de Saúde, em 1996 foi um grande momento de aprimoramento do SUS e teve o tema: O SUS: Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida e priorizou o debate sobre o financiamento do sistema.

Na 11ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu de 15 a 19 de dezembro de 2000, e teve como tema: Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social. Reuniu 2.500 participantes com o propósito de avaliar a política de saúde e propor diretrizes para o seu aprimoramento. De acordo com os registros do relatório final destacaremos de forma resumida os itens da “Agenda da 11ª CNS”, aprovada pela plenária, que retrata o contexto político e expressa a vontade da sociedade de forma crítica e propositiva para a agenda do setor saúde:

- A melhoria das condições de saúde da população;
- O Fortalecimento do exercício da cidadania, através de ações de fortalecimento dos espaços de Controle Social;
- A urgente regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29;
- Proibição de qualquer contrato ou convênio de caráter substitutivo do SUS;
- Definição de uma política de recursos humanos para o SUS com contratação por meio de concurso público;
- Acesso universal, atenção integral e humanizada;
- Organização da rede com ênfase na caracterização das unidades da atenção básica como porta de entrada do sistema público, e;

- Efetivação do SUS.

As propostas aprovadas exigem dos gestores de saúde nos três níveis de governo o cumprimento da legislação e a apresentação e discussão de instrumentos de planejamentos eficientes.

No entanto consideramos que a verdadeira municipalização ainda não é uma realidade para todo o País, embora tenha ampliado significativamente o acesso da população a serviços de saúde com maior qualidade, diferenciando o modelo de atenção e qualificando a gestão descentralizada. O processo de estruturação do SUS pode ser considerado como um movimento contra-hegemônico a um modelo político e econômico predominantemente excludente. Esse quadro compromete a busca da universalidade e da equidade no SUS, aprofundando a divisão no Sistema de Saúde brasileiro, condenando a maioria da população brasileira a um sistema de saúde ainda precário e fragilizado. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11ª, 2000, Brasília)

A 12ª Conferência, realizada no ano de 2003 tratou do tema: O SUS que temos e o SUS que queremos; denominada de Sérgio Arouca, antecipada pelo governo Lula para que a política de saúde se pautasse pela intervenção do Controle Social em sua instância máxima, ocorreu no momento histórico de um processo, ainda em curso, da disputa entre dois projetos: De um lado, os que desejam o aprofundamento do neoliberalismo e, de outro, os que se unificam para a construção de um projeto nacional-desenvolvimentista soberano, rumo às mudanças para o Brasil. Com as dificuldades inerentes à atual etapa do processo brasileiro, a transição vai se efetuando na busca de um novo rumo, em etapas que qualquer e toda a transição pressupõe.

A 13ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada durante os dias 14 a 18 de novembro de 2007, e Conselho Nacional de Saúde definiu como principal objetivo, avaliar os vinte anos do SUS e seus principais problemas. Propôs-se ainda, a uma profunda reflexão da atual conjuntura política e econômica e trouxe como tema para discussão: “Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento” (grifo nosso).

Tabela 3: Histórico dos Temas abordados nas Conferências de Saúde do Brasil.

Ano	Temas/principais assuntos abordados nas CNS
1ª CNS 1941	Situação sanitária e assistencial dos estados
2ª CNS 1950	Legislação referente à higiene e segurança do trabalho
3ª CNS 1963	Descentralização na área de saúde
4ª CNS 1967	Recursos humanos para as atividades em saúde

5ª CNS 1975 I. Implementação do Sistema Nacional de Saúde; II. Programa de saúde materno-infantil; III. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; IV. Programa de controle das grandes endemias e V. Programa de extensão das ações de saúde às populações rurais
6ª CNS 1977 I. Situação atual do controle das grandes endemias; II. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos, aprovados pelo governo federal em matéria de saúde; III. Interiorização dos serviços de saúde e IV. Política Nacional de Saúde
7ª CNS 1980 Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos
8ª CNS 1986 I. Saúde como Direito; II. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e III. Financiamento Setorial
9ª CNS 1992 Municipalização é o caminho
10ª CNS 1996 I. Saúde, cidadania e políticas públicas; II. Gestão e organização dos serviços de saúde; III. Controle social na saúde; IV. Financiamento da saúde; V. Recursos humanos para a saúde e VI. Atenção integral à saúde
11ª CNS 2000 Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social
12ª CNS 2003 Saúde um direito de todo e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos.
13ª CNS 2007 Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento.

Fonte: Pereira, 2007

O processo de descentralização traduz uma vontade política daqueles que defendem a prática do federalismo nacional atribuindo autonomia aos três entes federados, definindo suas competências tributárias e promovendo a descentralização política e administrativa das unidades de governo. Instituinto dessa forma a concepção de federação trina, onde cada ente federado tem seu papel.

Importante destacar a necessidade do equilíbrio e preservação da interdependência entre as três esferas de gestão, fundamental para a redução das desigualdades territoriais, mas, colocando a estas responsabilidades comuns e o compartilhamento dos recursos públicos destinados a execução descentralizada de ações governamentais.

O modelo de descentralização do SUS caracteriza-se por concentrar autoridade no governo federal, assim como por financiar a política de saúde por meio de um abrangente sistema de transferências inter-regionais no âmbito do sistema de saúde é significativa no Brasil. (ARRETHE; MARQUES, 2007, p. 174)

Portanto as mesmas autoras entendem que a análise da descentralização da política de saúde deve ser descentralizada em duas dimensões; os serviços de atenção à saúde e os serviços hospitalares. [...] para justificar tal afirmação reporta-se à cultura do modelo institucional herdado do regime militar que influencia até os dias de hoje, o comportamento

dos dirigentes e da sociedade civil, esta última tendendo a apresentar um comportamento passivo e pouco questionador das ações de saúde públicas prestadas e pelos atendimentos nas unidades de saúde da rede do SUS, instalando-se certo conformismo diante das faltas do Estado com suas responsabilidades de proteção social.

Mesmo constatando-se tal situação a descentralização avança para mudança do modelo assistencial e de gestão do setor saúde onde o município ao receber recursos das outras esferas governamentais tem a responsabilidade, com base no princípio constitucional do comando único, de gerenciar, auditar, contratar, monitorar e avaliar as ações e serviços da rede do SUS.

Estudos mais recentes alertam para a necessidade de desenvolver pesquisas no sentido de verificar se o aumento do acesso aos serviços de saúde significa efetivamente uma mudança nas desigualdades entre municípios e qual o impacto que a ampliação da oferta vem causando na qualidade de vida a partir da análise dos indicadores de saúde.

Apenas descentralizando de forma decidida, poderá a União "limpar a mesa" de milhões de pequenas causas e problemas burocráticos, e se concentrar no que efetivamente devem ser as suas preocupações: os equilíbrios macro-econômicos, os desequilíbrios regionais, os grandes equilíbrios sociais, as políticas tecnológicas de longo prazo, as grandes redes nacionais de infraestruturas de transporte, energia e telecomunicações, a inserção do país no espaço econômico internacional. (DOWBOR, p. 18, 1996)

Ao buscar uma compreensão da afirmação feita por Ladislau Dowbor, é possível visualizarmos a importância e a necessidade de políticas públicas descentralizadas considerando a dimensão geográfica do Brasil e as diferenças regionais e culturais existentes, e desta forma possibilitar a tomada de decisão para superação de problemas no nível local.

Tratar de descentralização é tratar também da distribuição de poder para os espaços locais, da delegação de responsabilidades aos atores locais, gestores e população. (ROCHA, 2005, p. 54).

2.2 – A Regionalização da Saúde enquanto momento relevante da Descentralização

Segundo (PESTANA; MENDES, 2004, p. 15) a regionalização da atenção a saúde surgiu após a Revolução Russa. Foi adaptada ao ocidente pelo trabalho seminal de Lord Dawson of Penn (1920), dando origem aos sistemas públicos de serviços de saúde de base territorial. Por isso, esses sistemas regionalizados são conhecidos como sistemas dawsonianos.

No Brasil, a regionalização esteve presente na pauta das discussões da política de saúde a partir dos anos 70/80/90 de forma articulada ao princípio da descentralização na luta pelo direito universal e integral à saúde. Durante décadas o sistema de saúde ignorou os problemas determinados pela municipalização, só com a publicação da NOAS 01/2001, os gestores passam a trabalhar com a lógica organizativa a partir da divisão territorial em regiões de saúde.

Esse trabalho tem o mérito de recolocar, no centro do debate do SUS, a idéia de sucesso das experiências de descentralização dos sistemas de serviços de saúde que é a existência de um espaço organizacional mesorregional, localizado entre as esferas estadual e municipal. (MILLS, 1990, apud, PESTANA; MENDES, 2004)

O Sistema Único de Saúde ao definir a regionalização como princípio de organização tem como objetivo conformar uma rede de serviços hierarquizada e atuando articulada em um território regional definido a partir de critérios que possibilite a assistência à saúde do cidadão de forma integral e mais próxima do nível local, respeitada a capacidade da rede de serviços e as potencialidades técnicas operativas. Um sistema de saúde organizado em regiões de saúde, apoiado na estratégia de fortalecimento da capacidade resolutiva capaz de negociar, articular as referências entre os municípios de forma que a população dessa área geográfica tenha suas necessidades atendidas.

De acordo com Weigelt (2006) Regionalização é a organização dos serviços de saúde, integrando as capacidades de diversos municípios da região, conformando uma rede hierarquizada de serviços de atenção à saúde da população local, podendo extrapolar o território de um município devido às necessidades dos usuários estarem além das suas condições de recursos humanos, materiais, tecnológicos e orçamentários.

O espaço local é o cenário estabelecido por atores sociais no desenrolar de um processo em que problemas de saúde se confrontam com serviços prestados de onde necessidades cobram ações. (Unglert; 1995, p. 222). Partindo dessa concepção compreende-se o conceito de regionalização da saúde não apenas como uma superfície geográfica, mas como o estabelecimento de uma base territorial onde a identificação de problemas de saúde, a caracterização da população e o estudo epidemiológico desses espaços populacionais devem definir responsabilidades entre os serviços de saúde e sua área adscrita, possibilitando uma permanente reconstrução.

A regionalização de serviços hierarquizados em complexidade crescente é um processo eficaz na descentralização da prestação de serviços básicos de saúde e de racionalização do uso da capacidade instalada e recursos humanos. A regionalização é sempre válida quando não há separação das ações preventivas e curativas, sendo importante considerar os aspectos de saneamento básico e da melhoria da habitação. A adoção de um modelo de Regionalização de Serviços é fundamental na implementação do Sistema Nacional de Saúde, com a integração indispensável de todas as unidades a nível operativas, tanto públicas quanto privadas, dando ênfase ao aproveitamento da capacidade instalada do setor público (VASCONCELOS, apud, WEIGELT, 2006, p.22).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/2001) define como orientação para o processo de organização da rede de serviços a descentralização dos serviços a partir da ampliação e ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora da Secretaria de Estado da Saúde (SES).

Cabe destacar que não existe um modelo único de regionalização. As especificidades regionais exigem normatividade flexível, que possibilite liberdade de construção de desenhos que dêem conta das necessidades locais e regionais e, portanto, adequação de estratégias às diferentes realidades. Sendo assim, a regionalização, dentro de um contexto de descentralização, pressupõe a diversidade de arranjos de gestão. (WEIGELT; 2006, p.3).

Para CARVALHO (2005), cada município deve saber identificar aquilo que é capaz de realizar, o que poderá oferecer como referência aos outros e o que precisa referenciar para outros. Para ele, não se pode impor nem aceitar uma regionalização anacrônica que não guarde nenhuma relação com a rede referencial em saúde, e conclui: “Querer que a saúde se

organize regionalmente segundo a organização político administrativa já existente nos estados, pode ser uma grande impropriedade”.

Objetivando o aprimoramento do SUS o Ministério da Saúde em conjunto com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) resolveram republicar a NOAS/SUS 01/2001 em 28 de fevereiro de 2002, passando a vigorar como NOAS/SUS 01/2002 e se propões a oferecer as alternativas necessárias à superação das dificuldades e impasses oriundos da dinâmica concreta de sua implementação.

No capítulo I define a regionalização e orienta a formulação do Plano Diretor de Regionalização (PDR) “instrumento a ser analisado nesse estudo” (grifo nosso) que tem como objetivo a definição de prioridades de intervenções coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção; primário, secundário e terciário. Define ainda a fundamentação do PDR a partir de sistemas funcionais e resolutivos da assistência à saúde, adotando como meio a organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais.

Destaca-se a importância da proposta contida no PDR por se propor a garantir: o acesso dos cidadãos o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados às responsabilidades mínimas; e o acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção.

O estabelecimento de determinadas políticas propiciou a construção de estratégias de negociação arranjos e condutas de gestão do SUS que desafiam os gestores a buscar formas eficazes para responder a grade demanda da saúde. As NOBs e NOAS foram analisadas, criticadas e substituídas numa tentativa de reformular conceitos equivocados e avançar no processo de luta pelo cumprimento dos aspectos legais que norteiam o sistema de saúde brasileiro.

De acordo com Portaria nº 399 do Gabinete do Ministro da Saúde (GM) publicada em 22 de fevereiro de 2006, o Pacto pela Saúde é atualmente o modelo de saúde construído a partir de um processo de negociação firmado entre os três gestores do SUS nos espaços de deliberação está proposto com o objetivo de redefinir os aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão; redefine responsabilidades coletivas em base a resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

Está dividido em três dimensões: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Substitui o atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; Propõe uma Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de Descentralização; a integração das várias formas de repasse dos recursos federais em forma de blocos de financiamento e unifica os vários pactos hoje existentes. As dimensões estabelecidas permitem aos gestores assumir responsabilidades distintas, porém complementares e necessárias para a resolubilidade do sistema, definindo com maior clareza os papéis de cada ente federado em relação às mesmas ações, fortalecendo o compromisso tripartite estabelecido nas Leis Orgânica da Saúde nº 8.080/90 e 8.142/90.

O Pacto pela Vida constitui a primeira dimensão e estabelece o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. São seis as prioridades (metas) pactuadas:

- A. Saúde do Idoso
- B. Controle do câncer do colo do útero e da mama
- C. Redução da mortalidade infantil e materna
- D. Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue; hanseníase; tuberculose; malária e *influenza*.
- E. Promoção da saúde com ênfase na atividade física regular e alimentação saudável
- F. Fortalecimento da Atenção Básica. (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, Pacto pela Saúde, 2006, V.1. p. 9).

A segunda dimensão trata do Pacto em Defesa do SUS e orienta o trabalho dos gestores das três esferas de governo e dos outros atores envolvidos dentro deste Pacto deve considerar: as Diretrizes definidas a partir dos compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde, estabelecidos na Constituição Federal; e do desenvolvimento de ações, de forma articulada e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.

Define como iniciativa a repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira aproximando-a dos desafios atuais do SUS; a promoção da Cidadania como estratégia de mobilização social tendo a questão da saúde como um direito; a garantia de financiamento de acordo com as necessidades do sistema; e como ações o Pacto em Defesa do SUS coloca na agenda política a articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania (saúde como um direito); o estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS; a ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais; a elaboração e publicação da Carta

dos Direitos dos Usuários do SUS; a regulamentação da EC nº. 29 pelo Congresso Nacional, com aprovação do PL nº. 01/03; e a aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas em ações e serviços de saúde de acordo com a Constituição Federal.

A terceira dimensão dos compromissos estabelecidos diz respeito ao Pacto de Gestão que estabelece as diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada – PPI; Regulação; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Com relação à Descentralização fica estabelecido com maior clareza o papel e as responsabilidades de cada esfera de governo; cabendo ao Ministério da Saúde a proposição de políticas, participação no co-financiamento, cooperação técnica, avaliação, regulação, controle e fiscalização, além da mediação de conflitos; a Descentralização dos processos administrativos relativos à gestão para as Comissões Intergestores Bipartite; As Comissões Intergestores Bipartite (CIB) são instâncias de pactuação e deliberação para a realização dos pactos intraestaduais e a definição de modelos organizacionais, a partir de diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite; As deliberações das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite devem ser por consenso; A Comissão Intergestores Tripartite e o Ministério da Saúde promoverão e apoiarão o processo de qualificação permanente para as Comissões Intergestores Bipartite.

No que tange a questão da Regionalização, esta é considerada um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores mantendo os instrumentos de planejamento: Plano Diretor de Regionalização (PDR); Plano Diretor de Investimento (PDI); e Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Atenção à Saúde como elementos indispensáveis ao processo de organização da rede de serviços.

Os objetivos da regionalização de acordo com as definições contidas na PT MS/GM nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 são os seguintes:

- Garantir acesso, resolubilidade e qualidade às ações e serviços de saúde (transcendência local/municipal de complexidade e contingente populacional);
- Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade;

- Garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema;
- Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores;
- Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional. (BRASIL, Ministério da Saúde, Pacto pela Saúde. V1. 2006 p.18).

Define como Regiões de Saúde os recortes territoriais definidos e pactuados entre gestores municipais e estaduais, de forma solidária e cooperada, a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados do território;

- Assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado;
- Favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social;
- Pactuação, entre todos os gestores envolvidos, do conjunto de responsabilidades não compartilhadas (atenção básica e às ações básicas de vigilância em saúde que deverão ser assumidas em cada município) e das ações complementares.

O enfoque dado pelo Pacto pela Saúde à diretriz da Regionalização da Saúde traz uma clara intenção de chamar a atenção de todos os envolvidos no setor saúde para uma postura solidária e cooperativa, onde os princípios técnicos, políticos e éticos passam a ser exigidos e mensurados.

Nesse estudo foi analisado o processo de organização da rede de serviços de saúde a partir da lógica da regionalização e as estratégias adotadas no Estado da Paraíba para conformar os desenhos das regiões de saúde. De maneira específica buscamos analisar a eficácia desses arranjos institucionais que se propõe através do PDR e da PPI, garantindo o acesso dos usuários aos serviços de forma regionalizada, hierarquizada, integral e equânime.

CAPÍTULO III

O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NA PARAÍBA EM DIREÇÃO A REGIONALIZAÇÃO

3.1 Caracterização do Estado da Paraíba

Estado: Paraíba

Capital: João Pessoa

Aspectos Demográficos e Sócio - econômico

Figura 1:



O Estado da Paraíba é uma das 27 [unidades federativas](#) do [Brasil](#), localiza-se no litoral oriental da Região Nordeste e limita-se ao Norte com o Estado do Rio Grande do Norte; ao Sul com Pernambuco; a Oeste com o Ceará; e a Leste com o Oceano Atlântico, onde está situado o ponto mais oriental das Américas, a Ponta de Seixas.

Número de Municípios (2005): 223

Indicadores Demográficos e Sócio-Econômicos

Perfil Populacional

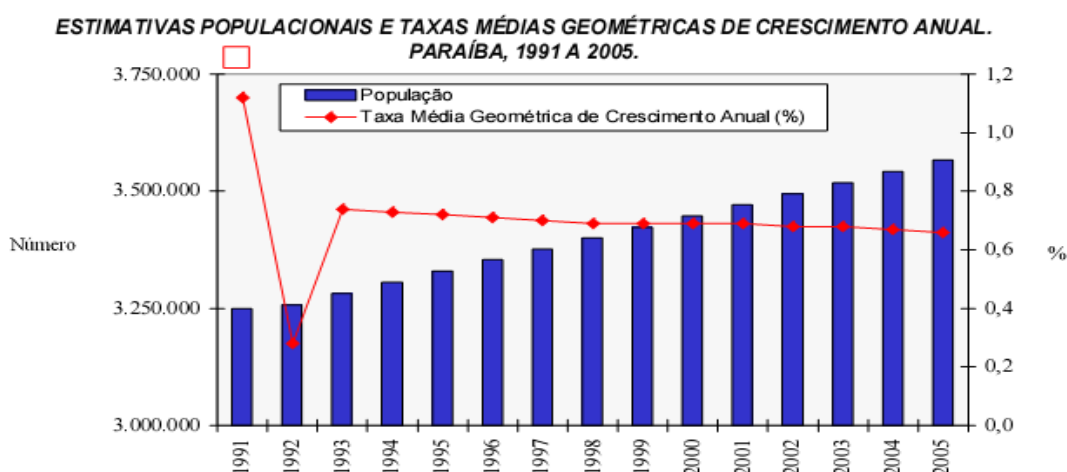
De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística - IBGE, a Taxa Média Geométrica de Crescimento Anual na Paraíba reduziu de 1,12%, em 1991, para 0,66%, em 2005. Chamou atenção a elevada queda da taxa de crescimento em 1992, quando comparada ao índice registrado em 1991.

De 1991 a 2005, a população do estado aumentou de 3.249.139 para 3.565.767 habitantes.

3.1.1 Estimativas populacionais e taxas médias geométricas de crescimento anual.

Gráfico:1

PARAÍBA, 1991 A 2005.



Fonte: IBGE/DPE/Departamento de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.

Nota: Estimativas para as Unidades da Federação obtidas pela metodologia AiBi, controlada pela projeção Brasil - Revisão 2000 (método das Componentes Demográficas). Data referência em julho dos respectivos anos.

Em 2005 a população desse estado representava 7,0% da população da região Nordeste e 2,0% da população do País.

3.1.2 Características geográficas

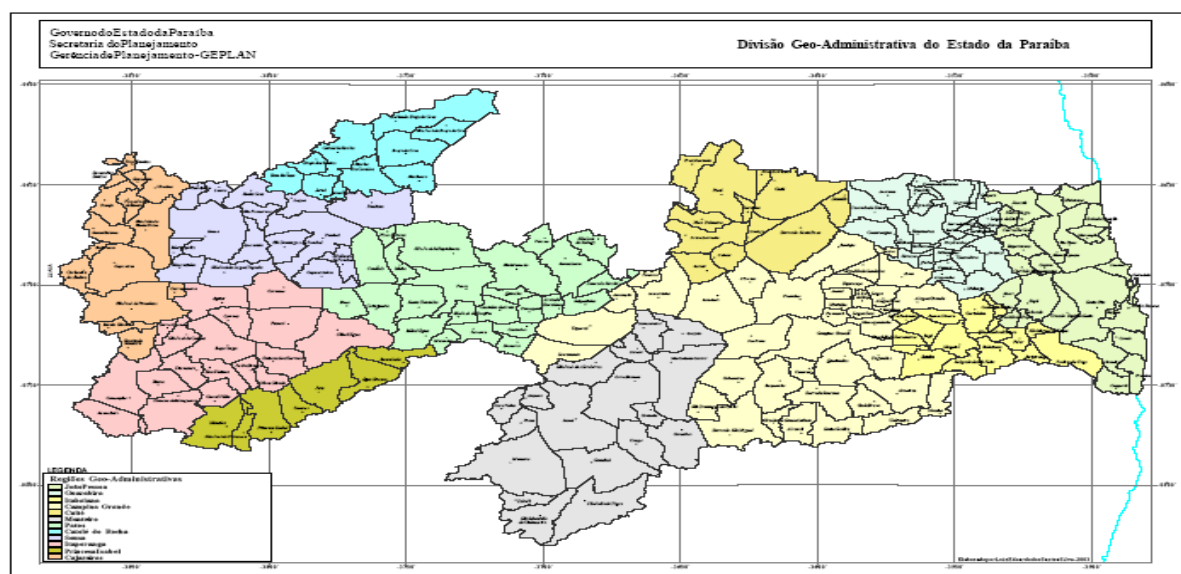
- Área 56.439,8 k
- População 3.595.886 hab. IBGE/2005
- Densidade 61,03 hab.k
- IDH 0,661- PNUD/2000
- Relevo: planície litorânea, planalto no centro e depressão a oeste.

- Ponto mais elevado: pico do Jabre, na serra do Teixeira (1.197 m).
- Rios principais: Paraíba, Piancó, Piranhas, Taperoá, Mamanguape, Curimataú, Gramame, do Peixe.
- Vegetação: mangues no litoral, pequena faixa de floresta tropical e caatinga na maior parte do território.
- Clima: Tropical úmido no litoral, com chuvas mais abundantes. Na medida em que nos deslocamos para o interior, depois da Serra da Borborema, o clima torna-se semi-árido e sujeito a estiagens prolongadas.
- Crescimento demográfico: 0,8% ao ano (1991-2000).
- População urbana: 71,1% (2000).
- Domicílios: 849.378 (2000);
- Carência habitacional: 139.257 (estado 2000).
- Acesso à água: 68,8%;
- Acesso à rede de esgoto: 39% (2000). IDH: 0,557 (1996).

O Estado ocupa uma superfície territorial de 56.439,8 Km², correspondendo a 0.6% do território nacional e 3.6% do território nordestino. Da sua superfície total, 48.502 Km² está situado no semi-árido, distribuindo-se em 23 microrregiões, 04 mesorregiões, 12 regiões geo-administrativas. São 223 municípios, dos quais, 52 foram emancipados em 1996.

Figura 2:

3.1.2 Divisão Geo-Administrativa do Estado



Fonte: SEPLAG/PB

3.2 Caracterização do Cenário da Assistência à Saúde no Âmbito do Estado

3.2.1 Diagnóstico da situação de saúde

- Indicadores de Saúde

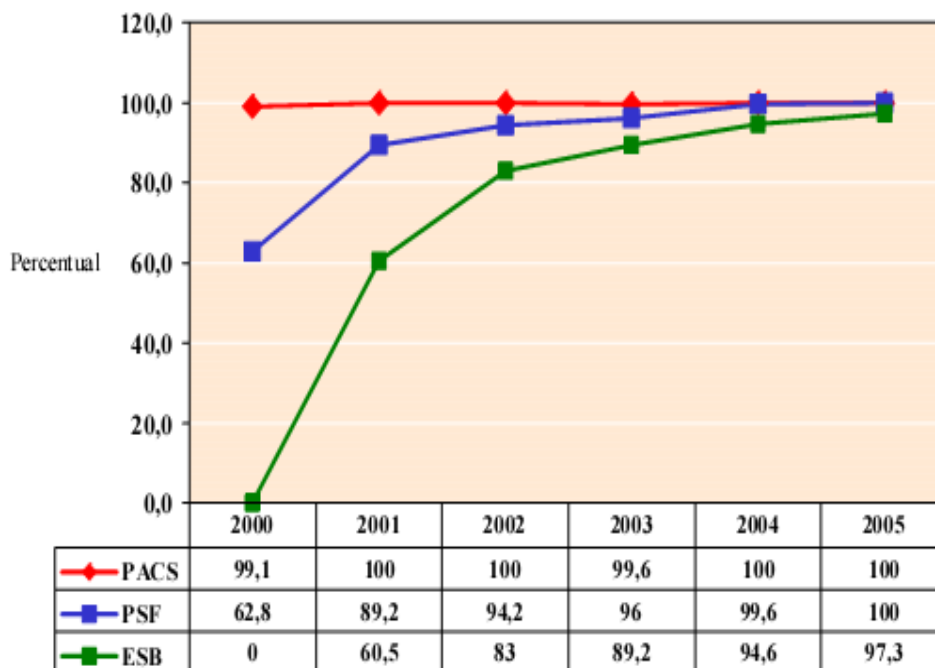
Modelo da Atenção Primária

No período de 2000 a 2005, a cobertura da população por Equipes de Saúde da Família (ESF) no estado da Paraíba registrou um incremento percentual de 191,9%, ao passar de 31,1% em 2000 para 90,8% em 2005. A cobertura pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB) passou de 0% para 90,4% e pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de 74,2% para 93,2% no período selecionado.

3.2.2 Percentual da população coberta segundo estratégia de Saúde da Família. Paraíba 2000 a 2005.

Gráfico: 2

PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS COM EQUIPES EM ATUAÇÃO - PACS; PSF; E ESB. PARAÍBA, 2000 A 2005



Fonte: CAPSI - Sistema de Captação de Dados para Pagamento

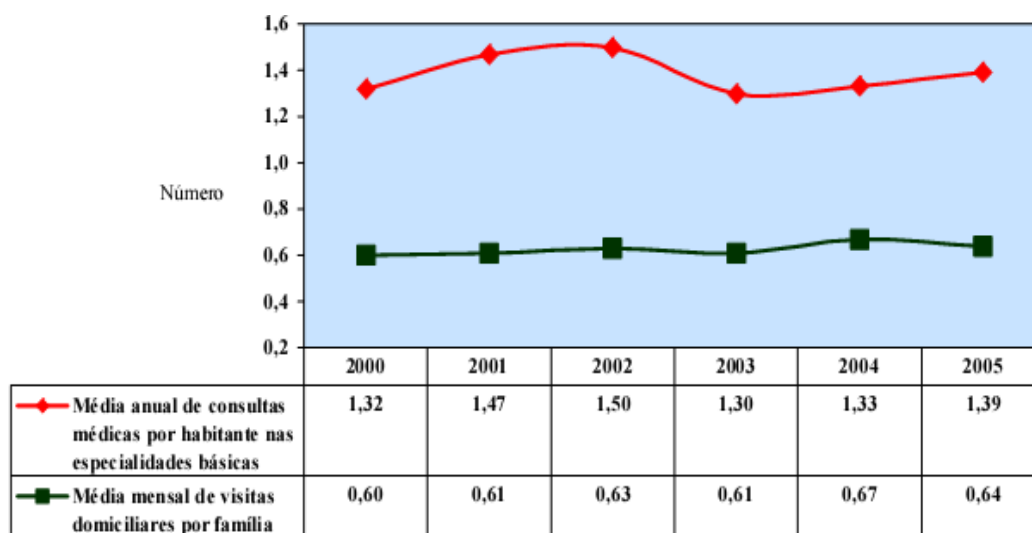
Quando comparados os dados registrados no período 2000 – 2005, se observa que o percentual de municípios com equipes de Saúde da Família em atuação passou de 62,8% para 100%. O incremento na cobertura de municípios com Equipes de Saúde Bucal também foi importante. Em 2005, 97,3% dos municípios do estado de Paraíba, possuíam uma ou mais Equipe Saúde da Família (ESB) cadastrada no sistema.

Indicadores Gerais

Em relação à situação registrada em 2000, a média de consultas médicas nas especialidades básicas por habitante/ano apresentou evolução crescente até 2002. Em 2003 foi registrada redução e, a partir de 2004, nova tendência de crescimento. A média mensal de visitas domiciliares passou de 0,60 para 0,64 no período selecionado.

3.2.3 Média anual de consultas médicas por habitantes nas especialidades básica e média mensal de visitas domiciliares por família. Paraíba, 2000 a 2005.

Gráfico: 3



Fonte: Tabnet/DATASUS/ Indicadores do Pacto de Atenção Básica 2006

3.2.4 Rede de Serviços de Assistência à Saúde

De acordo com dados do CNES estão cadastradas 3.468 unidades de saúde no estado do Paraíba, dos quais 35% são centros e unidades básicas de saúde; 25,5% são consultórios isolados; e 10,7% são postos de saúde.

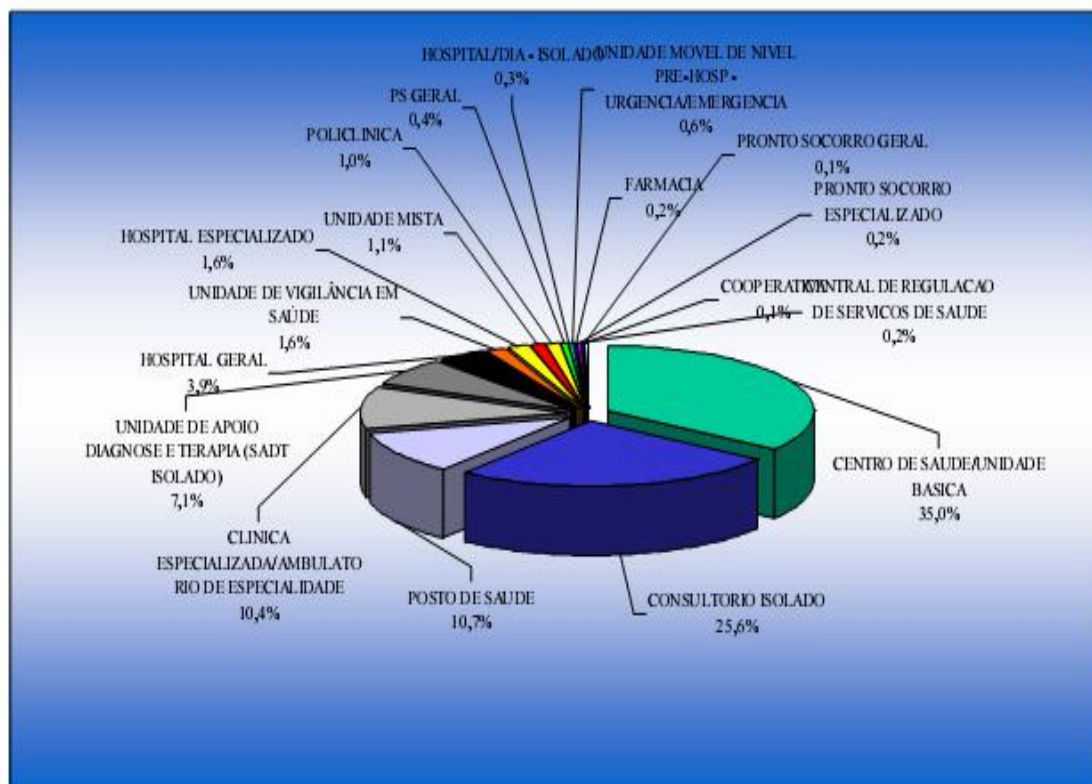
Tabela: 4

<u>REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE, POR TIPO DE UNIDADE, PARAÍBA, 2006.</u>		
Descrição	Total	Distribuição %
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA	1.215	35,0
CONSULTÓRIO ISOLADO	886	25,5
POSTO DE SAÚDE	370	10,7
CLÍNICA ESPECIALIZADA/AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	360	10,4
UNIDADE DE APOIO DIAGNÓSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	246	7,1
HOSPITAL GERAL	135	3,9
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	55	1,6
HOSPITAL ESPECIALIZADO	54	1,6
UNIDADE MISTA	39	1,1
POLICLÍNICA	36	1,0
UNIDADE MÓVEL TERRESTRE	26	0,7
HOSPITAL/DIA - ISOLADO	9	0,3
UNIDADE MÓVEL DE NÍVEL PRE-HOSP - URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	8	0,2
FARMÁCIA	7	0,2
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	7	0,2
CENTRAL DE REGULAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	6	0,2
COOPERATIVA	4	0,1
PRONTO SOCORRO GERAL	4	0,1
CENTRO DE PARTO NORMAL - ISOLADO	1	0,0
TOTAL	3.468	100,0

Fonte: CNES. Acesso em Agosto/06

Gráfico: 4

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE, POR TIPO DE UNIDADE. PARAÍBA, 2006.



Fonte: CNES. Acesso em Agosto/06

Do total cadastrado no estado, 72,9% dos estabelecimentos ambulatoriais de saúde estão classificados nos níveis 01 e 02 de hierarquia. 14,8% estão aptos a realizarem procedimentos de Média Complexidade definidos pela NOAS como de 2º nível de referência - M2 e /ou de 3º nível de referência – M3.

Em relação aos procedimentos de Alta Complexidade definidos pelo Ministério da Saúde (níveis de hierarquia 04, 07 e 08), essa proporção reduz para 6,9% dos estabelecimentos.

3.2.5 Rede Hospitalar

No período de 2000 a 2005 o número de hospitais e de leitos cadastrados pelo SUS, apresentou uma grande oscilação. Comparado o ano de 2000 com 2005, houve um aumento no número de hospitais e uma redução no número de leitos.

Tabela: 5

ESTADO DA PARAÍBA
NÚMERO DE HOSPITAIS E DE LEITOS HOSPITALARES CADASTRADOS NO SUS. 2000-2005

Nº de hospitais e de leitos	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nº de hospitais	204	207	180	186	191	215
Nº de leitos	11.868	12.185	11.081	11.168	12.434	10.684

Fonte: MS/DATASUS Sistema de Informações Hospitalares

O número de leitos hospitalares para 1000 habitantes diminuiu no período, entretanto, manteve-se sempre superior ao da Região Nordeste e do Brasil.

3.3 – Histórico sobre o Processo de Regionalização na Paraíba

A NOAS/SUS 2001 define como responsabilidade dos gestores de saúde nos três níveis a organização de um sistema de saúde regionalizado, estabelecendo critérios e atribuições específicas o que exige um planejamento integrado, incluindo a noção de territorialidade na identificação das prioridades de intervenção, dando conformidade a sistemas funcionais de saúde no âmbito estadual com todos os níveis de atenção. Para organizar a rede a SES/PB realizou oficinas de trabalho com os gestores municipais de saúde para definição do desenho das regiões de saúde.

Como produto dessas oficinas obteve o Plano Diretor de Regionalização (PDR- 2002) com o objetivo de reorganizar a rede de serviços promovendo a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades da população local. Nesta lógica o PDR se propõe a estabelecer estratégias e mecanismos que garantam o acesso dos cidadãos às ações e serviços de saúde resolutivos.

O processo de regionalização foi considerado no documento como sendo, um passo fundamental na concretização deste objetivo, pois propiciará a estruturação e organização da assistência ambulatorial e hospitalar, da média e alta complexidade, o mais próximo possível dos munícipes, facilitando o acesso aos serviços assistenciais e promovendo a equidade em saúde.

Objetivando o cumprimento do princípio da Integralidade da assistência à saúde preconizada na Lei n. 8.080/90 o PDR se propõe a organizar redes de serviços articuladas e resolutivas, mediante o desenvolvimento do processo de programação integrada, da implantação de centrais de regulação, do fortalecimento do controle e avaliação, da

organização de consórcios intermunicipais e da formulação e progressiva implementação desse Plano Diretor de Regionalização – PDR/PB, promovido pela SES/PB e pelos Municípios da Paraíba.

Paralelo ao processo de reorganização da rede de serviços especializados, a SES/PB procurando dar legitimidade ao processo de estruturação do Pacto da Atenção Básica, constituiu através da Portaria/SES nº 100/99 o Grupo de Condução da Atenção Básica, composto pelas Coordenações do Planejamento, Epidemiologia, PACS/PSF, Vigilância Sanitária, Coordenação de Controle, Avaliação e Auditoria e Coordenação de Saúde. A constituição do Grupo de Condução teve como objetivo viabilizar o processo de organização da Atenção Básica, através da proposta de organização dos Sistemas Locais de Saúde com base no fortalecimento da estratégia Saúde da Família e dos Sistemas de Informação em Saúde, e propiciar o assessoramento aos municípios quanto às questões referentes ao aprimoramento da gestão das ações e serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica com vistas a implantação da NOAS/SUS 2001 e 2002.

O PDR/PB é, portanto, resultado de uma ação conjunta e articulada com os municípios, para o desenho da regionalização e hierarquização da assistência à saúde na Paraíba a partir da descrição da organização do território estadual em regiões /microrregiões /módulos assistenciais, com os respectivos dados populacionais. Tal organização foi redefinida passando a adotar a seguinte configuração:

Doze Núcleos Regionais de Saúde (NRS) que se constitui, em instâncias administrativas em cada região do estado e tem como função articular o processo gerencial das ações técnico-administrativas. “O processo de reorganização da assistência à saúde na Paraíba vivenciado nesse momento contribuiu para a consolidação da regionalização e iniciou-se antes da publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 2001” (PARAÍBA; SES/PB/PDR 2001).

3.3.1 Divisão Geo-administrativa das Gerências Regionais de Saúde

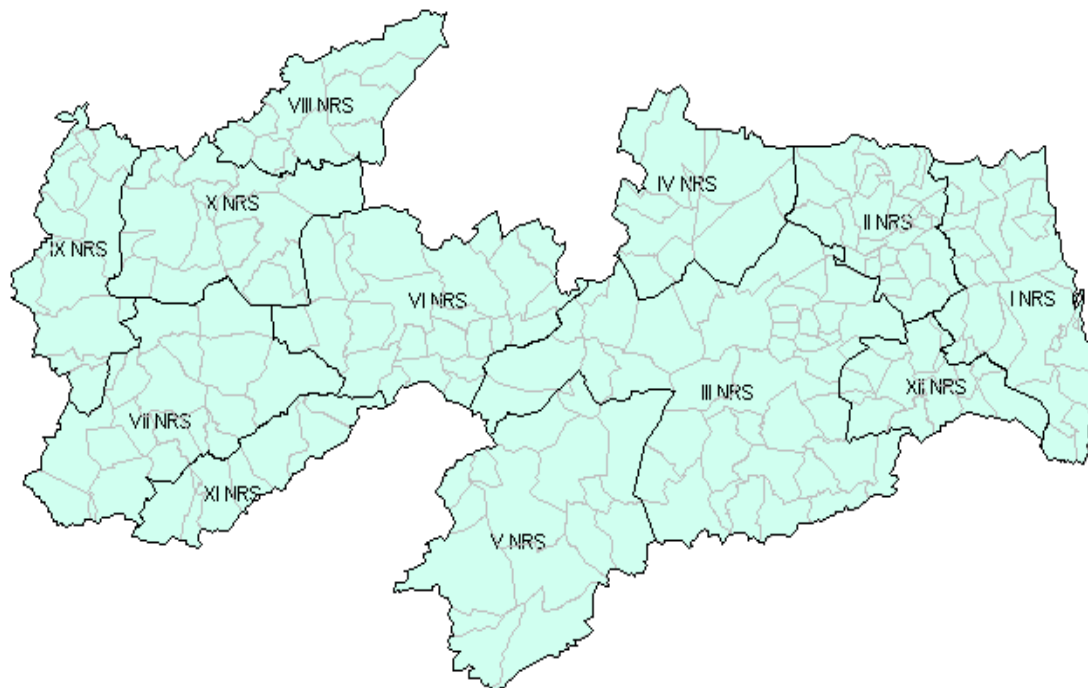


Figura: 3

FONTE: GPG/SES/PB

3.3.2 Plano Diretor de Regionalização

O Plano Diretor de Regionalização têm por objetivo promover a integralidade da assistência com ênfase na Atenção Primária, e o acesso da população aos serviços e ações de saúde colocando o mais próximo possível do seu domicílio e buscando atender suas necessidades de forma resolutiva. Alguns critérios foram estabelecidos, a fim de caracterizar as microrregiões e os módulos assistenciais:

Microrregiões de Saúde

1. População da microrregião maior ou igual a 75.000 habitantes;
2. Município pólo deve ser sede de Núcleo Regional de Saúde - NRS;

3. Contemplar na medida do possível a divisão dos NRS existentes;
4. Composto por Municípios com territórios contíguos;
5. Observar o fluxo natural da população;
6. Observar distância para deslocamento da população;
7. Dispor de infra-estrutura mínima igual ou superior à sede do módulo assistencial

Módulos Assistenciais

- ⇒ População do módulo com aproximadamente 30.000 habitantes;
- ⇒ Composto por Municípios com territórios contíguos;
- ⇒ Composto por municípios de fácil acessibilidade geográfica;
- ⇒ Observar o fluxo natural da população;
- ⇒ Observar distância para deslocamento da população;
- ⇒ Dispor de infra-estrutura mínima em pelo menos um município: hospital ou unidade mista (leitos para internação das clínicas básicas); laboratório; US; radiologia simples; fisioterapia; odontologia especializada.

A conformação de um sistema funcional e resolutivo prescinde de uma organização territorial de modo a possibilitar o acesso dos cidadãos, o mais próximo possível de suas residências, a um conjunto de ações e serviços vinculados às responsabilidades mínimas pactuadas na atenção básica, como também nos outros níveis de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromisso entre gestores para o atendimento de referências intermunicipal.

Nesse sentido, foi construído um desenho territorial do estado, organizado em 04 Macrorregiões, 12 Microrregiões, 44 Módulos Assistenciais e 179 Municípios Satélites. As Macrorregiões de Saúde foram definidas conceitualmente no PDR/PB, como base territorial de planejamento da atenção à saúde, definida de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde, considerando as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações intermunicipal. A Paraíba foi dividida em 04 Macrorregiões. A maior concentração populacional ficou na Macrorregião com sede em João Pessoa, capital do estado para onde, naturalmente, acontece maior migração espontânea.

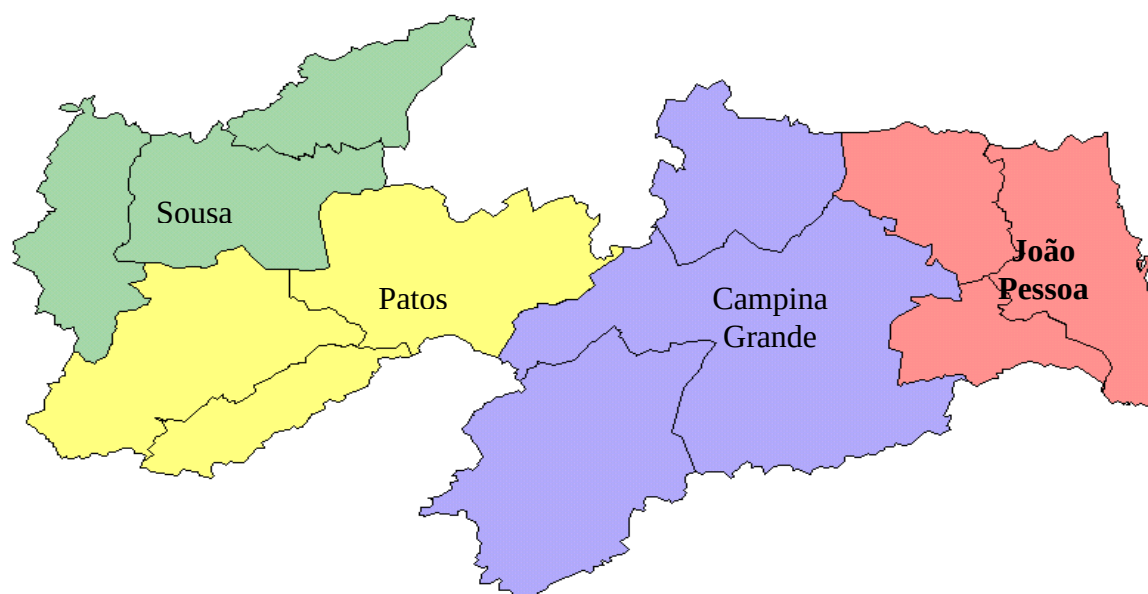
Na Segunda macrorregião ficou concentrado o segundo maior contingente populacional, Campina Grande, sua sede historicamente se comporta como referencia natural para a população do interior do Estado.

As duas outras Macrorregiões, Patos e Sousa, localizam-se na parte do extremo oeste do Estado. Podemos observar essa divisão no mapa abaixo:

Microrregião Assistencial está definida como base territorial, de qualificação na assistência à saúde, constituída por um conjunto de um ou mais módulos que realizam um conjunto de serviços de média complexidade compreendendo as atividades ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar. Caracteriza-se como primeiro nível de referencia intermunicipal com acesso garantido a toda população no âmbito Microrregional. Tem complexidade assistencial acima do módulo assistencial.

Figura: 4

Mapa da Paraíba - Macrorregiões de Saúde



FONTE: GPG/SES/PB Plano Diretor de Regionalização

As sedes das Microrregiões correspondem ao mesmo município até então sede dos Núcleos Regionais de Saúde, divisão geo-política-administrativa adotada pelo Estado. Os Módulos Assistenciais de Saúde corresponde a um conjunto de municípios, entre os quais há um município-sede, habilitado em GPSM ou em GPAB-A (NOAS/SUS 01/2002) com

capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 7 - Capítulo I, correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos. Os Municípios satélites representam a base territorial mínima, onde são realizados os serviços de responsabilidade da Atenção Básica, com resolubilidade nesse nível assistencial e garantia de referência para os diversos níveis de assistência. Configura-se como a porta de entrada do sistema.

Todos os duzentos e vinte e três municípios foram classificados em uma das modalidades a partir da análise técnica de sua capacidade instalada e disponibilidade de investimentos na rede de serviços.

A Resolução CIB-E/PB, n. 066 de 04 de julho de 2002, aprova o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI) passando a considerá-los instrumentos de ordenamento do processo de regionalização da assistência para o estado da Paraíba. Define, ainda, a implantação do PDR e PDI como prioridades para reorganização da assistência à saúde no território estadual.

“Ao lado da municipalização da saúde, a SES/PB executou um arrojado projeto de investimento na rede pública estadual, envolvendo novas construções, ampliações, reformas e re-aparelhamento de unidades de saúde. Esses investimentos foram dirigidos, visando a consolidação de uma rede de hospitais de referência estadual e a melhoria do acesso aos serviços de saúde regional” (PARAÍBA,SES/PDR 2002).

3.4- O Processo de Municipalização

Na Paraíba o processo de municipalização avançou a partir da decisão tomada pela Resolução CIB-E/PB, n. 81 de 04 de dezembro de 2002, que considera entre outros aspectos legais as responsabilidades de cada nível de governo contidas nos critérios de habilitação da

Norma Operacional de Assistência a Saúde – NOAS SUS 01/2002, e aprova o repasse das unidades públicas estaduais para os municípios habilitados em alguma forma de gestão do SUS, obedecendo a critérios estabelecidos.

A habilitação dos municípios a uma das formas de gestão proposta pela NOB/96, e pela NOAS/SUS-2002, contribuiu para a adequação da Política Estadual de Saúde às condições estabelecidas pela legislação orgânica do SUS, constituindo-se num movimento decisivo na direção da descentralização das ações e serviços de saúde, exigindo a explicitação de vontades políticas do gestor estadual e dos gestores municipais de saúde.

Os critérios pactuados obedeceram a seguinte lógica:

- I- Todas as Unidades Básicas de Saúde foram municipalizadas a medida em que, os municípios manifestaram o interesse em assumir as responsabilidades gestoras. O processo se deu através da assinatura de documentos jurídicos denominados de: Termo de Cessão e Uso (TCU) e Termo de Cessão de Pessoal (TCP), que concederam aos municípios o direito de exercer a gestão e a gerência dos imóveis, equipamentos e pessoal lotados nas referidas unidades;
- II- O repasse de todos os Postos de Assistência Médica (PAM), Unidades Mistas, Hospitais Distritais e Maternidades localizadas nos municípios denominados pelo PDR de satélites e sede de módulo assistencial;

O Parágrafo Único da Resolução CIB n. 81/02, define que:

“As unidades assistenciais ambulatoriais e hospitalares (Hospitais Regionais, PAMs, e as componentes de Complexos de Saúde) existentes em municípios sede de microrregião (sede de Núcleo Regional de Saúde), por realizarem atendimento de referência, permaneceram sob gerência estadual.” O que caracterizou um descumprimento do art. 9º, da Lei n. 8.080/90 que define: “A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: I – no âmbito da União pelo Ministério da Saúde; II – no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e III – no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde e ou órgão equivalente.” (CIB/E/PB, 2002)

Durante os últimos seis anos, que compreende o período de 2002 a 2007, a política de saúde no que, se refere à questão da rede de assistência no estado da Paraíba vem obedecendo aos critérios estabelecidos no PDR e na Programação Pactuada e Integrada (PPI) aprovado em 2002, pela Comissão Intergestores Bipartite.

De acordo com consulta documental as Resoluções da CIB n. 66; 35 ext.; 100; 101 e 102 houve um extenso debate entre gestores e técnicos da instância estadual e municipal sobre os problemas da assistência da média e alta complexidade, que envolve os instrumentos PDR e PPI. Em função desses problemas alguns municípios solicitaram mudança em suas referências, o que caracteriza revisões pontuais no desenho do PDR e da PPI e conseqüentemente nas referências, alterando os tetos físicos e financeiros dos municípios envolvidos.

Em 2003, a SES/PB e Conselho Paraibano de Secretários Municipais de Saúde acompanhados por técnicos do Ministério da Saúde dar início a um processo de discussão na Comissão Intergestores Biparte com o objetivo de revisar o PDR e a PPI.

As discussões tomam como base o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que constituem um dos pontos fundamentais para a elaboração da programação, controle e avaliação da assistência hospitalar e ambulatorial no país, assim como a garantia da correspondência entre a capacidade operacional das entidades vinculadas ao SUS e o pagamento pelos serviços prestados. Propicia ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, visando auxiliar no planejamento em saúde, em todos os níveis de governo, bem como dar maior visibilidade ao controle social a ser exercido pela população. O CNES visa disponibilizar informações das atuais condições de infraestrutura de funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde em todas as esferas, ou seja; Federal, Estadual e Municipal.

O teto financeiro do SUS é definido com base per capita por município, a soma da população dos municípios vai compor o teto do Estado que passa a ser virtual e coloca as Secretarias Estaduais de Saúde na condição de reguladora do sistema. Sendo a Regulação entendida como a ordenação do acesso aos serviços de assistência à saúde. Esta ordenação atua pelo lado da oferta, buscando otimizar os recursos assistenciais disponíveis, e pelo lado da demanda, buscando garantir a melhor alternativa assistencial face às necessidades de atenção e assistência à saúde da população.

Os municípios trabalham nessa lógica de distribuição financeira que impõe outros critérios de organização e que vem sendo adotado ao longo do processo de implantação do SUS, através dos documentos normatizadores.

Obedecendo a lógica da NOAS/SUS 01/2002, os municípios que possuíam um nível de organização e uma capacidade instalada que atendessem as exigências, foram habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) passando a ser gestor único do Teto Financeiro Global (TFGM) destinado pelo Ministério da Saúde para a sua população e desta forma distribuir na rede local de acordo com a capacidade instalada de cada serviço.

Os municípios nessa condição de gestão e ao comprovar através do CNES, a capacidade de atendimento passa a ser um centro de referência para outros municípios da região, o habilitando a receber os recursos financeiros dos municípios que o referenciaram. A outra condição definida na NOAS/SUS 01/2002, foi a de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) que define as responsabilidades os requisitos e prerrogativas para os municípios de médio e pequeno porte, cabendo a estes formalizar o processo de adesão junto a CIB estadual. Caberia ao município nesta condição a responsabilidade com as ações estratégicas mínimas de atenção básica quais sejam:

- I) Controle da Tuberculose
- II) Eliminação da Hanseníase
- III) Controle da Hipertensão
- IV) Controle da Diabetes Mellitus
- V) Ações de Saúde Bucal
- VI) Ações de Saúde da Criança
- VII) Ações de Saúde da Mulher

Além dos procedimentos básicos, alguns procedimentos da média complexidade ambulatorial, entre eles, os de laboratório de análise clínica, compuseram o elenco de procedimentos a serem ofertados pelos municípios sede de módulo assistencial de acordo com o PDR.

As formas de gestão acima descritas apontam para uma situação desejada, mas, conforme os registros nas atas das reuniões da CIB, já mencionada, estas, denunciam uma situação que preocupam os gestores de saúde, em particular os municipais que assumiram as responsabilidades com a prestação dos serviços.

O primeiro problema discutido diz respeito à inconsistência nos registros do sistema de informações do CNES, que nos casos em que, o cadastro de um estabelecimento de saúde estiver com erros, prejudica a informação do que foi realmente produzido e, o que será aceito pelo sistema para efeito de pagamento pelo SUS, ou seja: o que não estiver cadastrado não poderá ser pago. Verifica-se através de análise documental dos relatórios da auditoria outro sério problema com relação aos dados do CNES, onde o número de leitos cadastrados como ativos, não corresponde à realidade dos leitos efetivamente em funcionamento mascarando desta forma a informação. O cadastro dos municípios é regulado pela SES/PB, que regula os recursos financeiros da atenção especializada ambulatorial e hospitalar (média e alta complexidade) dos municípios que se encontram na gestão plena da Atenção Básica Ampliada.

Desta forma os cadastros para realização de procedimentos de média complexidade, só foram liberados pela SES/PB para os municípios que conquistaram a gestão plena do sistema municipal, o que levou os municípios que tinham serviços neste nível de complexidade a uma crise financeira, inviabilizando em alguns casos a continuidade da prestação dos serviços ofertados e outros, levou o município a assumir os gastos com o serviço ofertado com recursos do tesouro municipal.

Tal situação levou os gestores municipais a questionarem a efetividade dos instrumentos que se propõem a garantir o acesso aos serviços de saúde; PDR, PDI e PPI. Mediante tal situação a CIBE/PB, em sua 35ª reunião extraordinária realizada em 03/11/2003, propõe: não fazer alterações no PDR até que sejam corrigidos todos os erros do CNES e cadastros os procedimentos de média complexidade para os municípios que apresentarem capacidade para o atendimento.

O segundo trata das alterações a serem feitas no PDR e na PPI, com base no resultado das oficinas de trabalho realizadas pela equipe técnica da SES e dos municípios; concluem não haver grandes alterações no desenho da regionalização apenas, revisão e ampliação dos critérios estabelecidos para organização de Módulos Assistenciais que passam a serem reconhecidos como módulo no momento em que comprove a capacidade de atendimento para o conjunto de procedimentos de média complexidade I.

As alterações da PPI dependem dos ajustes nas referências feitas a partir da organização dos municípios em módulos assistenciais de acordo com o PDR. Paraíba houve uma decisão da CIB de alocar mais recursos financeiros para os procedimentos da média complexidade considerando a produção apresentada.

Para que fosse cumprida esta decisão a CIB pactua uma inversão na aplicação dos recursos financeiros passando a alocar mais dinheiro para os procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade (MAC I, II e III) e reduzindo a aplicação em assistência hospitalar, considerando que não houve aumento de teto financeiro para o estado e que o teto financeiro global do estado é alocado nos municípios de acordo com os critérios de distribuição definidos na NOAS/SUS 01/2002.

O gestor estadual, ao coordenar um processo de planejamento global no estado, deve adotar critérios para evitar a superposição e proliferação indiscriminada e desordenada de serviços, levando sempre em consideração as condições de acessibilidade, qualidade e racionalidade na organização de serviços. (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, NOAS/SUS N. 01, 2002).

À medida que os municípios se organizam criando sua estrutura para gestão e assistência à saúde, eles solicitam a gestão plena exigindo uma redistribuição financeira intermunicipal. Trata-se aqui, de um processo dinâmico em construção que exige dos atores e instituições envolvidas uma capacidade elevada do ponto de vista da política pública e da capacidade técnica para negociação das estratégias a serem adotadas e das ações a serem executadas.

3.5 - O Pacto pela Saúde

À medida que o processo de implantação e organização do SUS avança, passa a exigir a busca de novas estratégias para solução dos problemas que surgem em consequência de novas demandas dos problemas de saúde e do aumento populacional.

Trata-se segundo Andrade e Santos (2007, p. 79), do resultado das freqüentes críticas a esse modelo, em que, todos os entes federativos passaram a discutir a necessidade de novas bases para a gestão compartilhada do SUS e para as transferências de recursos da União para estados e municípios.

A constante busca por estratégias que organizem e qualifiquem o sistema de saúde são formalizadas através de documentos normatizadores e da implantação de redes de articulação que possibilitem a execução das ações de: planejamento, assistência, vigilância à saúde, controle, regulação, auditoria e avaliação das ações desenvolvidas. Os modelos propostos até então, eram burocráticos e gerenciais, não de resultados e as diferenças entre as regiões e os municípios não eram respeitadas, adotando-se as mesmas regras para todos os municípios.

Dos 5.562 municípios brasileiros, 70% tem menos de vinte mil habitantes e 58% da população mora em 255 municípios acima de cem mil habitantes. Claro está que os 1.392 municípios que têm até cinco mil habitantes não podem realizar o seu papel de gestor único do sistema local de saúde da mesma forma como fazem aos 299 municípios que têm até cinco mil habitantes ou os 31 municípios com mais de quinhentos mil habitantes. (ANDRADE, 2004, p.80)

Os dados apresentados acima demonstram a necessidade de um planejamento ordenado de forma regionalizada que considere as estruturas existentes, uma vez, que a maioria dos municípios brasileiros são considerados de pequeno porte. Na medida em que o SUS estimula a desconcentração da assistência dos grandes centros levando a assistência para o mais próximo possível do usuário, cria um problema de falta de capacidade para o atendimento ambulatorial especializado e hospitalar.

Os modelos assistenciais que antecederam o SUS, não definiram com clareza as responsabilidades de gestão com o sistema público de saúde para nível de governo.

Não havia definição de responsabilidades entre os entes federados, o que os levou a construir redes de serviços concentradas nos grandes centros, enquanto em outras regiões registra-se até, os dias de hoje a ausência de procedimentos do nível de atenção primária e a presença de hospitais com baixa resolubilidade, ocasionando um procura desordenada da assistência nos municípios de grande porte.

Foi necessário o avanço das instâncias de negociações e de controle social na busca de soluções viáveis para os problemas. Os conselhos de saúde dos estados e dos municípios e as comissões intergestores bipartite e tripartite e, os colegiados de secretários de saúde estaduais e municipais em todo o país assumiram um importante papel no sistema, para negociação das questões políticas e técnicas e financeiras do SUS. A compreensão de uma gestão compartilhada entre os entes federativos é fruto desse processo de construção, e foi a partir dela que mais um instrumento de gestão está sendo adotado de forma pactuada entre os gestores; o Pacto pela Saúde.

A implantação do Pacto pela Saúde se deu através da Portaria n. 399 de 22 de março de 2006, nas suas três dimensões Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

O Pacto pela Vida é constituído de um conjunto de compromissos sanitários derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Define como prioridades: a implantação da política de saúde do idoso; a redução da mortalidade infantil e materna; controle do câncer de útero e de mama; o combate às doenças emergentes e endemias; promover a saúde; e fortalecer a atenção básica.

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas, que tem como objetivo o fortalecimento do SUS como política de Estado. Define como prioridades: a defesa da saúde como direito de cidadania; a defesa do princípio da universalização do atendimento; divulgação dos direitos dos usuários; fortalecimento das relações com os movimentos sociais; defesa de uma política financeira que garanta a execução das ações dos serviços de saúde.

O Pacto de Gestão estabelece diretrizes para a gestão do sistema considerando os aspectos da descentralização; regionalização; financiamento; planejamento; programação pactuada e integrada; regulação; participação e controle social; gestão do trabalho e da educação na saúde. Definem responsabilidades para cada ente federativo, dentro das competências concorrentes, respeitadas as diferenças loco-regionais. Orienta para o avanço da regionalização de forma desburocratizada, a partir da estruturação de regiões sanitárias e da formação de colegiados de gestão regional. Reafirma o compromisso dos gestores com o controle social da saúde como espaço de participação e exercício de cidadania exercida através dos conselhos, conferências e ouvidorias.

O financiamento passa a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde em forma de blocos e compreendem os seguintes blocos: a) Atenção Básica; b) Atenção da Média e da Alta Complexidade; c) Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; e Gestão do SUS.

O Pacto pela Saúde coloca na agenda do SUS outras demandas relacionadas a definições de políticas estruturantes para o sistema de saúde e, à medida que, as discussões avançaram para elaboração e implantação de novos instrumentos surgiu propostas para regulamentação de várias ações já executadas em forma de programas, mas que, não se constituíam em ações estruturantes. Definida como porta de entrada do sistema público de saúde a Atenção Básica passa a ser uma política e não mais programas desarticulados.

O Ministério da Saúde com base na Portaria n.º 648/GM de 28 de março de 2006, aprova a Política Nacional de Atenção Básica que apresenta como característica um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da

saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

As ações de promoção da saúde passam a ter uma relevância para a estratégia de saúde da família e ao considerar a necessidade da implantação e implementação de diretrizes e ações para promoção da saúde em consonância com os princípios do SUS, o Ministério da Saúde aprova a partir da publicação da Portaria n.º 687 de 30 de março de 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde. Tem como principal objetivo promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionada aos seus determinantes e condicionantes, ao modo de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

Com base na Portaria n.º 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, a Regionalização constitui uma orientação para implementação das ações de assistência do SUS que abrangem as diferentes dimensões do Pacto pela Saúde 2006. A estratégia de Regionalização é uma diretriz organizativa cujos fundamentos legais vêm sendo definidos ao longo da história da saúde brasileira. Estabelece caminhos para a implementação da regionalização na saúde brasileira, pactuada de forma solidária e cooperativa. A necessidade de qualificar e fortalecer a descentralização do sistema de saúde contribuiu para que a regionalização, como diretriz do SUS, fosse considerada o eixo estruturante do Pacto de Gestão. Por meio de um intenso processo de revisão, gestores das três esferas do sistema pactuam um conjunto de ações que permite identificar e reconhecer as diferentes realidades loco - regionais.

A operacionalização das ações de regulação traz um ganho expressivo para o Sistema Único de Saúde ao reforçar e qualificar as funções gestoras; otimizando os recursos de custeio da assistência, qualificando o acesso e, conseqüentemente, proporcionando aos usuários do SUS uma melhor oferta das ações governamentais voltadas à saúde.

A proposta da Política Nacional de Regulação está focada em três eixos estruturantes: a garantia da alocação de recursos para a implantação dos Complexos Reguladores da Assistência, o desenvolvimento de instrumentos que operacionalizem as funções reguladoras e o desenvolvimento de um programa de capacitação permanente de recursos humanos. A regulação assistencial estabelecida na NOAS define que esta deva estar “voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada”.

A formulação da nova lógica de Programação Pactuada e Integrada ocorreu concomitantemente à definição da Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, de forma condizente com os seus princípios, buscando viabilizar o acesso universalizado e equânime aos serviços de saúde.

O modelo que se propõe é o da conformação de redes de serviços regionalizadas, a partir da instituição de dispositivos de planejamento, programação e regulação, estruturando o que se denominou de “redes funcionais”. (grifo nosso) Pretende-se, com sua organização, garantir, da forma mais racional possível, o acesso da população a todos os níveis de atenção.

Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde é um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos custos estabelecidos e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios.

CAPÍTULO IV - O Desenho da Regionalização e da Programação Pactuada e Integrada (PPI) do Estado da Paraíba, em face da garantia do acesso, a integralidade da assistência à saúde para os usuários do SUS.

O Pacto pela Saúde com o objetivo de qualificar e fortalecer a descentralização do sistema de saúde elegeu a Regionalização como eixo estruturante do SUS. A partir de um intenso processo de revisão os gestores das três esferas de governo pactuaram um conjunto de ações que levam em consideração as diferenças loco-regionais para definição de prioridades. A proposta traz como objetivo estimular a busca de soluções viáveis em espaços de negociação que aproxima todos os gestores de uma determinada região através da criação de Colegiados de Gestão Regional (CGR), denominando de “Regionalização Solidária e Cooperativa” (grifo nosso). Vista como “um movimento dinâmico e flexível que segue em direção oposta aos métodos fechados, rígidos em suas formas de aplicação.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Pacto pela Saúde, v. 3, p.3)

A proposta de uma regionalização solidária e cooperativa traz como pressupostos alguns conceitos a serem apropriados por todos os atores e institucionalizado, de forma que os tornem em, uma prática institucional, caso contrário de nada adiantará os esforços despendidos para organização dos sistemas regionais de saúde. Tais pressupostos estão pautados nos seguintes conceitos:

- a) Territorialização: exige um reconhecimento da situação/necessidades de saúde no âmbito local, sua organização social e econômica, e sua capacidade resolutiva;
- b) Flexibilidade: consiste em respeitar as diversidades regionais próprias e flexibilizar a conformação das regiões de saúde entre municípios de país e/ou estados diferentes;
- c) Cooperação: Propõe uma ação partilhada de responsabilidades técnica e financeira entre os entes federados;
- d) Co-gestão: Impõe um planejamento integrado e esforços permanentes político e técnicos de planejamento, articulação e pactuação que se efetive por meio do Colegiado de Gestão Regional (CGR) para cada região de saúde;
- e) Financiamento solidário: Define a utilização dos recursos financeiros com base em um mapeamento atualizado da distribuição e oferta de serviços da região;
- f) Subsidiariedade: Indica que a responsabilidade não deve ser repassada quando puder ser exercida no nível local;

- g) Participação e Controle Social: Além dos conselhos e das conferências de saúde o controle social pode deve ser exercido também nos espaços regionais.

O Pacto pela Saúde desafia os gestores de saúde a exercerem um comportamento solidário e cooperativo em sua condução do sistema público de saúde. Para Demo, (2005, p.52) o discurso sobre a solidariedade é extremamente complexo e dúbio, e atribui esse discurso a classe dominante. Na sua visão os excluídos precisam ser solidários entre si construindo uma autonomia solidária constituindo-se um desafio da aprendizagem reconstrutiva política unindo propósitos contrários a fim de que a autonomia não passe a ser uma forma de imposição, nem a solidariedade em uma enganosa submissão da classe dominada.

Estamos, portanto diante de um grande desafio para os gestores e técnicos da área da saúde que para superar as dificuldades enfrentadas no processo de institucionalização do SUS assumem responsabilidades encontrar os meios para tornar práticos os princípios de organização do sistema através de uma rede regionalizada porém operante, e da distribuição dos recursos financeiros, “considerados insuficientes” (grifo nosso) de forma racionalizada.

Na Paraíba, de acordo com pesquisa documental ¹ o Plano Diretor de Regionalização - PDR está sendo rediscutido com os gestores municipais de saúde com o objetivo de adequar as diretrizes do pacto e de implantar os colegiados de gestão regional. Este processo de discussão teve início em março de 2007, com uma discussão interna que envolveu, vários atores, a saber: membros da CIB, diretoria do COSEMS, técnicos da Gerência de Planejamento da SES, e os membros da câmara técnica da CIB. Devemos destacar a nossa participação como técnica e pesquisadora em todas as etapas de revisão do PDR.

Em conjunto, a SES e o COSEMS realizaram oficinas de trabalho nas quatro macrorregiões de saúde com o objetivo de construir de forma solidária e cooperativa entre os gestores Estadual e Municipal de Saúde propostas para o Fortalecimento das Regiões de Saúde, criação dos Colegiados de Gestão e Redesenho do PDR;

A metodologia adotada nas oficinas utilizou exposições dialogadas, seguidas de debate com os participantes sobre o tema: Regionalização e as Diretrizes do Pacto pela Saúde, seguida de trabalhos em grupos compostos por gestores municipais e técnicos dos municípios da Secretaria de Estado do nível central e regional.

¹ - SES/PB; Gerência de Planejamento/ Relatório das Oficinas de Regionalização – 2007.

Os trabalhos de grupo tiveram como principal objetivo a definição de uma proposta regional com vistas ao Redesenho do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e Revisão da Programação Pactuada e Integrada (PPI).

A partir da identificação dos problemas enfrentados propor as mudanças nas referências da atual PPI com vistas ao redesenho do Plano Diretor de Regionalização.

O produto das oficinas foi consolidado em relatório e encontra-se em fase de elaboração de uma proposta final para o redesenho do PDR a ser pactuado na CIB.

Destacaremos a seguir um resumo dos principais problemas por nível de assistência apresentado durante os trabalhos de grupo pelos gestores municipais de saúde das quatro macrorregiões de saúde, que compreendem as regiões de João Pessoa; Campina Grande; Patos e Sousa:

4.1 - Principais problemas enfrentados para garantia do acesso aos diferentes níveis de assistência.

4.1.1 - Atenção Básica

- a) Falta de profissionais médicos nas equipes de Saúde da Família;
- b) Rotatividade dos profissionais da ESF
- c) Falta de capacitação para os profissionais;
- d) Ausência de Protocolo Clínico;
- e) Deficiência no apoio técnico para os gestores municipais;
- f) Estrutura física das unidades básicas são inadequadas;
- g) Carência de transportes para profissionais e usuários;
- h) Definição de uma política salarial nacional para os profissionais da Atenção Básica;
- i) Falta de profissional como: Assistente Social, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Psicólogo e Nutricionista;
- j) Precarização do vínculo empregatícios dos trabalhadores;
- k) Grande extensão territorial e pouca concentração de famílias;
- l) Áreas descobertas de assistência da atenção básica;
- m) Atendimento de usuários cadastrados em outras áreas de abrangência;
- n) Atendimento a usuários de outros municípios;
- o) Perfil inadequado dos profissionais;
- p) Baixa resolubilidade dos atendimentos realizados;
- q) Solicitação de exames em excesso;

- r) Barreiras geográficas dificultando o acesso aos serviços de saúde;
- s) Financiamento insuficiente, fragmentado e inadequado;
- t) Assistência farmacêutica insuficiente;
- u) Falta de humanização na relação profissional-usuário;
- v) Falta de autonomia do gestor para tomada de decisões;
- w) Falta de compromisso com as responsabilidades assumidas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS);
- x) Desvio do verdadeiro papel da ESF;
- y) Falta de qualificação gerencial das coordenações tanto no nível municipal quanto no regional.

4.1.2 - Especializada Ambulatorial

- a) PPI desatualizada, parâmetros incompatíveis com a necessidade;
- b) Valores da tabela SIA/SUS defasados;
- c) Dificuldade de prestadores para credenciamento e ampliação da oferta de atendimentos;
- d) Ausência de protocolos para referência e contra-referência;
- e) Pacientes sem guia de encaminhamento;
- f) Insuficiência na oferta/diversificação de especialidades;
- g) Dificuldades do município pólo para complementação financeira de exames especializados;
- h) Dificuldades para marcação de consultas nos municípios referenciados;
- i) Dificuldades na aquisição dos resultados dos exames (prazo de entrega);
- j) Excesso de encaminhamentos para os especialistas;
- k) Interferência política na prioridade dos atendimentos;
- l) Dificuldade prática na execução da PPI, em função da pactuação por grupo de procedimentos;
- m) Demanda na alta complexidade superior à oferta de procedimentos;
- n) Escassez do profissional especializado;
- o) Falta de recursos financeiros para o município garantir os procedimentos;
- p) A não garantia de acesso pelos módulos assistenciais aos procedimentos pactuados na PPI;
- q) Não garantia do TFD pela SES aos usuários;

- r) Falta de cadastro no CNES de serviços implantados no município;
- s) Não garantia de acesso para os exames (colposcopia, ecocardiograma, eletroneuromiografia e outros);
- t) Não garantia de acesso aos serviços odontológicos especializados;
- u) Inexistência de meio legal para complementação do pagamento de procedimentos cujo valor pago é maior que o da tabela SIA/SUS, ou não contemplados na mesma;
- v) Ausência da cooperação técnica por parte do Estado;
- w) Ausência de projetos de investimentos por parte dos três níveis do Governo;
- x) A não execução do Plano Diretor de Investimentos;
- y) Insuficiência do teto físico para as referências.

4.1.3 - Atenção Hospitalar

- a) Deficiência no atendimento e acolhimento dos usuários;
- b) Falta de humanização dos profissionais no ambiente hospitalar;
- c) Ausência de médicos plantonistas;
- d) Ausência de serviços de apoio diagnóstico (imagem e laboratório);
- e) Urgência/Emergência usada como porta de entrada no sistema;
- f) Sucateamento da rede hospitalar;
- g) Recursos pactuados insuficientes para atender a demanda;
- h) Leitos insuficientes devido à alta demanda de pacientes;
- i) Atendimento de municípios Interestaduais e intraestaduais não pactuados;
- j) Deficiência de estrutura organizacional da rede hospitalar;
- k) Baixa resolubilidade da atenção básica gerando aumento das internações;
- l) Ausência de veículos nos hospitais para transferência de pacientes;
- m) Não garantia de acesso a cirurgias cardíacas, oncológicas e eletivas;
- n) Deficiência de recursos humanos especializados;
- o) Deficiência/ ausência de centrais de regulação (não funciona);
- p) Insuficiência da oferta de leitos nos hospitais de referência;
- q) Má qualidade do atendimento nos serviços referenciados;
- r) Falta de qualificação dos gerentes das unidades hospitalares;
- s) Déficit de leitos para pacientes diabéticos nos hospitais públicos;
- t) Instalações físicas inadequadas para o atendimento;
- u) Falta investimento financeiro, equipamentos, profissionais especializados nos Hospitais Regionais;

- v) Dificuldade de acesso à assistência como: Hemodiálise, UTI–Neonatal e Oncologia;
- w) Implantação de uma política de assistência hospitalar padronizada para o Estado;
- x) Ausência de uma política de Educação permanente para as unidades hospitalares;

Os problemas apresentados pelos gestores municipais de saúde nos três níveis de assistência refletem a visão e as dificuldades impostas no processo de organização do SUS, o que os coloca como responsáveis diretos pela organização e definição de estratégias políticas que viabilizem o acesso dos usuários aos serviços de saúde. O avanço na prestação de serviços da atenção básica é uma realidade em 100% , dos municípios brasileiros, no entanto, a qualidade desse atendimento e regulação e avaliação dos indicadores de saúde estão em pauta como uma prioridade de gestão.

Os problemas apresentados nos níveis de atenção especializada ambulatorial e hospitalar demonstram que as ações e procedimentos considerados de média e alta complexidade constituem-se para os gestores um importante elenco de responsabilidades, que coloca no seu cotidiano um dilema da garantia do acesso, da qualidade e resolubilidade contando com um quadro de insuficiência financeira.

Esta discussão serviu de base para o movimento de articulação e definição das regiões de saúde considerando os critérios de acessibilidade entre os municípios para agregação e formação de regiões de saúde que irão compor o redesenho do PDR.

As regiões de saúde foram formadas pelos gestores municipais com o acompanhamento de técnicos da Secretaria de Estado da Saúde a partir das reflexões sobre as dificuldades enfrentadas para o cumprimento e garantia do acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Foram consideradas as diretrizes estabelecidas no Pacto pela Saúde e nos critérios aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite Estadual.

Uma primeira aproximação para o redesenho do Plano Diretor de Regionalização da Saúde no Estado da Paraíba esta sendo trabalhada através de um arranjo geográfico que representa um trabalho inacabado, resultado da expressão legítima da vontade e do entendimento dos gestores municipais de saúde expressado durante as oficinas de regionalização e registrado através de um instrumento didático pedagógico. (PARAÍBA; Relatório das Oficinas de Regionalização, 2007)

O tema continua em discussão na CIB e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde COSEMS, na busca pela definição de estratégias políticas e financeiras que possibilitem a melhoria da prestação dos serviços de saúde a população.

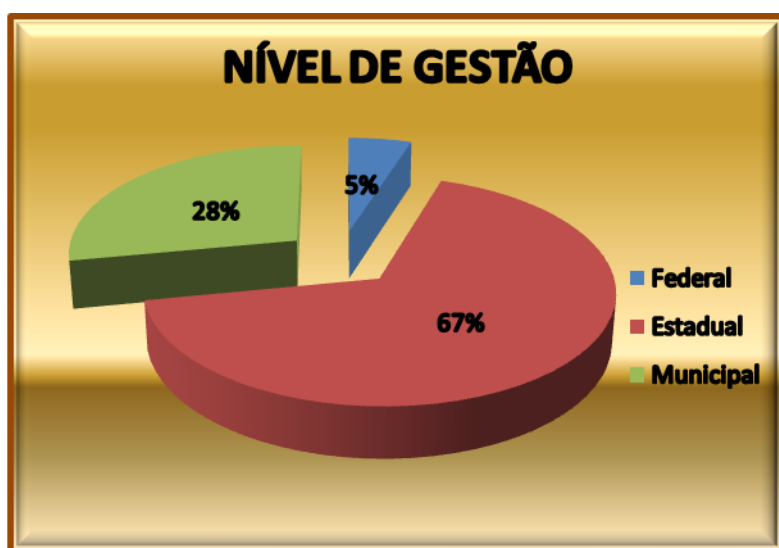
4.1 – O Perfil dos Entrevistados

Com o objetivo de identificar as principais características dos sujeitos da pesquisa elaboramos o perfil, na certeza que o leitor poderá a partir desses dados ter uma melhor compreensão, da visão e opinião dos entrevistados acerca da problemática, objeto desta pesquisa.

4.1.1- Perfil dos Entrevistados

As entrevistas estruturadas não contemplaram o perfil detalhado dos entrevistados, (Gestores Municipais de Saúde, Técnicos e Conselheiros Estaduais de Saúde) sendo possível a identificação de duas variáveis demonstradas nos gráficos abaixo:

Gráfico: 05- Caracterização dos entrevistados segundo nível de gestão ao qual está vinculado:



Como podemos constatar no gráfico 01, do universo investigado tivemos 67% de entrevistados atuam no nível de gestão estadual, seguidos de 28% no nível municipal e apenas 5% na esfera federal.

FONTE: Primária

Gráfico: 06- Caracterização dos entrevistados segundo sexo:



FONTE: Primária

De acordo com os dados expostos no gráfico 02, relacionados ao sexo dos entrevistados, 48% eram do sexo feminino e 52% do sexo masculino.

4.3 - O Desenho da Regionalização e da Programação Pactuada e Integrada (PPI) do Estado da Paraíba, em face da garantia do acesso, a integralidade da assistência à saúde para os usuários do SUS NA PERSPECTIVA DOS GESTORES

Na perspectiva de ter uma rede de serviços de saúde organizada para cumprir os princípios do SUS de Universalidade, Integralidade e Equidade estão previstos alguns instrumentos de planejamento importantes. Este estudo utilizou como principal fonte dois,

desses instrumentos; o PDR e a PPI. O que veremos a seguir são os resultados da pesquisa realizada com gestores, técnicos e conselheiros estaduais de Saúde, demonstrada em gráficos seguidos de uma leitura dos dados quantitativos, e da visão analítica da pesquisadora. Quando indagados se o município do qual é gestor de saúde possui o Comando Único da rede de serviços do município os gestores entrevistados apresentaram equilíbrio de opiniões como se pode verificar no gráfico que segue:

Gráfico: 07 - Opinião dos Gestores sobre o Comando Único do município na rede de serviços.



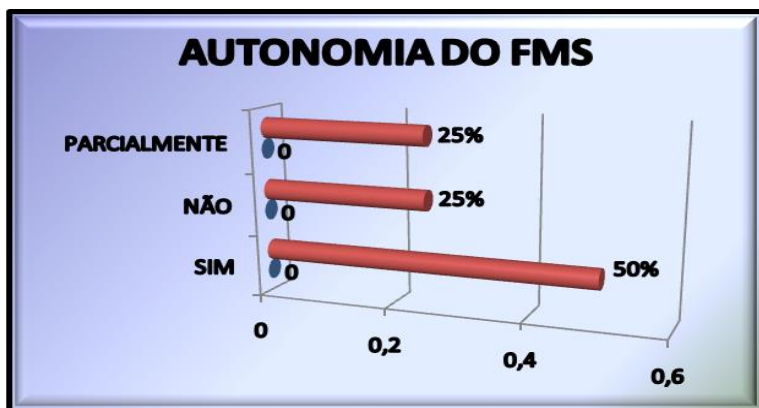
A questão que abordou os gestores sobre a existência do Comando Único no território municipal teve o propósito de obter a informação para análise da efetividade da descentralização da rede de serviços como estratégia do cumprimento da determinação constitucional no seu Art. 197, que prevê que as ações e os serviços públicos de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada e que se constitua em um *sistema único*, organizado de acordo com as diretrizes da descentralização devendo ser a direção da rede de um único gestor de saúde. Neste caso, todos os serviços de saúde ficam subordinados ao mesmo comando e passam a prestar contas para os mesmos dirigentes e conselhos.

O equilíbrio entre as respostas objetivas, SIM e NÃO apresentadas no gráfico acima esclarece que 50% dos municípios entrevistados afirmam ter o Comando Único da rede, enquanto os outros 50% afirmam não ter. Tais respostas foram seguidas de uma subjetiva para explicar os casos negativos, e as referências que foram feitas pelos gestores, apontam os Hospitais Regionais como causa principal para não haver o cumprimento do Comando Único.

No entanto, a Resolução CIB/PB n.º 81/02, que descentraliza as unidades de saúde do estado para os municípios, define que as unidades hospitalares localizadas em municípios sede de Regiões de Saúde ficarão sob Gestão dos Municípios que se habilitarem em Gestão Plena de Sistema de acordo com a NOAS/SUS 01/2002, e a Gerência será subordinada a SES/PB, o que não fere ao princípio constitucional que faz referência a Gestão, permitindo que a Gerência possa ser exercida pelo nível estadual. Observamos, portanto, haver uma

compreensão por parte da metade entrevista, de que, só haverá comando único se houver a gestão e a gerência do mesmo nível de governo.

Gráfico: 08 – Autonomia dos gestores em relação a movimentação do FMS.



Quando questionados acerca da autonomia das Secretarias Municipais no que se refere a gestão dos Fundos Municipais de saúde, os gestores se colocaram como se verifica no gráficos ao lado.

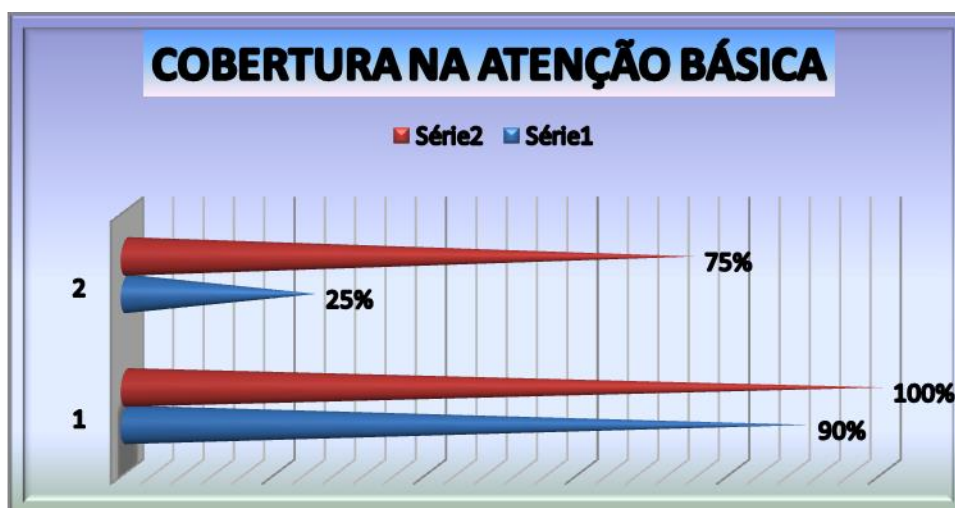
FONTE: Primária

Ao se tratar da questão relacionada à autonomia por parte dos gestores para movimentação financeira do Fundo Municipal de Saúde observa-se uma predominância de 50% de gestores que afirmam ter autonomia para gerir o Fundo Municipal de Saúde – FMS; 25% afirmam não ter autonomia, e 25% afirmaram ter autonomia parcial.

Tais dados reforçam os vários estágios que o processo da municipalização desencadeou desde seu início nos anos 90, bem como os inúmeros entraves que ele encerra, já que cerca de 50% (se somarmos os 25% que entendem que há uma relativa autonomia com os 25% que não enxergam nenhum grau de autonomia). Com base no resultado obtido podemos considerar que houve avanço, em relação ao cumprimento das diretrizes do SUS, que definem que os recursos orçamentários e financeiros da saúde deverão ser geridos, em sua totalidade, pelo FMS sob a fiscalização do CMS. Essa condição especial de gestão de recursos por fundo não deve significar facilidades ou descaso para com os procedimentos legais exigidos para aplicação de dinheiro público, ao contrário, deve significar cuidado redobrado na obediência a esses procedimentos, para evitar problemas para o gestor e prejuízos para a comunidade, decorrentes de rejeição de contas e suspensão de repasses futuros, dentre outras intercorrências.

Desta forma a gestão do FMS fica sob a responsabilidade dos secretários de saúde em conjunto com o Conselho de Saúde. Quando perguntados acerca do percentual aproximado da cobertura assistencial na atenção básica na opinião dos gestores, obtivemos o resultado demonstrado no gráfico abaixo:

Gráfico: 09 - Cobertura da Rede de Serviços da Atenção Básica no Estado da PB.



FONTE: Primária

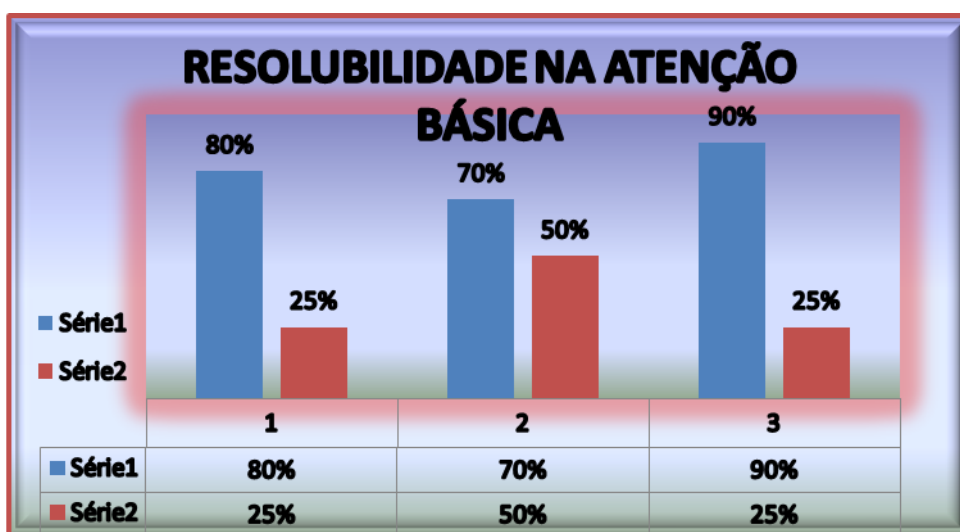
Os dados coletados apontam que 75% dos gestores entrevistados responderam que o percentual de cobertura populacional em relação às ações da atenção básica, é de 100% e 25% afirmam que a cobertura é de 90%.

De acordo com informações coletadas no Plano Estadual de Saúde – 2008/2011, o SIAB/julho/2007, registra o quadro dos profissionais cadastrados para a estratégia SAÚDE DA FAMÍLIA composto de 1.210 médicos, 1.210 enfermeiros, 1.210 auxiliares de enfermagem, 1.067 odontólogos, 1.067 auxiliares de consultórios dentários, 03 técnicos de higiene dental e 7.219 agentes comunitários de saúde.

Contudo, avalia-se que apesar do grande número de profissionais envolvidos com Saúde da Família, observa-se que ainda permanecem dificuldades relevantes, relacionadas aos seus profissionais, tanto em relação à fixação em municípios pequenos e distantes da Capital, quanto à precarização das relações de trabalho, consequência da contratação temporária, sem nenhuma garantia de direitos trabalhistas, um dos fatores geradores da alta rotatividade que acarreta insegurança e descompromisso.

Ao perguntarmos a opinião dos gestores acerca do grau de resolubilidade do nível de assistência da atenção básica, as opiniões ficam divididas de acordo com os dados demonstrados no gráfico abaixo:

Gráfico: 10 – Grau de resolubilidade na rede de serviços da Atenção Básica



FONTE: Primária

Apesar do grande número de profissionais envolvidos com Saúde da Família, observou-se a partir dos dados coletados e informações obtidas, que ainda permanecem dificuldades relevantes, relacionadas aos seus profissionais, tanto em relação à fixação em municípios pequenos e distantes da Capital, quanto à precarização das relações de trabalho, consequência da contratação temporária, sem nenhuma garantia de direitos trabalhistas, um dos fatores geradores da alta rotatividade que acarreta insegurança e descompromisso da maioria dos profissionais.

Gráfico: 11 – Acesso aos serviços ambulatoriais especializados.



FONTE: Primária

No que se refere, à atenção especializada os gestores apresentam uma percepção positiva em relação ao percentual de cobertura onde, 75% dos entrevistados responderam que essa cobertura atinge um percentual de 100%, seguido de 25%, que responderam que esse percentual é de 90%. De acordo com dados do CNES, em janeiro de 2008 estavam cadastrados 3.652 estabelecimentos de saúde no estado do Paraíba. Desse total, 2.100 são contratados pelo SUS.

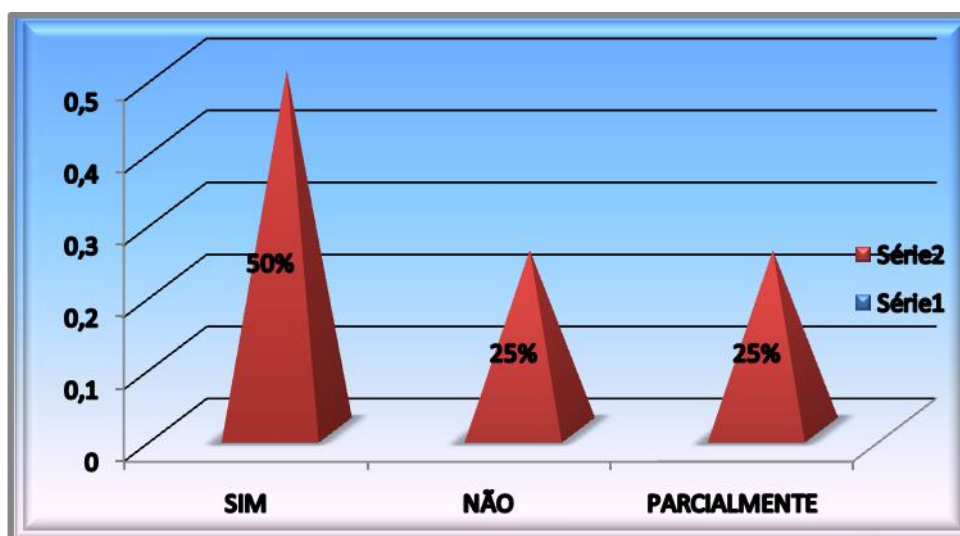
O número de procedimentos ambulatoriais registrados pela rede de serviços do SUS no estado da Paraíba passou de 28.951.585 em 2001, para 42.512.123 em 2007, o que representa um incremento proporcional de cerca de 47%. O grupo que apresentou o maior incremento proporcional no período foi o de alta complexidade (530%).

A alta complexidade é realizada pela rede pública de serviços de saúde. Segundo dados do PES o Estado da Paraíba a participação dessa rede na produção dos atendimentos especializados variou entre 70% e 83%, no período selecionado.

Como podemos verificar a visão positiva dos gestores pode ser explicada pelos resultados apresentados pelo estado podemos concluir que houve um avanço e uma expansão na oferta dos procedimentos, mas, que o acesso a um procedimento de Alta Complexidade ainda, constitui um grande obstáculo para os usuários.

Após analisarmos a cobertura da assistência especializada os gestores foram indagados sobre o cumprimento dos atendimentos em hospitais referenciados e pactuados na PPI/2002, os gestores apresentam a seguinte situação:

Gráfico: 12 – Acesso à Rede de Serviços Hospitalares.



FONTE: Primária

Do total de gestores entrevistados 50%, afirmaram que as referências feitas na PPI para atendimentos hospitalares são cumpridas, 25%, responderam que não há acesso e o restante 25%, responderam que o atendimento acontece parcialmente.

A partir de dados obtidos no PES/PB podemos analisar a situação da rede hospitalar, onde, demonstra que no Estado da Paraíba existem 222 unidades assistenciais com internações, sendo 03 (1,35%) pertencentes à esfera Federal, 27 (12,16%) a Estadual, 88 (39,64%) a Municipal e 104 (46,85%) são unidades hospitalares da rede Privada.

Podemos observar nas falas abaixo a opinião dos gestores quanto aos principais problemas enfrentados para garantir o acesso no nível hospitalar:

Há uma grande necessidade de uma revisão da PPI, só assim facilitará a demanda quando necessária. (Entrevistado n.º 4)
O município não dispõe da quantidade de leitos suficientes para atender a demanda dos municípios.... (população própria) e, a referenciada, inclusive leitos de UTI. (Entrevista n.º 3)

Considerando o resultado dessa pesquisa, existe uma parcela mesmo que pequena, porém significativa, mediante o tamanho da amostra pesquisada, que afirmaram não ter acesso aos atendimentos hospitalares. Dado este que necessita de uma maior investigação científica considerando sua importância.

Observando as falas dos gestores citadas acima podemos concluir que o acesso a rede de serviços precisa ser reprogramada visando à ampliação de leitos hospitalares, sendo destacados os de UTI.

Quando perguntado se, a rede de serviços da Microrregião de saúde na qual esta inserido o município possui estrutura para realizar atendimento nos três níveis de assistência obtivemos o resultado demonstrado no gráfico a seguir:

Gráfico: 13 – Capacidade de atendimento da rede de serviços na Microrregião.



Ao observarmos o equilíbrio demonstrado entre as respostas a esta questão; 50% dos gestores afirmaram haver estrutura para realizar os

atendimentos na microrregião e os outros 50% afirmaram não haver.

FONTE: Primária

A distribuição geográfica da amostra da pesquisa compreendeu as quatro macrorregiões de saúde ao qual pertencem, portanto devemos considerar que eles estão distribuídos em diferentes regiões de saúde e que, a capacidade de atendimento da rede é diferenciada, ou seja; 50% pertencem a microrregião de Campina Grande, município classificado como pólo assistencial, e, os outros 50%, pertencem a municípios sede das microrregiões de Patos e Sousa, que são municípios de referência macro mas, possui uma rede de serviços insuficiente para atender a demanda da população.

A SES/PB esta desenvolvendo um projeto para implantação dos sistemas de regulação da rede assistencial financiado com recursos do Ministério da Saúde nos municípios sede das microrregiões de Saúde. Nesses locais, já se encontram a estrutura física montada, porém, funcionando apenas as centrais de marcação de consultas, através de um sistema adquirido em empresas privadas. O Ministério da Saúde está disponibilizando o sistema oficial que se encontra neste momento, em fase de implantação no Complexo Regulador Estadual e nas quatro microrregiões de saúde. O Sistema de Informação em Saúde de Regulação – SISREG tem como finalidade interligar as bases com as informações de toda a rede de serviços no estado para exercer a regulação, orientando o fluxo de usuários entre as unidades ambulatoriais e hospitalares. A partir do funcionamento completo desse sistema, espera-se haver uma melhora significativa para a problemática do acesso a procedimentos do SUS.

Ao indagar sobre qual percentual os gestores atribuiriam ao grau de acesso dos usuários aos serviços da rede própria no diferentes níveis de assistência, observamos haver mais uma vez um equilíbrio entre as respostas.

Gráfico: 14 – A Programação Pactuada e Integrada da Assistência e a cobertura assistencial.

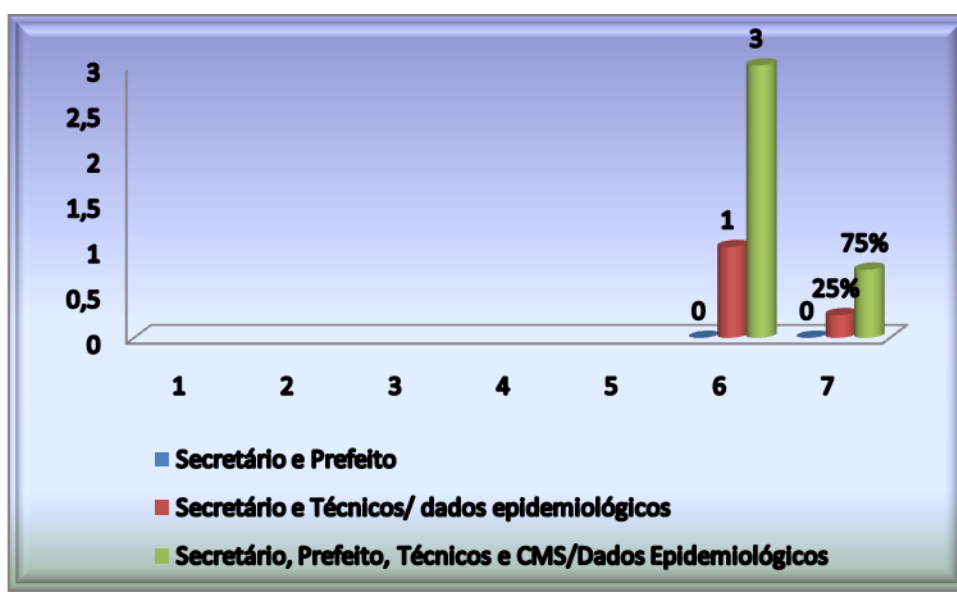


FONTE: Primária

A partir da análise feita no gráfico anterior, podemos observar a relação existente entre as questões levantadas; a assistência microrregional e o cumprimento da PPI. Em ambas estamos analisando a efetividade da PPI, na primeira de forma regional, e nesta questão direcionada para que, o gestor avalie o cumprimento da mesma em seu território municipal. Por se tratar dos mesmos sujeitos a correlação entre as questões foi previsível, repetindo-se desta forma a situação em que na visão expressada dos entrevistados 50%, afirmam que a PPI contempla as necessidades de sua população, dividindo igualmente com os outros 50%, que avaliam os parâmetros como não suficientes para cobrir a demanda da população municipal.

O instrumento de pesquisa aplicado direcionou os entrevistados a responderem sobre quais os atores participam das tomadas de decisões para eleger prioridades. Foram colocadas algumas opções de respostas obtendo o resultado apresentado no gráfico abaixo:

Gráfico: 15 – Definições de prioridades no município.



FONTE: Primária

Conforme dados dispostos no gráfico acima podemos observar que a maioria de 75%, dos gestores entrevistados fizeram opção pela resposta onde as decisões para elegerem prioridades para o sistema municipal de saúde são tomadas com a participação Secretário, Prefeito, Técnicos e do Conselho Municipal de Saúde a partir de dados epidemiológicos.

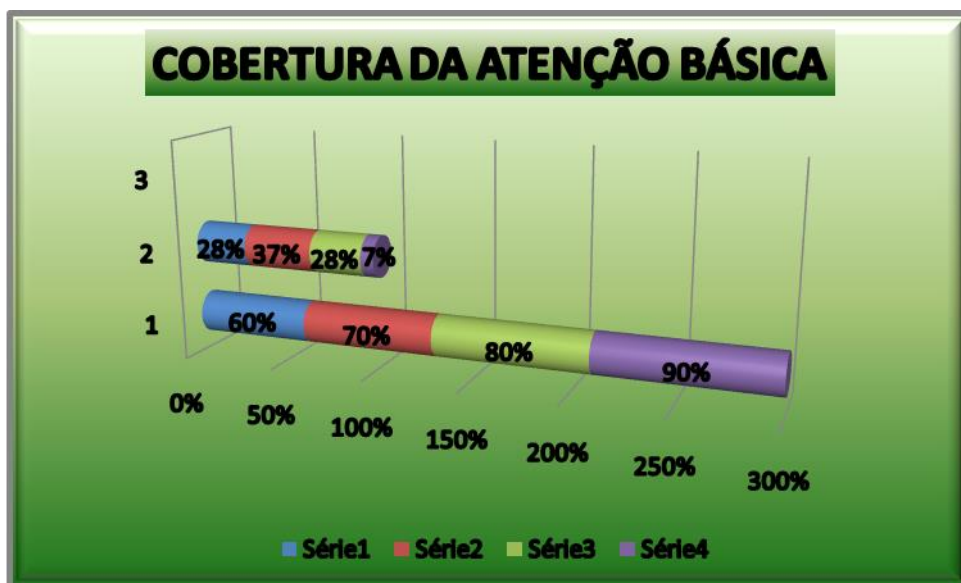
O restante que corresponde a 25%, respondeu que toma as decisões para eleger prioridades apenas com os técnicos a partir de dados epidemiológicos. A finalidade desta questão foi avaliar na visão dos diferentes atores sobre a forma como é conduzida as tomadas de decisões da saúde verificar a ação, e a participação dos Conselhos de Saúde. Como resultado, se pode constatar que houve uma predominância para que a tomada de decisão seja de forma participativa onde a maioria dos gestores demonstrou conduzir o processo a partir de avaliações técnicas e políticas em que o Controle Social assume o seu caráter decisório das políticas de saúde, participando das tomadas de decisões para eleger as prioridades. Isto sugere um fortalecimento dos conselhos de saúde no exercício do cumprimento do seu papel de atuar na formulação de estratégias (função propositiva) e no controle da execução da política de saúde (função controladora) inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

4.2 - O Desenho da Regionalização e da Programação Pactuada e Integrada (PPI) do Estado da Paraíba em m face da garantia do acesso, a integralidade da assistência à saúde para os usuários do SUS NA PERSPECTIVA DOS TÉCNICOS

Os técnicos entrevistados foram escolhidos mediante o grau de envolvimento e atuação no processo de construção e implantação dos instrumentos de planejamento e gestão objeto deste estudo. A seguir serão demonstrados os resultados obtidos com a coleta de dados e informações obtidas a partir das respostas, possibilitando uma visão analítica das questões levantadas.

Ao questionarmos os técnicos da saúde sobre as suas opiniões quanto ao percentual de cobertura oferecido pela rede de atenção básica, o conjunto de técnicos posicionou-se de acordo com os dados demonstrados no gráfico abaixo:

Gráfico: 16 – Cobertura da Rede de Serviços da Atenção Básica no Estado da PB.



FONTE: Primária

A maioria dos técnicos entrevistados 37%, afirmaram que o percentual de cobertura da rede de serviços da atenção básica corresponde a 70% da população, enquanto 28% optaram por percentual de cobertura de 80%, na mesma proporção; 28% fizeram opção por um percentual de 80%, e o restante correspondente a 7% dos entrevistados afirmaram que a cobertura da Atenção Básica atinge 90% da população. O que demonstra, que apesar dos dados publicados pelo Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica - MS/DAB com base nas informações do Sistema de Informação da Atenção Básica - o Estado da Paraíba apresenta uma cobertura populacional de ESF igual a 97,69% da população, já, na visão dos técnicos entrevistados o estado possui um percentual de apenas 70% de cobertura, ficando muito acima da média de cobertura nacional que é de, 46,6% da população, o que corresponde a cerca de 87,7 milhões de pessoas.

Gráfico: 17 – Grau de Resolubilidade da Atenção Básica.

Achamos importante confrontar a opinião dos entrevistados em relação a dados de cobertura com dados de resolubilidade com o objetivo de avaliarmos a efetividade da assistência na visão dos atores técnicos. Considerando os dados do gráfico anterior podemos compará-los com os do gráfico abaixo:



FONTE: Primária

No item grau de resolubilidade dos problemas na Atenção Básica, 43% dos técnicos avaliaram que este fica em torno de 60%, seguidos de 29%, que afirmam ser de apenas 50%, 21% responderam que esse grau, está em torno de 70%, o mesmo percentual de 21% atribuem um percentual de 80%, e apenas 7%, optaram por um percentual de resolubilidade de 90%. Podemos analisar estes resultados partindo de variáveis diversas das quais poderemos nos reportar aos problemas apontados pelos gestores durante as oficinas para construção do PDR (pág. 87).

Ao implantar uma equipe de Saúde da Família/Saúde Bucal é necessária uma definição dos segmentos territoriais, definição das áreas de abrangência para responsabilidade de cada equipe. Após essa definição a população é cadastrada com o objetivo de serem acompanhadas, para isso é utilizada a Ficha A, entre outras, com objetivos bem definidos por grupo populacional ou patologia. A ficha A, exige atualização constante junto às famílias, onde devem ser registradas as ocorrências e alterações no movimento populacional, caracterizado de “Território Vivo” (grifo nosso).

Outro fator importante que vem se apresentando, diz respeito à dificuldade de acesso que os usuários ainda enfrentam, para conseguir um atendimento com continuidade das ações do cuidado, preconizada pela política da atenção básica. Isto coloca em pauta uma das principais questões a serem avaliadas: a qualidade da assistência prestada, sua eficiência e eficácia nas ações promoção, prevenção e controle dos agravos à saúde da população, considerando a assistência individual e coletiva. Expressões de técnicos entrevistados:

Falta de estruturação, profissionais, prioridade de investimentos. Muitas vezes deparamos com bons percentuais de cobertura, no entanto sem resolutividade. (Entrevista n.º 10).

Gráfico: 18

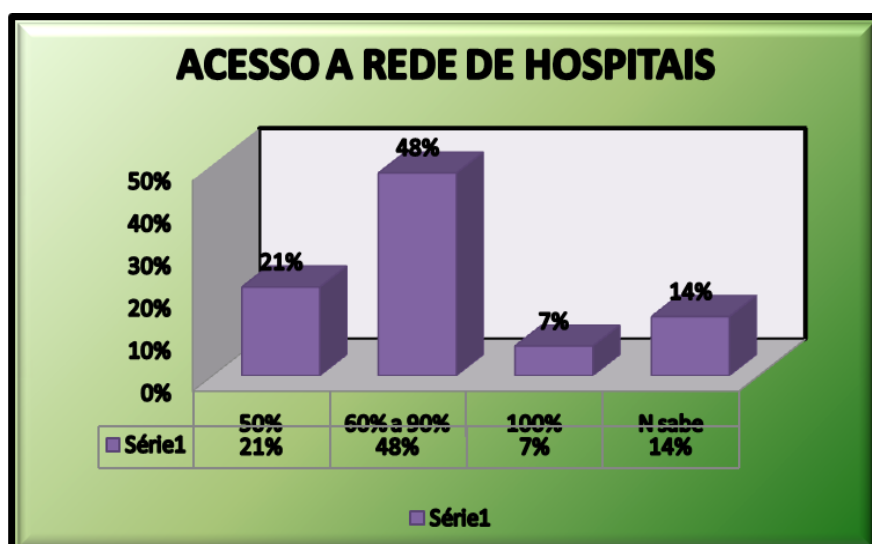


FONTE: Primária

Na visão de 43% dos técnicos entrevistados o acesso dos usuários aos serviços especializados atinge um percentual de 60%, seguidos de 29% que acreditam que este acesso atinja um percentual de 50% de usuários, 14% responderam que este acesso fica em torno de 70%, apenas, 7% acham que o acesso é de 80%, e igualmente, (7%) apresentam uma visão positiva atribuindo percentual de 90% de acesso da população a estes tipos de serviços.

Esta visão contrapõe a visão dos gestores que afirmaram apresentam uma percepção positiva em relação ao percentual de cobertura onde, 75% dos entrevistados responderam que essa cobertura atinge um percentual de 100% da população.

Gráfico: 19 – Grau de Acesso a Rede de Serviços Hospitalares.



FONTE: Primária

Com relação à assistência hospitalar destaca-se a predominância de 48% dos técnicos que atribuíram um percentual de acesso a atendimentos hospitalares entre 60% a 90%, seguido de 21% que responderam ser de 50%, 14% não souberam responder e apenas 7%, acham que este acesso fica em torno de 100%.

Tanto na visão dos gestores demonstrada no gráfico n.08, quanto na visão dos técnicos demonstrada no gráfico acima, observa-se um equilíbrio entre as respostas com metade dos entrevistados concordando com um grau de acesso entre 50 a 90%. Tornando mais clara esta posição a partir dos depoimentos obtidos acerca dos problemas na rede hospitalar, os técnicos afirmam que:

Insuficiência de profissionais;...insumos e equipamentos especiais para o atendimento.” (Entrevista n.º 20);

Hospitais com baixa resolutividade... (Entrevista n.º 09);

A crescente demanda por métodos de diagnóstico e medicamentos de alto custo, sem o correspondente incremento das fontes de financiamento. (Entrevista n.º08)

Acho que a ênfase maior hoje é na Atenção Básica. Contudo, não dá para ignorar uma demanda que busca esses serviços. Pelo que observamos há um sucateamento nos hospitais que dificulta e limita o acesso da população...

Pouco investimento na rede hospitalar. É fundamental investir na Atenção Básica , mas, sem ignorar que hoje ainda há uma grande demanda que buscam esses serviços...

A Política de Humanização tem estratégias para viabilizar\melhorar\humanizar os serviços de saúde, inclusive da rede hospitalar, contudo é preciso que a gestão assuma esse compromisso com a política e isso requer investimentos para uma readequação dos serviços... (Entrevista n.º 08)

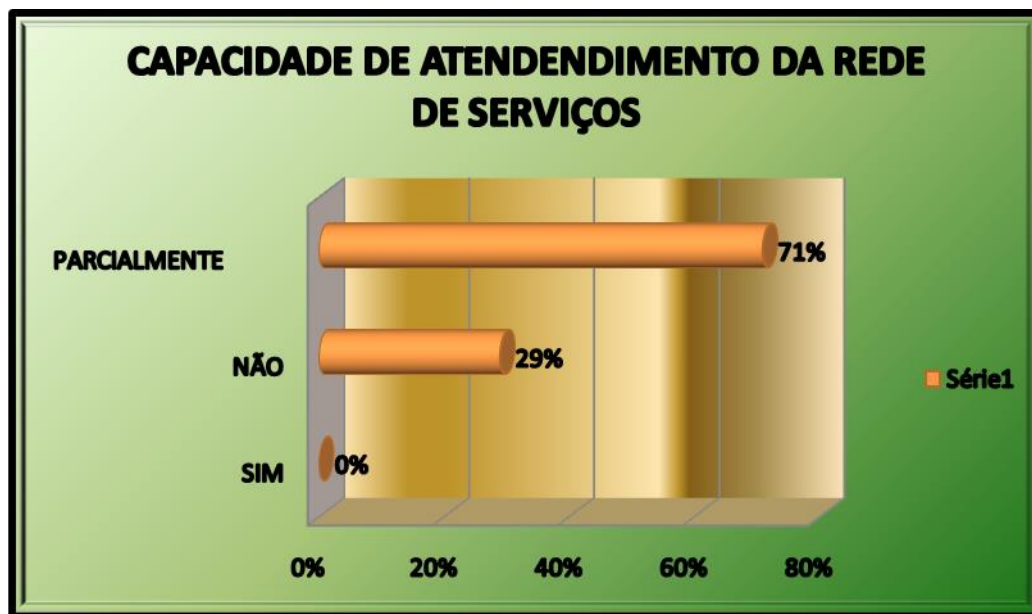
Gráfico: 20 – Cumprimento dos Pactos estabelecidos no PDR e na PPI.



FONTE: Primária

Quando perguntados se o acesso dos usuários aos serviços especializados cumpre o que está estabelecido no Plano Diretor de Regionalização – PDR e na Programação Pactuada e Integrada – PPI, podemos observar no gráfico acima que 93% dos técnicos afirmaram que esse cumprimento, se dar, de forma parcial, seguido de 7% que responderam que “não”.

Gráfico:21 – Capacidade de atendimento da Rede de Serviços do SUS.



FONTE:
Primária

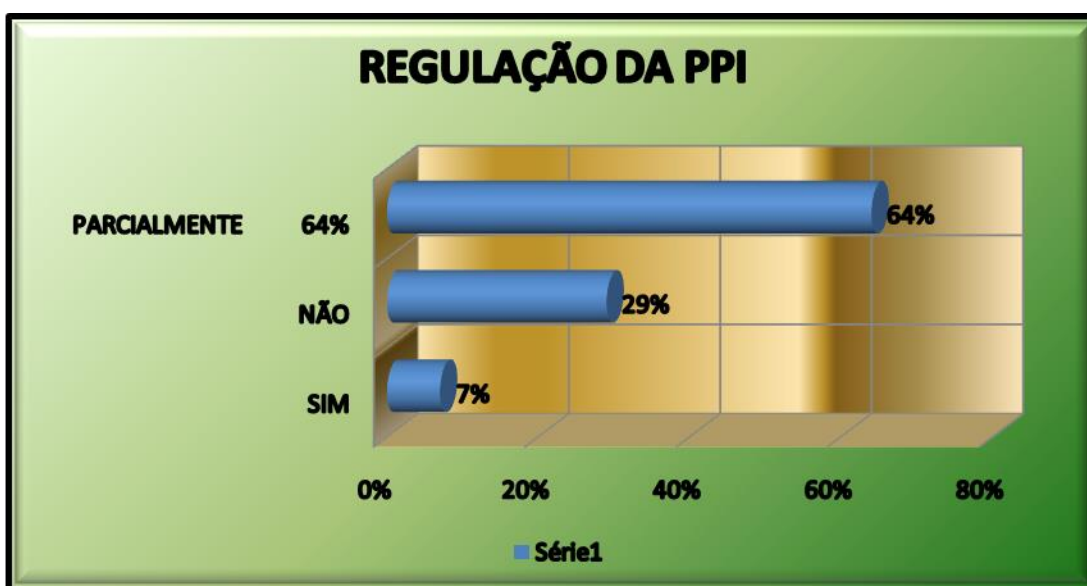
D
e
acordo
com os
dados
apresen
tados

no gráfico acima 71% dos técnicos responderam que a capacidade de atendimento da rede de serviços do SUS é parcial, seguido de 29% que afirmam não haver capacidade para o atendimento. Comparando os dados apresentados com a situação o diagnóstico contido no Plano Estadual de Saúde da Paraíba para o período de 2008 – 2011, dados do CNES; em janeiro de 2008 estavam cadastrados 3.652 estabelecimentos de saúde no estado do Paraíba.

Desse total, 2.100 são SUS, apresentados a seguir, segundo Tipo de Estabelecimento. No entanto estes dados apontam para necessidade de uma análise da situação real, entre os dados cadastrados e os leitos que se encontram efetivamente em funcionamento.

A PPI para cumprir a sua finalidade precisa ser regulada pelos três níveis de gestão. Esta ação regulatória tem como propósito garantir o acesso dos usuários aos serviços do SUS de forma organizada, mediante o acesso consentido e mediado por um Complexo Regulador, onde atua uma equipe de profissionais treinados nas áreas de sistemas de informação, vídeofonista e médicos reguladores.

Gráfico: 22 – Regulação da PPI

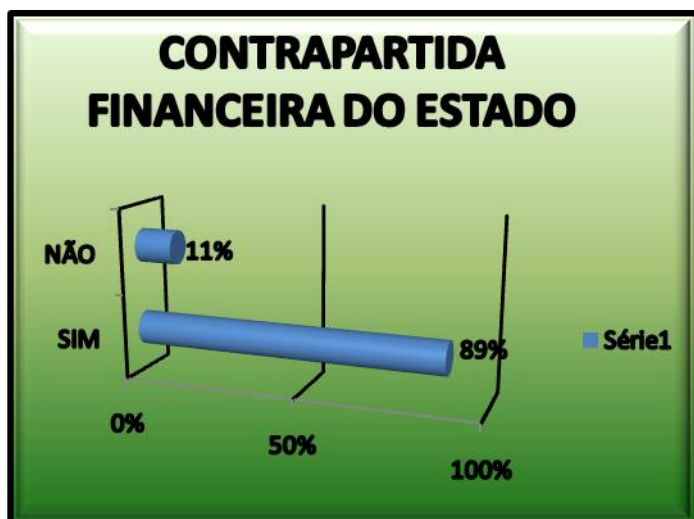


FONTE :
Primária

D
e
acordo
com os
resulta
dos
aprese
ntados

no gráfico acima, observa-se que 64% dos entrevistados responderam que esta ação regulatória acontece de forma parcial no Estado da Paraíba, seguido de 29%, que afirmam não haver regulação do acesso, e 7% acham que existe ação regulatória. É necessário instituir a Regulação Assistencial como função de gestão, que possibilitará introduzir mecanismos de ordenação das práticas de assistência à saúde no SUS.

Gráfico: 23 – Contrapartida de Recursos Financeiros do Estado da Paraíba com as ações e serviços de saúde.



No tocante a contrapartida financeira do Estado para o financiamento do SUS na Paraíba os dados apresentados no gráfico ao lado, demonstram que 89% dos técnicos entrevistados afirmam existir contrapartida financeira, contra 11% que afirmam o contrário; não existir.

FONTE: Primária

De acordo com nota publicada pela assessoria de comunicação do MPF/PB, a Ação Civil Pública nº 2008.82.00.003046-3, movida pelo do Ministério Público Federal, trata dos investimentos feitos no setor saúde no estado da Paraíba, e denuncia que, nos últimos cinco anos, a Paraíba foi um dos estados que menos investiu em saúde no Brasil.

O Ministério Público Federal na Paraíba (MPF/PB) ajuizou ação civil pública com pedido de liminar contra o Estado e a União, pelo fato de o estado não estar investindo o mínimo de 12% da receita em ações e serviços de saúde, de acordo com a obrigação prevista na Emenda Constitucional nº 29/2000. Conforme a ação, publicada o não cumprimento do valor estabelecido de mínimo 12% ao ano, vem acumulando um déficit financeiro significativo nos investimentos em saúde. Ainda de acordo com a mesma nota, para burlar o percentual de 12% o estado utiliza alguns artifícios. Um deles é o repasse de informações erradas, quanto à receita, para o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), diminuindo a base de cálculo para o valor da porcentagem obrigatória. Tal situação coloca em pauta a questão do real valor de contrapartida que vem sendo informada e a aplicação dos recursos destinados para o setor da saúde no estado da Paraíba.

4.5 - O Desenho da Regionalização e da Programação Pactuada e Integrada (PPI) do Estado da Paraíba em face da garantia do acesso, a integralidade da assistência à saúde para os usuários do SUS NA PERSPECTIVA DOS CONSELHEIROS ESTADUAIS DE SAÚDE.

O SUS constitui uma Política Pública promotora de cidadania, destacada mundialmente pela participação da sociedade na sua formalização, avaliação e controle por meios de instâncias como conselhos e conferências de saúde, e externas, como os movimentos sociais. Neste estudo não poderíamos deixar de trazer a visão de atores importantes no processo de discussão como os conselheiros estaduais de saúde. O critério para a escolha dos entrevistados utilizou como referencial a representatividade e os envolvimento dos mesmos com as questões relacionadas à assistência, envolvendo membros da comissão do próprio CES, de acompanhamento e avaliação da assistência no estado.

A seguir teremos a visão desses atores nas questões que permearam este estudo.

Gráfi

co:24

-

Cobe

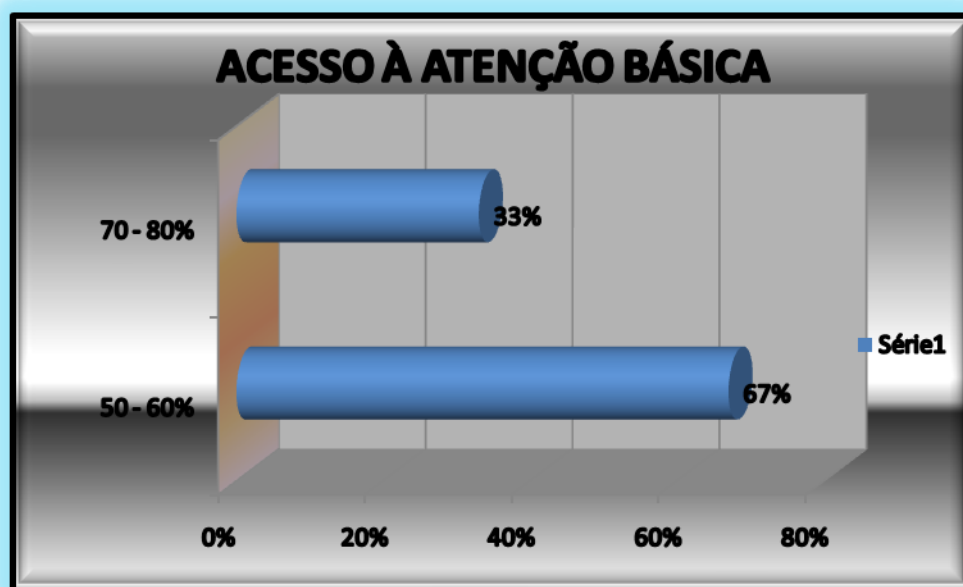
rtura

da

Rede

de

Servi



ços da Atenção Básica no Estado da PB.

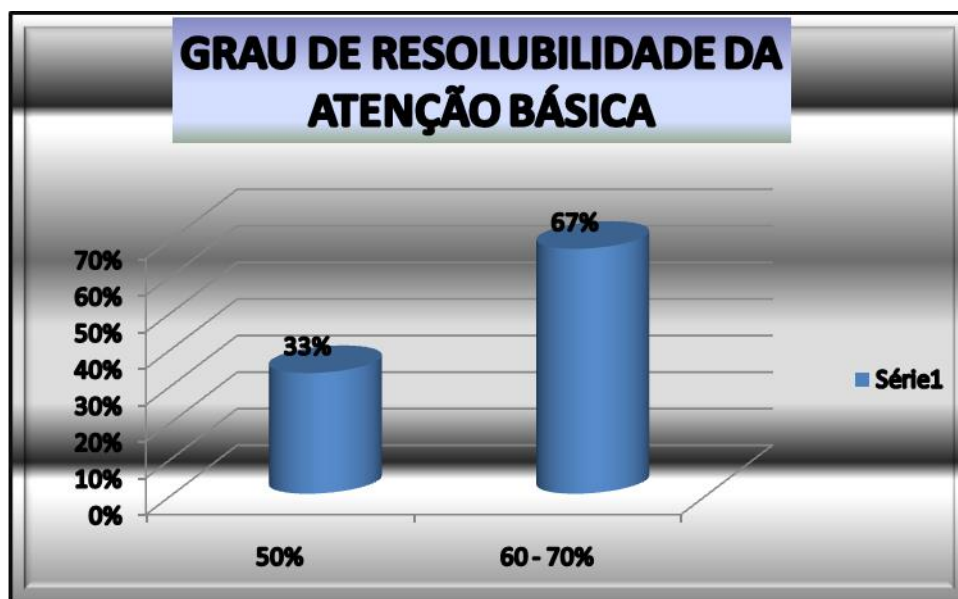
FONTE: Primária

Quando indagados sobre sua opinião a respeito do percentual de cobertura assistencial que a população tinha na atenção básica, 67% dos conselheiros estaduais de saúde responderam que esta cobertura fica entre 50 a 60%, seguidos de 33%, que afirmaram que a cobertura fica entre 70 a 80%. De acordo com os mesmos a rede de serviços da atenção básica apresenta alguns problemas que dificultam o acesso dos usuários diminuindo desta forma, a cobertura da população com os serviços que deveriam estar ao alcance de todos. Alguns dos problemas apontados:

A não realização de exames,... o número insuficiente de medicamentos.
(Entrevista n.º 05);

O que mais afeta os serviços da Atenção Básica, é a falta de investimentos por parte dos gestores municipais, pois os mesmos não aplicam corretamente os recursos... faltam informações para os usuários acerca de seus direitos.
(Entrevista n.º 06)

Gráfico: 25 - Grau de Resolubilidade da Atenção Básica na visão dos conselheiros.



FONTE: Primária

No tocante a resolubilidade da atenção básica as opiniões continuaram equilibradas, se comparadas com a avaliação feita em relação ao grau de acesso no gráfico n.º 19.

No gráfico acima 67%, responderam que a resolubilidade na atenção básica está entre 60 a 70%, seguido de 33% que opinaram por < 50%. Destacamos a fala de um conselheiro estadual de saúde ao se referir a resolubilidade do atendimento do SUS:

O Sistema Único de Saúde como o maior plano de saúde do mundo, falta resolutividade e uma maior qualidade no atendimento, humanizado e priorizado também os funcionários. (Entrevista n.º 05)

A atuação do conselho de saúde deve exercer uma efetiva ação no processo de mudança do modelo de saúde proposto pelo SUS, para atender as necessidades e direitos da população, respeitando as realidades de cada região. É necessário, portanto, que os conselheiros de saúde conheçam a rede de serviços para saber atuar no acompanhamento e avaliação dos serviços prestados nos diferentes níveis de assistência. No gráfico anterior vimos a opinião dos conselheiros acerca da atenção básica, a seguir serão demonstrados os resultados obtidos em relação a visão dos mesmos acerca do acesso dos usuários aos serviços ambulatoriais especializados e hospitalares.

Gráfico: 26 – Garantia do acesso aos serviços especializados.

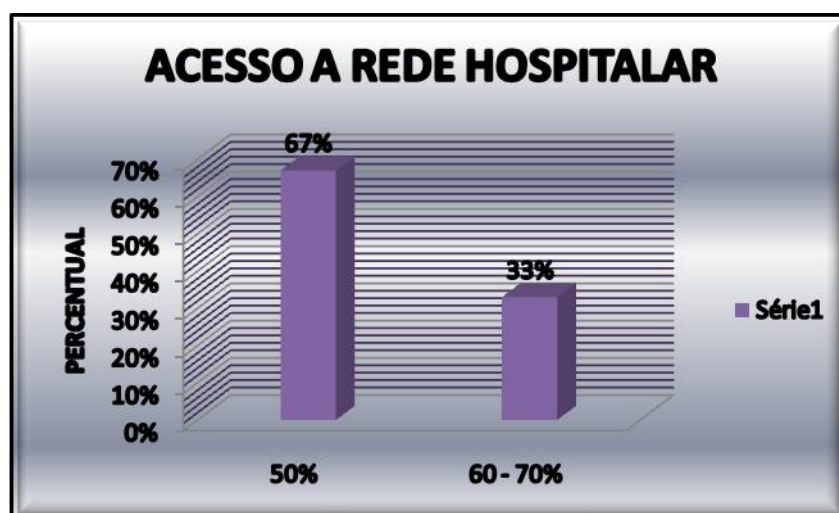


FONTE: Primária

Quando perguntado sobre a opinião dos conselheiros em relação ao grau de acesso dos usuários aos serviços especializados, 100% dos entrevistados, responderam que está entre 60% a 70%, considerando os problemas existentes e apontados que serão demonstrados na fala dos conselheiros a seguir:

Os serviços oferecidos são insuficientes para atender a demanda da população, causando assim a desassistência da maior parte da população que procura os serviços (Entrevista n.º 06)

Gráfico: 27 – Grau de Acesso a Rede de Serviços Hospitalares.



FONTE: Primária

No que se refere à assistência hospitalar, 67% dos conselheiros estaduais de saúde responderam que o acesso aos atendimentos hospitalares é de 50%, seguido de 33% que afirmaram que o acesso a rede de serviços hospitalares fica em entre 60% e 70%. A dificuldade do acesso a procedimentos de cirurgias eletivas constitui hoje em um dos maiores problemas da rede de atenção hospitalar. A falta de uma rede de serviço organizada de acordo com os princípios da regionalização e hierarquização coloca no cenário atual um desafio para os gestores de saúde; o de garantir o acesso aos procedimentos de média e alta complexidade com destaque para os cirúrgicos. A falta da ação regulatória do estado ocasionam inúmeros problemas nos municípios de referência, que recebem pacientes de outros municípios, comprometendo o seu orçamento e a capacidade de atender sua própria população; a população sobrecarrega os serviços de atendimento dos prontos-socorros com casos não urgentes, em virtude das dificuldades de acesso ao sistema de saúde, entre outros inúmeros problemas referidos.

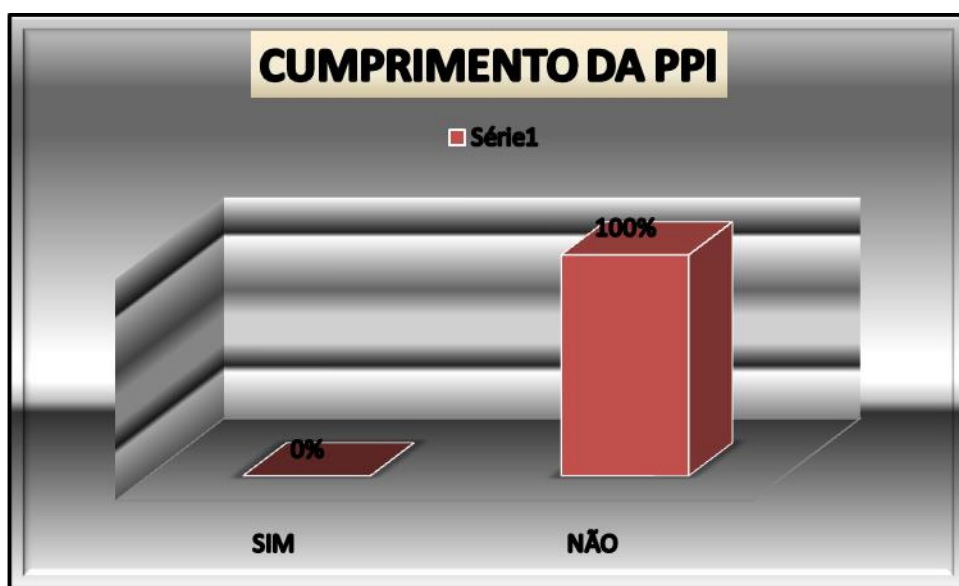
Os usuários buscam acesso através das unidades de SF, quando não conseguem, alguns, mais esclarecidos buscam a justiça, que garante através de liminar a “obrigação de fazer” geralmente impetrada contra a Secretaria de Estado da Saúde, que cumpre a determinação judicial.

Faz-se necessário uma ampla discussão entre os gestores estaduais e municipais de saúde, o Ministério Público e a Justiça, a fim de discutir competências entre os entes federados a luz das responsabilidades assumidas a partir dos recursos financeiros alocados na Programação Pactuada e Integrada da Assistência – PPI.

A seguir algumas expressões dos entrevistados a cerca do assunto:

“Achamos ser muito lamentável que um plano de saúde que tem uma estrutura e orçamento como o SUS, tem prestado uma assistência tão precária. É necessária uma participação mais efetiva da sociedade, através dos movimentos sociais, nos espaços democráticos que a lei lhe faculta.” (Entrevista n.º 07)

Gráfico: 28 – Cumprimento da PPI em relação as referências intermunicipais.

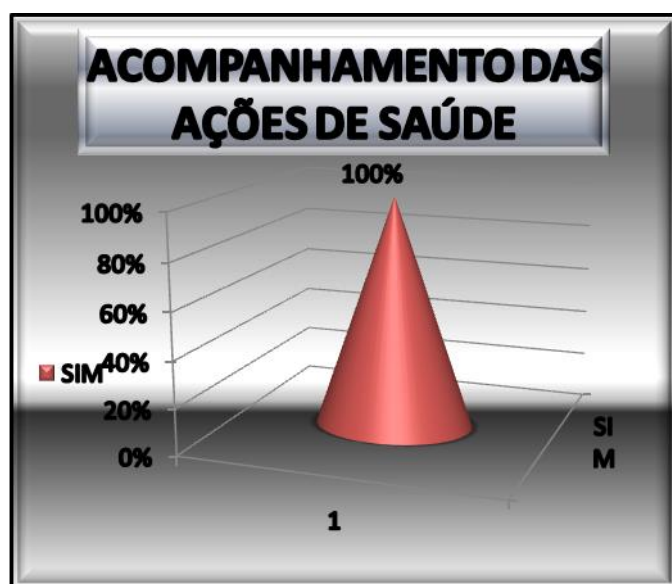


FONTE: Primária

Quando indagados sobre o cumprimento da PPI no estado, 100% dos conselheiros de saúde afirmaram que as referências feitas não são cumpridas. Observa-se a necessidade de uma melhor avaliação acerca do assunto, considerando que existe, mesmo que de forma parcial um fluxo de referência entre os municípios que funciona.

“Avalio que tem sido positivo para o Estado. Defendo que os municípios devem garantir os serviços de saúde necessários à sua população: 1 - através de um diagnóstico os recursos podem e devem ser investidos de acordo com as necessidades das pessoas; 2 - possibilita que os serviços e programas de saúde sejam voltados para as demandas existentes em cada município, local, região; 3 – permite planejamento das ações a partir de definições de prioridades reais.” (Entrevista n.º 07)

Gráfico: 29 – Acompanhamento das ações de saúde realizadas pelo CES/PB



FONTE: Primária

No item, acompanhamento das ações de saúde, 100% dos conselheiros entrevistados afirmaram haver um acompanhamento por parte do Conselho Estadual de Saúde.

Quando perguntado de forma? As respostas obtidas foram as seguintes: “fiscalizando a política de saúde do SUS, aplicada nos municípios e no estado.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa analisou a regionalização da saúde a partir do processo de descentralização das ações e serviços de saúde ocorridas no Estado da Paraíba como diretriz organizativa do SUS, na perspectiva da definição de papéis e responsabilidades, poder decisório e recursos financeiros. Várias questões foram levantadas pelos sujeitos e trabalhadas durante todo o tempo da pesquisa, no entanto é possível afirmar a necessidade de desenvolver outras pesquisas, que abordem e aprofundem as variáveis identificadas neste estudo.

A partir deste estudo de pesquisa, se buscou motivações para emergir a verdadeira visão sobre a temática, possibilitando um espaço de construção de olhares diversos sobre o real. Como resultado das análises dos conteúdos foi possível identificar elementos de significações susceptíveis de conduzir a uma descrição de mecanismos dos quais, a priori, não se tinha a compreensão. Na visão dos sujeitos entrevistados foi possível analisar o grau de conhecimento do processo político em estudo, investigando aspectos relacionados à Regionalização da Saúde no estado da Paraíba, as estratégias e os instrumentos adotados para garantia do acesso às ações e serviços de saúde nos diferentes níveis assistenciais. A Regionalização constitui uma diretriz organizativa de alguns dos principais sistemas de saúde do mundo, como por exemplo, os do Canadá, Reino Unido, Itália e Suécia. No Brasil a Regionalização está presente há quatro décadas em diferentes abordagens e nas diretrizes de algumas políticas, como o Prev-saúde, nas Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde (CRIS), no Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), e na proposta do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

No SUS a regionalização fica definida como um princípio organizativo da rede de serviços que obedecerá ao artigo 198, da Constituição Federal, que define a rede de serviços públicos de forma regionalizada e hierarquizada. A partir desta definição os sistemas de saúde nos territórios devem ser organizados mediante uma articulação e mobilização municipal que leve, em consideração, características geográficas, fluxos de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciarem ou estabelecerem programações onde fiquem definidas as referências populacionais em busca do acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade o mais próximo possível do domicílio das pessoas.

A NOB-SUS/96 reforça e orienta a organização de redes regionalizadas e hierarquizadas e chama a atenção para o elevado risco de “atomização desordenada” de sistemas municipais de saúde que se podem desenvolver em detrimento de outros e orienta para construção de sistemas municipais de saúde integrados e harmonizados com equidade. Atribui a responsabilidade as Secretarias Estaduais de Saúde como sua mais importante responsabilidade: mediar a relação entre os sistemas municipais de saúde. Propõe a construção de redes regionais, orientadas pela Programação Pactuada e Integrada (PPI), como estratégia para ampliar o acesso, com qualidade e menor custo e evitar um processo cumulativo e injusto, por parte de alguns municípios.

O estudo do caso do processo de implantação da Regionalização do estado da Paraíba objetiva discutir, com base em uma experiência concreta, o modo como o estado lida com esses dilemas institucionais na prática da gestão e quais as potencialidades e limites da condução estadual da regionalização na saúde e do planejamento da assistência utilizando como principais instrumentos o PDR e, a PPI.

A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde constitui-se em um importante instrumento de gestão que articulado com o processo de planejamento define e quantifica as ações de saúde para a população obedecendo a um desenho regional onde as referências são definidas a partir da capacidade instalada da rede de serviços estabelecendo tetos físicos e financeiros por município, mediante o estabelecimento de pactos entre os secretários municipais de saúde, sob a coordenação da Secretaria de Estado e do Ministério da Saúde objetivando a garantia do acesso da população aos serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, a fim de que, seja cumprido o princípio da integralidade.

Neste cenário surge como grande desafio para os gestores, a implementação de políticas sociais em um sistema federativo que requer, por um lado a definição clara das funções das diferentes esferas de governo para cada área da política e, por outro, a adoção de mecanismos de articulação entre essas esferas, com ênfase em uma lógica de cooperação e complementariedade.

Traçando-se um balanço do papel da SES-PB na regionalização, pode-se identificar potencialidades e limites desse processo. As potencialidades identificadas estão relacionadas ao modo como este enfrentou, por meio das estratégias e instrumentos formulados, dois desafios importantes para consolidação do papel do estado na descentralização e regionalização da saúde. Podemos destacar a decisão da gestão estadual, de assumir a condução da regionalização e cumprir funções específicas para seu avanço e, em segundo, a

recuperação da prática do planejamento estratégico no momento em que programou e implantou o PDR e, a PPI (2001) como instrumentos capazes de organizar a rede de serviços de média e alta complexidade e ordenar o fluxo de pacientes. Tais instrumentos tinham como proposta aprovada na CIB fazer revisões trimestrais, a fim de rever as situações onde o acesso não estivesse existindo de forma satisfatória, ou, em situações em que, os municípios comprovassem capacidade de atendimento no território local, trazendo para o município a responsabilidade com a oferta do procedimento.

Com base nos instrumentos desenvolvidos na Paraíba, e analisados nesta pesquisa, pode-se afirmar que a secretaria estadual de saúde adotou medidas que impulsionaram o processo de descentralização na perspectiva do fortalecimento dos sistemas municipais de saúde mediante a transferência de responsabilidades. Entretanto, a falta de mecanismos de controle e o financiamento sem critérios de equidade nas transferências fundo a fundo, aliados a pouca capacidade de gestão e gerência dos gestores municipais e do próprio estado, tem dificultado o avanço no processo de organização da rede de serviços. Constata-se também, o constante esforço despendido pela equipe técnica tanto da SES/PB, como dos municípios, em organizar redes de referência, ampliando a cobertura em todos os níveis da assistência. No entanto, as informações obtidas por meio das observações em grupos focais com representantes da SES-PB e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde da Paraíba (COSEMS-PB) sugerem lacunas na função gestora no âmbito das Gerências Regionais de Saúde (GRSs), e algumas unidades hospitalares regionais, apesar das iniciativas da SES-PB no campo das ações de capacitação e investimentos das estruturas físicas e de equipamentos visando à descentralização e, o fortalecimento regional.

Outra fragilidade apontada nos mesmos espaços de discussões é a falta de uma ação regulatória por parte da Secretaria Estadual de Saúde, que garanta o acesso dos usuários aos serviços sem que causar prejuízos à saúde e constrangimento aos mesmos.

Segundo a NOAS, a estruturação das ações de regulação assistencial deve ocorrer por meio da implantação de complexos reguladores, entendidos como uma ou mais centrais de regulação, que por sua vez, desenvolvem ações específicas como a regulação das urgências, das consultas especializadas, de exames, de leitos, de equipamentos, etc. A ausência desta ação regulatória no estado da Paraíba vem sendo apontada como principal fragilidade para os problemas relacionados ao acesso dos usuários aos serviços de média e alta complexidade.

A regulação assistencial estabelecida na NOAS define que esta deva estar “*voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada*”.

Buscando responder as estas questões, o presente estudo analisou documentos, pesquisou dados em sistemas oficiais de informação em saúde e ouviu gestores, técnicos e conselheiros estaduais de saúde envolvidos no processo político.

Assim esta investigação objetivou analisar a efetividade dos instrumentos de gestão do SUS; Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) buscou uma compreensão do processo de Descentralização do SUS a partir da descentralização das ações e serviços de saúde utilizando como estratégia de organização a Regionalização; identificando o grau de efetividade do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e da Programação Pactuada e Integrada (PPI) como instrumentos capazes de garantir o acesso de forma descentralizada aos níveis de assistência especializado e hospitalar racionalizando gastos e otimizando recursos.

Partimos da hipótese de que o compromisso assumido pelos gestores de saúde com o pacto estabelecido a partir do desenho da Regionalização e da Programação Pactuada e Integrada (PPI) do Estado da Paraíba não garante o acesso e, a integralidade da assistência à saúde para os usuários do SUS. Podendo-se evidenciar a partir dos resultados analisados nesta pesquisa, que os instrumentos de planejamento e gestão (PDR e a PPI) no estado da Paraíba apresentam fragilidades que comprometem a sua eficácia, onde são identificados vazios assistenciais em macrorregiões de saúde como as polarizadas pelos municípios de Patos e Sousa, e estrangulamentos nos serviços pólos de João Pessoa e Campina Grande.

Os achados deste estudo permitem concluir que mediante as fragilidades com que se apresentam os instrumentos de planejamento e gestão, (PDR e PPI) objeto desta pesquisa, e, a falta de uma ação regulatória presente no sistema estadual de saúde, prejudica a organização da rede e o fluxo dos usuários, portanto não consegue garantir de forma satisfatória o acesso e a integralidade da assistência, ficando desta forma confirmada a hipótese levantada.

8. BIBLIOGRAFIA

- ARRETCHE, Marta; Marques, Eduardo. **Condicionantes Locais de Descentralização das Políticas de Saúde**. IN: HOCMAN, Gilberto. Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, 20 ed. Cap. 6, p. 173-203. ISBN: 978-85-7541-124-7
- _____, **Políticas Sociais no Brasil: Descentralização em Estado Federativo**. Parte I da Tese de Doutorado. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 14, n.40, jun/99. < <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v.14n40/1712.pdf> > Hora: 15:19 - 10/01/2008.
- BEHRING, E; Boschetti, I. **Política Social: fundamentos e história**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2007. ISBN 978-85-249-1259-7
- BRASIL, Conass. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Progestores para entender a Gestão do SUS. Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: Conass, 2007, 20. ed. V.12, p. 528. ISBN 978-85-89545-20-4
- _____, Conass. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Progestores para entender a Gestão do SUS. SUS: avanços e desafios**. Brasília: Conass, 2006, 2ª. ed, p.26. ISBN 85-89545-07-5
- _____, Pactos pela Saúde: **Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Editora MS, 2006, p. 76, v. 1, ISBN 85-334-0960-5
- CARVALHO, Gilson. **Contra a Regionalização autárquica e a favor da regionalização Ascendente entre municípios e estados**. Ver. Conasems, Brasília, v. 11 p.i, 2005. << Acesso em: [http:// www.conasems.org](http://www.conasems.org) - em 14/11/2007, as 21:32 hs,min.
- CARVALHO, Guido; SANTOS, Lenir. Sistema Único de Saúde: **Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e 8.142/90)**. 3ª ed. São Paulo: Editora da UNICAMP. 2003. ISBN 85-268-0559-2
- DEMO, Pedro. **Saber Pensar. Guia da Escola Cidadã**. IN: Instituto Paulo Freire. São Paulo: Cortez Editora. 2005, 4ª ed. V.6. ISBN 85-249-0762-2
- DESLANDES, Suely Ferreira. **A construção do projeto de pesquisa**. IN: Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes, 1994, 22 ed. Cap. II, p.31-66. ISBN 85.326.1145-1
- DOWBOR, Ladislau. **Governabilidade e Descentralização**. Perspectiva, SEAD, São Paulo, 1994, v. 10, n. 3 jul/set 1996.
- DRAIBE, Sônia M. **Welfare State no Brasil: Características e Perspectivas Ciências Sociais** Hoje. São Paulo: Ed. Vértice ANPOCS. 1996.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. **As origens da reforma sanitária e do SUS.** In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.) *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.

GERSCHMAN, Silvia; VIANA, Ana Luíza. **Descentralização e Desigualdades Regionais em Tempos de Hegemonia liberal.** IN: Lima, N.T. *Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, 20, ed. Cap, 10, p. 307 – 351. ISBN: 85-7541-580 – X.

GOMES, Fabio Guedes. **Conflito Social e Welfare State: Estado e Desenvolvimento Social no Brasil.** *Revista de Administração Pública.* Print ISSN 0034 – 7612, Rio de Janeiro, Mar/Abri. 2006, v. 4, nº 2

MENDES, Eugênio Vilaça. **O processo social de distritalização da saúde.** IN: _____, *Distrito Sanitário: O Processo Social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.* São Paulo -Rio de Janeiro: Editora Hucitec – Abrasco, 1995, 93 – 158. ISBN 85.271.218-8

_____, **As Políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: a construção da hegemonia do projeto neoliberal.** IN: _____, *Distrito Sanitário: O Processo Social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.* São Paulo: Editora Hucitec – Abrasco, 1995, 93 – 158. ISBN 85.271.218-8

_____; PESTANA, Marcus. **Pacto de Gestão: da Municipalização Autárquica à Regionalização cooperativa.** IN: BRASIL, Secretaria de Estado da saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2004, 80 p. NLM 540

MEDEIROS, João Bosco. *Redação Científica : A prática de fichamentos, resumo e resenha.* 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2005, ISBN 85-2244105-7

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** Porto Alegre: Artmed. 2ª ed. 2005, p. 118. ISBN 85-3630455-3

ROCHA, Simone F. **Gestão da Municipalização da Saúde em João Pessoa: um processo Inacabado.** 2005. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 287 f. 2005.

SPOSATI, Adailza; FALCÃO, Maria do Carmo; FLEURY, Sônia Maria Teixeira. **Os Direitos (Dos Desassistidos) Sociais.** 2ª ed. SÃO Paulo: Editora Cortez, 1991, ISBN 85-249-0181-0

SCOTTI, R.F.; OLIVEIRA, M.H.B. **Segundo Relatório sobre o processo de Organização da Gestão da Assistência à Saúde.** Brasília, 1995.

TEIXEIRA, Sônia Fleury. **Reforma Sanitária: em busca de uma nova teoria.** São Paulo: Cortez Editora. 2ª ed. 1995, p. 232. ISBN 8524901896

UNGLERT, Carmen V. de Sousa. **Territorialização em Sistemas de Saúde**. IN: MENDES, Eugênio Vilaça. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Editora Hucitec Abrasco, 1995, 93 – 158. ISBN 85.271.218-8

WEIGELT, Leni Dias. **Política Pública de Saúde: um estudo sobre o processo de Implementação da descentralização/regionalização da saúde na região do Vale do Rio Pardo. RS**. Tese (Doutorado), Universidade de Santa Cruz do Sul, RS. 2006.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Esta pesquisa intitula-se REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA DE ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO PARA GARANTIA DO ACESSO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ESTADO DA PARAÍBA, e esta sendo desenvolvida por EDJANECE GUEDES DE MELO ROMÃO da UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, sob a orientação da professora Dr^a PATRÍCIA BARRETO CAVALCANTI.

Os objetivos da pesquisa são: Analisar a eficácia dos instrumentos de gestão utilizados pelo Sistema Único de Saúde, que tem como objetivo a definição de estratégias para descentralização e regionalização da saúde com vistas à garantia de acesso, ao atendimento integral, o grau de resolubilidade dos serviços assistenciais de saúde no Estado da Paraíba, e tem por finalidade contribuir para a melhoria da qualidade da gestão do Sistema Único de Saúde oferecendo o resultado da pesquisa como fonte segura de estudo para gestores, profissionais e comunidade acadêmica com vistas à ampliar o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador (a). Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir de participar, não sofrerá nenhum dano, prejuízo as funções no trabalho. No caso dos usuários não haverá modificação na assistência que vem recebendo na unidade de saúde. Para o desenvolvimento desta pesquisa serão executados os seguintes procedimentos:

- Aplicação de um questionário;
- Entrevistas;
- Pesquisa de documentos e dados oficiais da SES/PB;
- Utilização de Bancos de Dados oficiais.

Solicito sua permissão para que a entrevista seja gravada como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e publicar em revista científica.

Será garantida a privacidade dos dados e informações fornecidas, que se manterão em caráter confidencial. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em completo sigilo.

A pesquisadora responsável estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Eu, _____, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Fica registrado, também, que tenho conhecimento de que essas informações, dados e/ou material será usado pela responsável pela pesquisa com propósitos científicos.

João Pessoa, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante da Pesquisa ou Responsável Legal

Testemunha (em caso de analfabeto)

Edjanece Guedes de Melo Romão
Pesquisadora

Endereço (Trabalho): Av. Pedro II nº 1826 – Torre – João Pessoa – PB CEP: 58040 900

Telefone para Contato: (83) 8889-3044 / 3218-7380 (trabalho)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA (1)

O presente instrumento objetiva a coleta de dados a serem classificados e analisados com finalidade acadêmica para defesa de tese de Mestrado em Serviço Social na área de concentração de Política Social pela UFPB – CAMPUS – I, João Pessoa. Título do projeto:

REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: Uma estratégia de organização da gestão para garantia do acesso às ações e serviços do Sistema Único de Saúde no estado da Paraíba

O objeto ora em estudo pretende disponibilizar para sociedade em geral a comprovação do grau de eficácia e eficiência dos instrumentos de gestão do SUS – Sistema Único de Saúde, PDR (Plano Diretor de Regionalização) e PPI (Programação Pactuada e Integrada) como capazes de promover a descentralização e possibilitar o acesso à rede de serviços do SUS, nas diferentes regiões do Estado da Paraíba.

INSTRUÇÕES: Com base em sua experiência de gestor/técnico das ações e serviços de saúde responda as questões abaixo assinalando uma das opções ou descrevendo a situação a ser identificada.

QUESTIONÁRIO PARA GESTORES MUNICIPAIS DO SUS

Questionário nº _____	Município _____
Data: ____/____/____ Microrregião de Saúde _____ Macrorregião: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONDENTE

NOME: _____

CARGO/FUNÇÃO: _____

INSTITUIÇÃO A QUE PERTENCE: _____

NÍVEL DE GESTÃO: Municipal (☐) Estadual (☐) Federal (☐)

Em sua opinião:

1- Quais os principais problemas enfrentados para garantia do acesso aos diferentes níveis de assistência:

1.1- Atenção Básica:

1.2 - Atenção Especializada Ambulatorial:

1.3 - Atenção Hospitalar

2- O Município possui o comando único da rede de serviços? Sim () Não ()

4.1 – Em caso negativo, qual tipo de unidade de saúde não é gerenciada pelo município?

3- A Secretaria Municipal de Saúde possui autonomia para execução do Fundo Municipal de Saúde?
Sim () Não (). Em caso negativo, quem executa? _____

4- Em quais situações a Descentralização das ações de gerencia administrativa é praticada?

() Nos Serviços da Atenção Básica

() Nos Serviços Especializados

() Nos serviços Hospitalares

() Nenhum das respostas.

5- Em que situação é praticada a descentralização financeira na rede de serviços sob sua gestão?

() Nos Serviços da Atenção Básica

() Nos Serviços Especializados

() Nos serviços Hospitalares

() Nenhum das respostas.

6- Como são tomadas as decisões políticas administrativas do setor saúde?

() Secretário e Prefeito

() Secretário, Prefeito e Técnicos

() Secretário e Conselho de Saúde

() Nenhum das respostas.

7- Como são definidas as prioridades para assistência a saúde da população?

() Secretário e Prefeito

() Secretário e Técnicos a partir de dados epidemiológicos

() Secretário, Prefeito, Técnicos e Conselho de Saúde a partir de dados epidemiológicos

() Nenhum das respostas

8 - A rede de serviços da atenção básica oferece cobertura assistencial à população proporcional a:

() < ou = a 60% () 70% () 80% () 90% () 100%

9 - Qual o percentual em média de garantia de acesso aos serviços ambulatoriais especializados:

() < ou = a 50% () 60% () 70% () 80% () 90% () 100%

10- O acesso dos usuários aos serviços de saúde especializados cumpre o que está estabelecido no Plano Diretor de Regionalização – PDR? Sim () Não () Parcialmente ()

11- A referência para os serviços especializados ambulatoriais e hospitalares estabelecidos na PPI são atendidos? Sim () Não ()

12- A rede de serviços da Microrregião de saúde na qual esta inserido o seu município possui estrutura para o atendimento nos três níveis de gestão? Sim () Não () Parcialmente ()

13- Classifique o grau de resolubilidade da rede de serviços da atenção básica:

() < ou = a 50% () 60% () 70% () 80% () 90% () 100%

14- Classifique o grau de acesso dos usuários à rede de serviços da atenção especializada ambulatorial própria:
() < ou = a 50% () 60% () 70% () 80% () 90% () 100%

15- Classifique o grau de acesso dos usuários à rede de serviços da atenção especializada ambulatorial referenciada para outro município:
() < ou = a 50% () 60% () 70% () 80% () 90% () 100%

16- Classifique o grau de acesso dos usuários à rede de serviços da atenção Hospitalar própria:
() < ou = a 50% () 60% () 70% () 80% () 90% () 100%

17- Classifique o grau de acesso dos usuários à rede de serviços da atenção Hospitalar referenciada:
() < ou = a 50% () 60% () 70% () 80% () 90% () 100%

18 - Classifique o percentual da garantia de acesso dos usuários de outros municípios para a rede de serviços do seu território:
() < ou = a 30% () 40% () 50% () 60% () 70% () 80% () 90% () 100%

19- O parâmetro aplicado para cálculo do teto físico dos procedimentos é suficiente para atender a demanda da população em:

Consultas básicas	- Sim () Não () Parcialmente ()
Consultas Especializadas	- Sim () Não () Parcialmente ()
Internações Hospitalares	- Sim () Não () Parcialmente ()
Exames Especializados	- Sim () Não () Parcialmente ()
Atendimentos de Urgência/Emergência	- Sim () Não () Parcialmente ()
Exames laboratoriais simples	- Sim () Não () Parcialmente ()

20- A Programação Pactuada e Integrada – PPI da Assistência contempla as necessidades de sua população?
Sim () Não () Parcialmente ()

21- Classifique o grau de resolubilidade da assistência nos diferentes níveis de hierarquia da rede de serviços considerando a própria e a referenciada:
() < ou = a 30% () 40% () 50% () 60% () 70% () 80% () 90% () 100%

22- A rede de serviço existente em seu território possui capacidade instalada para atender a demanda estabelecida na PPI?

Sim () Não () Parcialmente ()

Explique:

23- De que forma a Secretaria Municipal de Saúde controla o fluxo do atendimento programado na PPI?

Comentários:

Muito Obrigada!

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA (2)

O presente instrumento objetiva a coleta de dados a serem classificados e analisados com finalidade acadêmica para defesa de tese de Mestrado em Serviço Social na área de concentração de Política Social pela UFPB – CAMPUS – I, João Pessoa. Título do projeto:

REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: Uma estratégia de organização da gestão para garantia do acesso às ações e serviços do Sistema Único de Saúde no estado da Paraíba

O objeto ora em estudo pretende disponibilizar para sociedade em geral a comprovação do grau de eficácia e eficiência dos instrumentos de gestão do SUS – Sistema Único de Saúde, PDR (Plano Diretor de Regionalização) e PPI (Programação Pactuada e Integrada) como capazes de promover a descentralização e facilitar o acesso à rede de serviços do SUS, no Estado da Paraíba.

INSTRUÇÕES: Com base em sua experiência de técnico das ações e serviços de saúde responda as questões abaixo assinalando uma das opções ou descrevendo a situação a ser identificada.

QUESTIONÁRIO PARA TÉCNICOS DO SUS

Questionário nº _____

Data: ____/____/____ Gerência Regional de Saúde _____ Macrorregião: _____

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONDENTE

NOME: _____

CARGO/FUNÇÃO: _____

INSTITUIÇÃO _____ **A** _____ **QUE**
PERTENCE: _____

Em sua opinião:

3-Quais os principais problemas enfrentados para garantia do acesso aos diferentes níveis de assistência:

1.1- Atenção Básica:

1.4 - Atenção Especializada Ambulatorial:

1.5 - Atenção Hospitalar

4- As decisões administrativas do seu setor encontram-se descentralizadas?

Sim () Não () Parcialmente ()

5- Como são definidas as prioridades para assistência a saúde da população nessa região?

- () Municípios de forma conjunta
() Municípios de forma isolada
() Gerência e Municípios de forma conjunta
() Gerência
() Nenhum das respostas

6 - Em sua opinião, a rede de serviços da atenção básica (PSF) oferece cobertura assistencial à população da proporcional a:

() < ou = a 60% () 70% () 80% () 90% () 100%

7 - Qual o percentual (aproximadamente) de garantia de acesso aos serviços ambulatoriais especializados na microrregião:

() < ou = a 50% () 60% () 70% () 80% () 90% () 100% () Não sabe informar

8 - O acesso dos usuários aos serviços de saúde especializados cumpre o que está estabelecido no Plano Diretor de Regionalização – PDR e referências da PPI?

Sim () Não () Parcialmente () Não sabe informar ()

9 - A rede de serviços da Microrregião de saúde possui estrutura para o atendimento nos três níveis de gestão?

Sim () Não () Parcialmente ()

OBS:

10 – Em sua opinião qual o grau de resolubilidade da rede de serviços da atenção básica:

() < ou = a 50% () 60% () 70% () 80% () 90% () 100%

11- Classifique o grau de acesso dos usuários à rede de serviços da atenção Hospitalar da sua região:

() < ou = a 50% () 60% () 70% () 80% () 90% () 100% () Não sabe informar

12- Este setor acompanha o fluxo do atendimento programado na PPI?

Sim () Não () Parcialmente ()

13 – Existe planejamento regional para as ações e serviços de saúde?

Sim () Não () Não sabe informar ()

Em caso afirmativo, como é realizado?

14 – Na sua opinião, de que forma a gestão estadual deve organizar a rede de serviços para garantir o acesso dos usuários às ações e, aos serviços de saúde?

Comentários: _____

Muito Obrigada !

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA (3)

O presente instrumento objetiva a coleta de dados a serem classificados e analisados com finalidade acadêmica para defesa de tese de Mestrado em Serviço Social na área de concentração de Política Social pela UFPB – CAMPUS – I, João Pessoa. Título do projeto:

REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: Uma estratégia de organização da gestão para garantia do acesso às ações e serviços do Sistema Único de Saúde no estado da Paraíba

O objeto ora em estudo pretende disponibilizar para sociedade em geral a comprovação do grau de eficácia e eficiência dos instrumentos de gestão do SUS – Sistema Único de Saúde, PDR (Plano Diretor de Regionalização) e PPI (Programação Pactuada e Integrada) como capazes de promover a descentralização e facilitar o acesso à rede de serviços do SUS, no Estado da Paraíba.

INSTRUÇÕES: Com base em sua experiência profissional responda as questões abaixo assinalando uma das opções ou descrevendo a situação a ser identificada.

DATA: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONDENTE

NOME: _____

CARGO/FUNÇÃO: _____

INSTITUIÇÃO _____ **A** _____ **QUE**
PERTENCE: _____

Em sua opinião:

4-Quais os principais problemas enfrentados para garantia do acesso aos diferentes níveis de assistência:

1.1 - Atenção Básica:

1.6 - Atenção Especializada Ambulatorial:

1.7 - Atenção Hospitalar

6- Como avalia a descentralização da rede de serviços no estado da Paraíba?

7- Como são definidas as prioridades para assistência a saúde da população?

- ☐) Municípios de forma conjunta
- ☐) Municípios de forma isolada
- ☐) Estado e Municípios de forma conjunta
- ☐) Ministério da Saúde e Estado
- ☐) Ministério da Saúde
- ☐) Nenhum das respostas

OBS:

6 - Em sua opinião, a rede de serviços da atenção básica (SF) oferece cobertura assistencial à população proporcional a:

☐) < ou = a 60% ☐) 70% ☐) 80% ☐) 90% ☐) 100%

7 - Aproximadamente, qual o percentual de cobertura dos serviços ambulatoriais especializados no Estado da Paraíba:

☐) < ou = a 50% ☐) 60% ☐) 70% ☐) 80% ☐) 90% ☐) 100%

8 - O acesso dos usuários aos serviços de saúde especializados cumpre o que está estabelecido no Plano Diretor de Regionalização – PDR e referências da PPI? Sim ☐ Não ☐ Parcialmente ☐

9 – Em sua opinião qual o grau de resolubilidade da rede de serviços da atenção básica no Estado da PB:

() < ou = a 50% () 60% () 70% () 80% () 90% () 100%

10- Classifique o grau de acesso dos usuários à rede de serviços da atenção Hospitalar no Estado da PB:

() < ou = a 50% () 60% () 70% () 80% () 90% () 100%

11- A rede de serviço existente no Estado possui capacidade instalada para atender a demanda estabelecida na PPI?

Sim () Não () Parcialmente ()

Explique:

12- A SES/PB monitora o fluxo do atendimento programado na PPI?

Sim () Não () Parcialmente ()

Em caso afirmativo, de que forma?

13 – Existe contrapartida financeira do Estado para as ações e serviços de saúde?

Sim () Não ()

Em caso afirmativo, qual o percentual ?

Comentários:

Muito Obrigada!