



A REGIONALIZAÇÃO DA REDE DO SUS NO RIO GRANDE DO NORTE: ELEMENTOS PARA A COMPREENSÃO DA DINÂMICA DOS LUGARES

Luciana da Costa Feitosa¹
Aldo Dantas²

Trabalho de dissertação em estágio de qualificação.

RESUMO

A regionalização da rede do Sistema Único de Saúde é, atualmente, a principal estratégia da política do Ministério da Saúde para garantir resolutividade às demandas por saúde em seus diversos níveis de complexidade. O Plano Diretor de Regionalização aparece como o principal documento que orienta a conformação das regiões de saúde nos estados da federação. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é analisar se há uma coerência entre a regionalização instituída pelo Plano Diretor de Regionalização das Ações do SUS no Rio Grande do Norte e a especificidade das formas dos lugares. A metodologia utilizada nesse estudo baseou-se na análise teórico-normativa da documentação do Ministério da Saúde que tem a regionalização como eixo estruturante e nos PDR's do estado do Rio Grande do Norte. A partir daí, percebemos que há um duplo descompasso entre a proposição normativa do PDR/RN e a demanda por saúde dos lugares. O primeiro diz respeito à adoção da mesma estratégia teórico-metodológica de cunho federal para a configuração das regiões de saúde do estado, que ainda pauta-se na concepção "ibgeana" de divisão regional, e a segunda refere-se a não adoção de regiões de saúde que extrapolam os limites jurídico-administrativos do estado.

Palavras-chave: Normas, Território, Regionalização, SUS.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde, legitimado pela Constituição Federal brasileira de 1988, é um sistema normativo que busca garantir o direito universal, integral e equânime à saúde para toda a população residente em território nacional. Trata-se de uma política de Estado defendida pelo texto constitucional e que necessita da pactuação entre os três entes federativos (União, estados e municípios) para o cumprimento efetivo de suas metas.

Uma das premissas do ordenamento jurídico do SUS é a adoção de "uma rede regionalizada e hierarquizada [que] constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera do governo; atendimento integral [...] e participação da comunidade" (BRASIL, 2003, p. 20). Esta proposição é a espinha dorsal da política de saúde no âmbito do SUS e a que orienta todos os instrumentos de pactuação e regulação do sistema.

No entanto, apesar da regionalização figurar como a principal concepção de organização das ações e serviços do sistema desde a sua constituição, o que ocorreu durante vários anos na política do Ministério da Saúde foi um privilégio à estratégia da descentralização, facultando autonomia aos municípios e tendo as

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Geografia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, lcostafeitosa@gmail.com

² Professor Doutor do Departamento de Geografia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, alodantas@ufrnet.br



normas operacionais básicas, sobretudo a NOB-96, as principais estratégias desta prática.

Somente a partir da promulgação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001-2002) e, mais recentemente, do “Pacto Pela Saúde”, lançado em 2006, a regionalização assumiu papel de destaque no cenário regulatório do SUS e os estados ficaram encarregados de elaborar o Plano Diretor de Regionalização (PDR) com o objetivo de definirem os recortes regionais capazes de integrar toda a rede de serviços do SUS.

Mais recentemente, no dia 28 de junho de 2011, foi sancionado pela presidência da república o decreto n° 7.508, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990) e reafirma o papel central da regionalização como estratégia da organização do Sistema Único de Saúde em território nacional. De acordo com o art. 2° do referido decreto é Região de Saúde um

espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011)

É com base nesta concepção que os estados definem o recorte de atuação regional em suas jurisdições administrativas. No Rio Grande do Norte, a partir do Plano Diretor de Regionalização das Ações do SUS, foram instituídas oito regiões de saúde sob este modelo que buscam dar maior resolutividade às demandas do sistema.

Logo, há um encaminhamento teórico-metodológico normativo de nível federal que visa direcionar o comportamento das estruturas e dos agentes que constituem o Sistema Único de Saúde até o nível local. No entanto, consideramos que tal encaminhamento não considera uma das principais variáveis de análise geográfica, qual seja, a especificidade e singularidade das formas dos lugares, pois impõe ao território o mesmo tipo de regulação.

Embora o art. 36° da Lei Orgânica da Saúde estabeleça que “[o] processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do



nível local até o federal [...]” (BRASIL, 1990), o que se verificou desde o início foi um SUS esculpido a golpes de portarias, onde as variáveis impostas de cima pelo Ministério da Saúde subsidiam o planejamento dos agentes locais. Nos dizeres de ARANHA (2010, p. 96), isso gera “um planejamento ascendente às avessas, que poderíamos até mesmo titular de ‘planejamento descendente’, o qual contribui para legitimar com aquilo que Raul Borges GUIMARÃES (2000, p.59) chamou de ‘[...] discurso deslocado, fora do lugar em que foi produzido’.”

Tomando por base essas prerrogativas e adotando a premissa de que “a norma, para a geografia, pode ser vista como o resultado da tensão e/ou da harmonia entre objetos e ações que constituem o espaço geográfico” (ANTAS JR., 2005, p. 61), o objetivo do nosso trabalho é analisar se há uma coerência entre a regionalização instituída pelo Plano Diretor de Regionalização das Ações do SUS no Rio Grande do Norte e a especificidade das formas dos lugares, já que “a norma é geneticamente uma ação e morfologicamente uma densidade, uma forma.” (SILVEIRA, 1999, p. 257).

Para tal análise, consideramos a materialidade “esse componente imprescindível do espaço geográfico, que é, ao mesmo tempo, uma condição para a ação; uma estrutura de controle, um limite à ação; um convite à ação” (SANTOS, 2008, p. 321), como a principal variável de estruturação das regiões de saúde no território, pois “nada fazemos hoje que não seja a partir dos objetos que nos cercam” (SANTOS, 2008, p. 321).

Partimos da idéia de que “as regiões são subdivisões do espaço: do espaço total, do espaço nacional e mesmo do espaço local; são espaços de conveniência, lugares funcionais do todo, um produto social” (SANTOS, 1994, p. 1). Portanto, carregam em sua gênese a coerência funcional entre os lugares que a compõem em virtude das condições locais de ordem técnica (equipamentos, infraestrutura, acessibilidade) e organizacional (leis locais, impostos, relações trabalhistas).

Por ser um recorte espacial, o estudo da região demanda o conhecimento do território usado “definido pela implantação de infra-estruturas, para as quais estamos igualmente utilizando a denominação sistemas de engenharia, mas também pelo dinamismo da economia e da sociedade” (SANTOS e SILVEIRA, 2001, p. 21). Não se trata da concepção de território enquanto elemento estático, mas constante, por isso a idéia de uso, que não respeita necessariamente o recorte artificial político-administrativo.



Acreditamos que o conhecimento territorial seja imprescindível tanto para o planejamento e organização dos serviços de saúde quanto para o seu monitoramento em termos de descentralização, universalização, eficiência e eficácia, pois a partir desse pressuposto podemos caracterizar a especificidade dos lugares no que se refere à saúde levando em conta os diferentes processos do território.

METODOLOGIA

Para o presente estudo foram instituídos como procedimentos o levantamento e análise da documentação oficial do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP-RN), que tinham a regionalização como eixo estruturante. O objetivo desta coleta foi delimitar a estrutura conceitual e normativa que rege a conformação das regiões de saúde do SUS em suas diversas escalas para confrontarmos com a nossa proposta teórico-metodológica.

Sendo assim, tomamos por base os preceitos dos seguintes documentos:

- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde);
- NOAS-2001/2002;
- Caderno “Regionalização Solidária e Cooperativa: orientações para sua implementação no SUS”, da série Pacto Pela Saúde (2006);
- Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (regulamentação da Lei 8.080)
- Plano Diretor de Regionalização das Ações do SUS do Estado do Rio Grande do Norte (versões 2001 e 2009)

A análise da documentação do Ministério da Saúde nos mostrou a existência de duas orientações teórico-metodológicas distintas na configuração das regiões de saúde e que foram seguidas a risca pelos PDR's do estado do Rio Grande do Norte. Portanto, resolvemos denominar a primeira orientação teórico-metodológica de “Concepção hierárquica e geométrica de região” e a segunda de “Concepção solidária e cooperativa de região”, conforme vemos abaixo:

- Concepção hierárquica e geométrica da região:
 - ✓ Lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde);
 - ✓ NOAS-2001/2002;



- ✓ PDR/RN-2001.
- Concepção solidária e cooperativa da região:
 - ✓ Regionalização Solidária e Cooperativa: orientações para sua implementação no SUS (série Pacto Pela Saúde);
 - ✓ Decreto nº 7.508 (regulamentação da Lei nº 8.080);
 - ✓ PDR/RN-2009.

Com base nesse primeiro encaminhamento e apoiados em trabalhos semelhantes pretéritos³ pudemos observar que, embora a segunda concepção de região se mostre como avanço frente à primeira, a estratégia do Ministério da Saúde ainda é de cunho normativo, com as mesmas regras válidas para todo o território nacional. Além disso, a base conceitual permaneceu a mesma nas duas proposições, o que acreditamos causar descompassos entre o que é proposto e a realidade dos lugares. Desenvolveremos essas idéias nos itens abaixo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O modelo de regionalização instituído no Pacto Pela Saúde pode ser considerado um avanço frente à antiga concepção hierárquica e geométrica de região que dispunha a antiga Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS).

Para Raul Borges Guimarães a proposta da NOAS baseou-se na visão “ibgeana” de divisão regional, que concebe “a totalidade espacial como um somatório das partes, abstraindo-se as variáveis mais significativas para a identificação de suas características mais homogêneas.” (GUIMARÃES, 2004. p. 9). Logo, houve uma tendência à racionalização das atividades por meio dos dispositivos das normas e uma hierarquização da rede, onde o nível mais complexo era visto como o mais importante no sistema de saúde.

A atual concepção do Ministério da Saúde, que tem o Pacto Pela Saúde como norteador, trabalha com a idéia de regiões solidárias e cooperativas, formadas a partir das diferentes dinâmicas territoriais. Além disso, o Pacto faculta autonomia aos estados e municípios para extrapolar os limites jurídico-administrativos de seus territórios e constituírem-se em regiões de saúde INTERESTADUAIS, INTRAMUNICIPAIS e INTERNACIONAIS, ou seja, a saúde passa a ser vista

³ GUIMARÃES, Raul Borges. **Regiões de Saúde e Escalas Geográficas**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 21, nº 4, jul/ago 2004.



enquanto fenômeno que não respeita, necessariamente, as linhas jurídicas estabelecidas entre os entes federativos e, portanto, demanda uma regionalização própria.

No entanto, tal proposta ainda trabalha com a idéia de contigüidade territorial, onde as regiões são formadas por municípios limítrofes a um município “pólo”, que exerce o papel de centralidade no que se refere à rede de serviços do SUS. Este encaminhamento teórico-metodológico também é oriundo do modelo “ibgeano” de divisão regional, que

define um sistema hierarquizado de divisões territoriais e de cidades que pode servir de modelo tanto para uma política regionalizada do desenvolvimento, como para orientar a racionalização no suprimento dos serviços de infraestrutura urbana através da distribuição espacial mais adequada. (BRASIL, 1972, p. 9)

Sendo assim, o atual Plano Diretor de Regionalização das Ações de Saúde do Rio Grande do Norte possui essa mesma concepção e divide o estado em oito regiões de saúde formadas a partir de um município “pólo” que exerce centralidade aos demais, conforme nos mostra a figura abaixo:

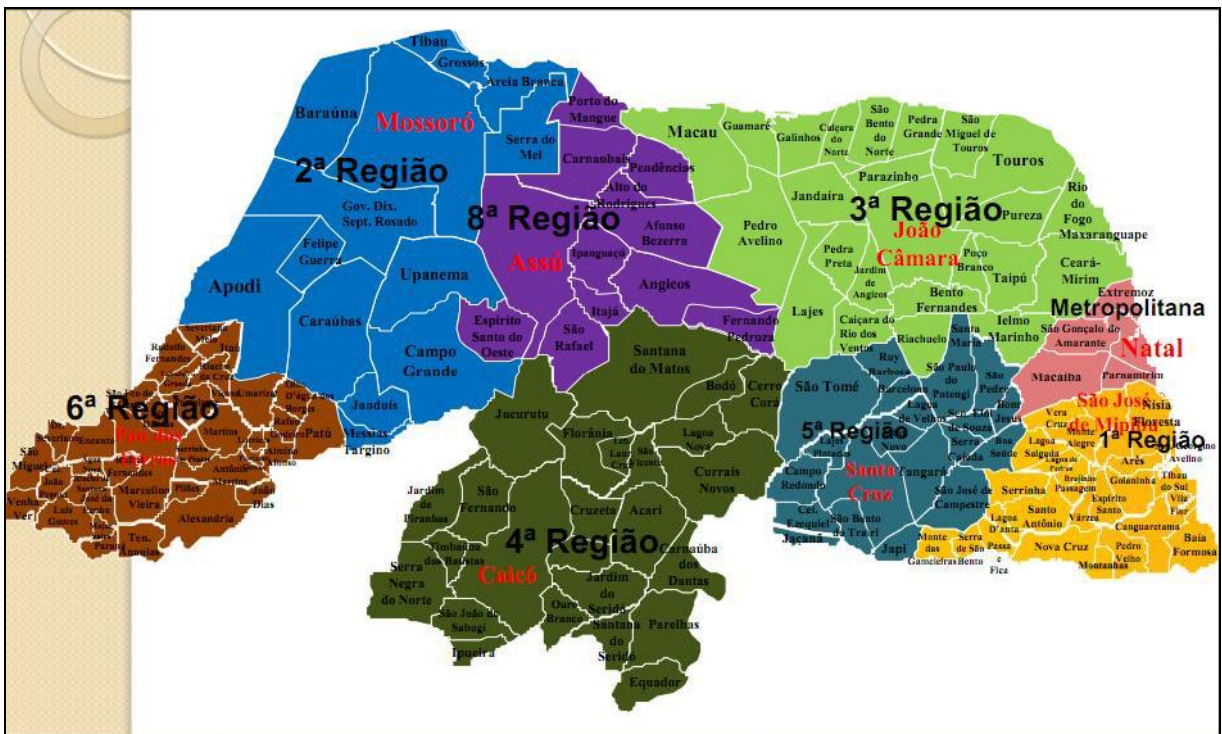


Figura 1: Regiões de saúde instituídas no PDR/RN. Fonte:

Além disso, a conformação das regiões estabelecidas no PDR/RN não ultrapassa os limites jurídico-administrativos do estado e dos municípios. Conforme



explicita GUIMARÃES (2004, p. 10) “isso significa, não raras vezes, recortar um certo fenômeno cuja delimitação não respeita essas fronteiras. Acaba-se por subdividir elementos que fazem parte de um mesmo processo.”

A distribuição da rede de estabelecimentos do SUS no Rio Grande do Norte também não se dá de forma equânime no território, pois quanto mais especializados vão se tornando os estabelecimentos (Policlínicas e Hospitais), ou seja, dependentes de melhor incorporação tecnológica, mais a sua concentração dá-se nos lugares do território que lhes garantem essa condição, aqueles mais bem servidos de densidade técnica e fluidez. Neste quesito, o predomínio da grande Natal, de Mossoró e de Caicó frente aos demais municípios é visível. Conseqüentemente, os recursos provenientes do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde acabam também ali concentrados.

Sendo assim, quando são privilegiados determinados pontos do território mais dotados de elementos técnicos, científicos e informacionais com a quase totalidade dos serviços de média e alta complexidade e, além disso, não há uma política de efetivação e eficácia na cobertura assistencial da atenção básica aos lugares mais rarefeitos, a rede de serviços do Sistema Único de Saúde não se mostra resolutive, já que para que a população possa usufruir dos serviços de saúde é necessário que tenha as condições de acessibilidade geográfica garantidas, o que pressupõe o deslocamento entre o local de residência do usuário e o local onde esses serviços são ofertados. Logo, a distância, os custos envolvidos no deslocamento e os meios de transporte são fatores que interferem diretamente no uso da rede do SUS.

Portanto, percebemos que há um duplo descompasso entre a proposição normativa do PDR/RN e a demanda por saúde dos lugares. O primeiro diz respeito à adoção da mesma estratégia teórico-metodológica de cunho federal para a configuração das regiões de saúde do estado, que ainda pauta-se na concepção “ibgeana” de divisão regional, e a segunda refere-se a não adoção de regiões de saúde que extrapolam os limites jurídico-administrativos do estado.

Conforme TEIXEIRA e SOLLA (2005, p. 452)

Trata-se, portanto, de questionar até que ponto o processo de construção do SUS vem conduzindo a uma universalização do acesso da população aos serviços, bem como perguntar até que ponto esse processo vem contribuindo para uma redistribuição social dos recursos e dos serviços de saúde, de modo que se alcance a pretendida equidade. E, ainda, trata-se de perguntar se o processo



de construção do SUS tem implicado mudanças na organização de serviços e práticas que aproximam a configuração do modelo de atenção ao ideal de integralidade do cuidado à saúde da população.

Acreditamos que o bom planejamento do Sistema Único de Saúde, antes de ser setorial, deva ser territorial. E fazer o planejamento territorial é “antes de tudo fazer a geografia da informação, saber e discutir o lugar das coisas” (SOUZA, 2003, p. 70).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A organização dos serviços de saúde tem sido um dos temas centrais do debate conceitual e político no âmbito do movimento pela Reforma Sanitária brasileira, ao longo dos últimos trinta anos. Esse debate vem alimentando a formulação e implementação de propostas políticas, normas e estratégias de mudança na gestão, no financiamento e, principalmente, na organização dos serviços e das práticas de saúde, no contexto da construção do Sistema Único de Saúde.

A proposta de regionalização das ações e serviços do SUS estabelecida no “Pacto Pela Saúde (2006)” e regulamentada pelo decreto nº 7. 508 é uma das tentativas do Ministério da Saúde de garantir a resolutividade do sistema e ofertar de forma equânime os estabelecimentos no território. Neste sentido, trabalha com um conjunto de recomendações que devem ser pactuadas entre as esferas federal, estadual e municipal.

No entanto, acreditamos que, para serem resolutivas, as regiões de saúde devam ser instituídas a partir da coerência funcional entre os lugares, o que supõe considerar as condições garantidas de acessibilidade geográfica aos serviços de saúde. Isso pressupõe o deslocamento entre o local de residência do usuário e o local onde esses serviços são ofertados. A distância, os custos envolvidos no deslocamento e os meios de transporte são fatores que interferem diretamente no uso desses serviços.

A adoção de um conjunto de normas gerais para todo o território, que não leva em conta as especificidades dos lugares, não garante o direito de todos à saúde conforme reza o artigo 196 da Constituição Federal. Seguindo o raciocínio de SOUZA (2003, p. 73)



[...] [acreditamos que] não se pode ter uma política de saúde unitária para todo o território considerado, seja ele o municipal, estadual ou federal. [...]. Políticas únicas nem sempre atendem às diversidades territoriais ou regionais, pois os serviços planejados setorialmente podem se localizar onde nunca aconteceu nenhuma ocorrência que necessite desse serviço.

A análise da coerência entre a diretriz normativa da regionalização instituída pelo PDR/RN e a especificidade das formas dos lugares tem como um primeiro encaminhamento metodológico o levantamento dessas considerações iniciais.

Portanto, com base na indissociabilidade entre materialidade e ação que, por sua vez,

“[...] supõe de um lado uma existência material de formas geográficas, naturais ou transformadas pelo homem, formas atualmente usadas e, de outro lado, a existência de normas de uso, jurídicas ou meramente costumeiras, formais ou simplesmente informais [...]” (SANTOS, 2008, p. 337).

poderemos determinar a singularidade das demandas por saúde dos diversos lugares do estado do Rio Grande do Norte, uma vez que para se tornar realidade “o exercício desta ou daquela ação passa a depender da existência, neste ou naquele lugar, das condições locais que garantam eficácia aos respectivos processos” (SANTOS, 2008, p. 337).

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ANTAS JR, Ricardo Mendes. **Território e Regulação**: espaço geográfico, fonte material e não-formal do direito. São Paulo: Associação Editorial Humanitas: Fapesp, 2005.

ARANHA, Pablo Ruyz Madureira. **Do Mundo como Norma ao Lugar como Forma**: o uso do território pela estratégia saúde da família em Natal/RN. Natal: UFRN, 2010. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Geografia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990.



BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

_____. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regionalização Solidária e Cooperativa**: orientações para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Divisão do Brasil em Regiões Funcionais Urbanas**. Rio de Janeiro, 1972.

GUIMARÃES, Raul Borges. **Regiões de Saúde e Escalas Geográficas**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 21, nº 4, jul/ago 2004.

SANTOS, Milton. **Desafio do Ordenamento Territorial**: “o pensamento”. São Paulo, 1994.

_____. **A Natureza do Espaço**: técnica e tempo, razão e emoção – 4º ed – São Paulo: Edusp, 2008.

SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. **O Brasil**: território e sociedade no início do século XXI. São Paulo: Record, 2001.

SILVEIRA, Maria Laura. **Um País, Uma Região**: fim de século e modernidades na Argentina. São Paulo: FAPESP/LABOPLAN-USP, 1999.

SOUZA, Maria Adélia Aparecida de. Uso do Território e Saúde: refletindo sobre municípios saudáveis. In: SPERANDIO, Ana Maria Girotti (org.). **O Processo de Construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis**. Campinas: IPES editorial, 2003.

TEIXEIRA, Carmen Fontes e SOLLA, Jorge Pereira. Modelo de Atenção à Saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA et al. **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.