



FORMAÇÃO DAS REGIÕES EM SAÚDE NO ESTADO DO MARANHÃO: discussão metodológica e histórica

Zulimar Márta Ribeiro Rodrigues¹

Tipo de trabalho: Revisão da Literatura, pesquisa em andamento

RESUMO

Discutem-se as noções de Região, Regionalização e Regionalizar como uma antiga prática administrativa em organizar espaços de planejamento. Especificamente na área da gestão pública em saúde, através dos princípios reguladores da NOAS-SUS 01/02, o processo de regionalização foi preconizado como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, foi inserida a noção de “Região de Saúde”. Com base nesse referencial teórico e na legislação identificaram-se, através da história da organização do serviço de saúde no estado do Maranhão, três divisões regionais nos anos de 1938, 1949 e 1953. Com resultado parcial da pesquisa, demonstrou-se que a descentralização, através da criação de regiões de planejamento em saúde é uma prática que acompanha os diferentes momentos desse setor no Maranhão.

Palavras-chave: Região, Região de Saúde, Divisão regional, Distritos Sanitários, Maranhão

INTRODUÇÃO

Atualmente, dentre as áreas que trabalham, com base na organização regional, destaca-se o campo da gestão pública da saúde. Tendo como pressuposto uma política de saúde que prega a universalização e a descentralização ao acesso aos serviços, o conceito de “Região em Saúde” foi inserido no cenário da administração pública em diferentes escalas geográficas, nas últimas décadas do século XX e início do XXI.

Entretanto, como prática de organização e descentralização administrativas, a regionalização da saúde é uma técnica que tradicionalmente vem sendo usada há bastante tempo. Com intuito de realizar o histórico dessa prática, o presente artigo busca resgatar e sistematizar as primeiras medidas desenvolvidas no estado do Maranhão, com o propósito de intervir nos serviços de saúde em diferentes momentos históricos da saúde pública de suas cidades.

O resgate histórico, da prática da regionalização em saúde, busca ainda um comparativo com a legislação atual, principalmente após NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE / SUS - NOAS-SUS 01/02 que preconiza o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. Destarte, seguindo essa norma, São Luís, capital do estado do Maranhão, encontra-se dividida em 07 (sete) distritos sanitários.

¹ Profa. Dra. do Departamento de Geociências e Coordenadora do Mestrado em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, maritaribeiro@ufma.br; maritaribeiro@hotmail.com.



Para atender a nova política de saúde, o processo de regionalizar a saúde no estado do Maranhão, ainda está em discussão com a proposta de dividir o estado em 19 (dezenove) regiões de saúde, sendo 08 (oito), macrorregiões.

Assim, as atuais regionalizações, do estado maranhense e de sua capital, são mais uma forma da administração no setor da saúde, mas não se constitui uma prática inovadora. As regionalizações precedentes deferiram a objetivos e concepções variadas, mas o que todas tiveram e têm e em comum, é a atenção à saúde da população.

METODOLOGIA

No processo de desenvolvimento dessa pesquisa, o método de abordagem utilizado foi o dialético e como principal método de procedimento, o histórico; tendo em vista, que a importância da descrição histórica do ambiente e da relação saúde e ambiente outorga significados essenciais as atividades humanas.

A aplicação de métodos e técnicas foi utilizada na pesquisa para proceder à coleta dos dados. Considerando a importância e complexidade dessa fase da pesquisa, trabalhou-se com o uso concomitante de diversas técnicas, propostas para o tratamento dos dados colhidos: Pesquisa documental, como fonte primária, relativa aos documentos oficiais (Leis e Decretos, Códigos de Postura e Código Sanitário); Pesquisa bibliográfica, ou de fonte secundária em relação ao tema.

Visita aos órgãos da administração pública, especificamente as Secretarias de Saúde do Estado do Maranhão e do município de São Luis para coleta de dados, conversas informais com os funcionários das instituições, aquisição de material cartográfico e conhecimento mais detalhado da política de saúde seguida pelas respectivas secretarias.

Para análise e interpretação dos dados coletados, principalmente os textos mais antigos, optou-se pelo método de análise de texto, ou seja, a “análise de conteúdo” e a “análise de discurso”. Considerado as peculiaridades dessas técnicas e seus enquadramentos na proposta da pesquisa, dentre várias características, destaca-se que a “análise de conteúdo” trabalha tradicionalmente com materiais textuais escritos e “emprega, muitas vezes, uma amostra aleatória para selecionar seus materiais”. A “análise de discurso é o nome dado a uma variedade de diferentes enfoques no estudo de textos” (BAUER; GASKELL, 2002, p. 195-244).



FORMAÇÃO DO CONCEITO DE REGIÕES DE SAÚDE

A palavra *região* é designada como substantivo feminino que significa extensão de um território com características comuns que o distingue das demais áreas. A correlata *regionalização*, de modo similar, um substantivo feminino que significa ato ou efeito de regionalizar. Tem-se ainda o verbo *regionalizar* com a acepção de separar em regiões, dividir em regiões, organizar em regiões, identificar regiões, dentre outros.

O que há de comum entre as palavras *região*, *regionalização* e *regionalizar* é o prenúncio de uma forma de organizar e/ou classificar o espaço geográfico, para atender a objetivos distintos. Os registros históricos indicam que os primeiros usos da palavra *região* e seus sinônimos supracitados, foram aplicados inicialmente no campo político administrativo. Na Idade Antiga, os Impérios, Persa e Romano, promoveram à divisão dos seus territórios em “Regiões”.

Correa (1998), discutindo o conceito de *região*, realizou importantes contribuições. Para esse autor, originalmente, o termo “*região*” foi utilizado na Geologia; o conceito de *região* tem implicações fundadoras no campo da discussão política, da dinâmica do Estado, da organização da cultura e do estatuto da diversidade espacial; e ainda, a Geografia foi sempre um campo de conhecimento fecundo acerca da discussão sobre o conceito de *região*.

Ainda para o autor, a Geografia incorporou o uso do termo no século XVIII referindo-se à área de abrangência de uma bacia hidrográfica. Após o ingresso, o conceito de *região* esteve presente em todas as correntes do pensamento geográfico de forma destacada ou não. Assim, diversos domínios da noção de *região* foram surgindo ao longo da institucionalização da Geografia; e em decorrências, várias adjetivações foram acrescentadas. Conceitos como “*Região Natural*”, “*Região Geográfica*”, “*Região Econômica*”, “*Região de Planejamento*”; dentre outros. A variedade das noções produziu a consolidação do termo na Geografia, ao mesmo tempo em que suscitou críticas a imprecisão.

Entende-se que o uso da concepção de *região* sempre esteve atrelado a ações do tempo social, político e econômico. De fato, é sempre bom alvitrar a distinção entre “*regionalização*” e “*divisão regional*”, pois os termos não devem ser entendidos como sinônimos (MESQUITA, 1997). Sobre o primeiro, recai a noção de processo social de integração e identificação cultural com determinados territórios, sem aplicação de uma técnica de recorte. Para o segundo, a concepção de técnica



racional de recorte; ou seja, os limites, números e objetivos da criação das regiões são pré-definidos.

Entre as discussões teóricas e práticas para definir, regiões e promover as divisões regionais, teve-se e têm-se vários critérios metodológicos que foram sendo estabelecidos conforme os interesses e conveniências do agente que regionaliza ou do objeto a ser regionalizado. Destarte, algumas tipologias enfatizaram as características clássicas da “Homogeneidade”, da “Polarização” ou do “Planejamento”; como base das técnicas para regionalizar.

Conforme comentário anterior, o conceito de “Região em Saúde” foi inserido no cenário da administração pública em diferentes escalas geográficas, nas últimas décadas do século XX e início do XXI. Esta inserção implicou em utilizar técnicas de divisão de regiões, de delimitar as regiões para que as políticas públicas de saúde planejem seus programas, ações e estratégias.

Segundo NOAS-SUS 01/02, por “Região de Saúde” entende-se:

Base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde.

Portanto, considera-se que a definição supracitada atende as três características clássicas quanto ao recorte de divisão regional: planejamento, homogeneidade e polarização. Entende-se que Guimarães (2005, p.1018), discutindo sobre regiões de saúde e as orientações NOAS-SUS 01/02, destaca similar triplete:

A região de saúde concebida na NOAS **sugere a delimitação de um espaço contínuo**, que diz respeito a uma parte de alguma unidade da federação, e cuja lógica é **determinada pela interdependência funcional e pela polarização de um determinado município-sede**, com um raio de abrangência de outros municípios vizinhos por meio dos fluxos entre os serviços de saúde de suas aglomerações urbanas, envolvendo um conceito operacional com vistas à **intervenção dos planejadores** (GUIMARÃES, 2005, p.1018, grifo nosso)

Na delimitação da região homogênea deve ser considerada a continuidade do espaço geográfico e sua homogeneidade: portanto, as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas e serviços de saúde dos municípios. Na delimitação da região polarizada deve ser identificado um município sede que polariza, devido o fluxo de serviços e equipamentos urbanos disponíveis



em um maior número que os demais. E finalmente, as regiões de saúde são regiões de planejamento. Os gestores públicos precisam revalorizar a prática administrativa do planejamento público para atender o princípio da descentralização dos serviços de saúde, universalização do atendimento e atenção primária a população de um modo geral.

REGIONALIZANDO A SAÚDE NO ESTADO DO MARANHÃO

O Maranhão, como os demais estados federativos, alcançou autonomia para estabelecer sua própria divisão regional no setor da saúde, conforme preconiza a NOAS-SUS 01/02. Atualmente, o estado maranhense está dividido em 32 (trinta e duas) regiões administrativas ou regiões de planejamento. Quanto ao setor saúde, ainda está em discussão com a proposta de dividir o estado em 19 (dezenove) regiões de saúde, sendo 08 (oito), macrorregiões.

Entretanto, o argumento aqui proposto é que as técnicas de divisão regional no setor saúde têm uma longa história. Assim, identificou-se nos conhecimentos relativos à organização dos serviços de saúde no Maranhão, momentos anteriores em que essa prática foi adotada.

A rigor, os marcos da construção do sistema de saúde pública no Maranhão estiveram subordinados ao contexto estadual, nacional e internacional da produção do conhecimento da área da saúde. Rodrigues (2004) analisando as concepções do binômio, saúde e ambiente, no Maranhão, entre 1854 e 1954, identificou três divisões do estado em distritos de saúde, especificamente nos anos de 1938, 1949 e 1953.

Uma das primeiras divisões identificadas corresponde a proposta de 1938, o estado foi dividido em seis (06). De acordo com o Decreto-Lei nº 30, de 25 de Janeiro de 1938 que regulamentou e deu nova organização aos serviços da Diretoria de Saúde e Assistência (MARANHÃO, 1938). Esse mesmo Decreto extinguiu a antiga Diretoria de Saúde Pública e Saneamento Rural.

Na época a chamada “Diretoria de Saúde e Assistência” foi definida como “o centro da administração, coordenação e execução de todas as actividades concernentes à saúde e assistência pública”, estava subsidiada pelo seguintes órgãos: Diretoria Geral, Centro de Saúde da Capital, Instituto Oswaldo Cruz, Distritos de Sanitários e Serviços de Assistência Social e Hospitalr e Pronto Socorro.

A divisão em distritos sanitários foi especificada melhor no artigo 8º, a saber:



O Estado do Maranhão ficará dividido em seis Districtos Sanitários, onde funcionarão postos de hygiene fixos e itinerantes que terão, de um modo geral, as attribuições do Centro de Saúde da Capital na medida das possibilidades financeiras, sem prejuízo das campanhas especiais de saude que forem, regionalmente, indicadas.

Assim, amparado na legislação, a proposta de divisão da saúde no estado, definiu São Luís como sendo 1º distrito, e elencou os demais distritos e respectivos municípios, conforme tabela abaixo.

Tabela 01- Divisão do Maranhão em Distritos Sanitários – 1938 (MARANHÃO, 1938)

DISTRITOS	MUNICIPIOS DO ESTADO DO MARANHÃO
1º	São Luís (sede), Cururupu, Guimarães, Alcântara, Bequimão, São Bento, Macapá, Pinheiro, Santa Helena, Turiassú e Carutapera.
2º	Viana, Cajapió, São Vicente Ferrer, Penalva, Monção, São Pedro, Anajatuba, Baixo Mearim e Ararí.
3º	Bacabal, São Luiz Gonzaga, Pedreiras, Coroatá, Monte Alegre, Codó, Itapecurú Mirim, Vargem Grande, Rosério, Icatú, Axixá, Morros e Humberto de Campos.
4º	Flores, Coelho Neto, Chapadinha, Urbano Santos, Brejo, Santa Quitéria, Buriti de Inácia Vaz, São Bernardo, Araisos, Tutoia e Barreirinhas.
5º	Caxias, Buriti Bravo, Picos, Barra do Corda, Passagem Franca, São José dos Matões, Mirador, Pastos Bons, Nova York, São João dos Patos, Barão de Grajaú e São Francisco.
6º	Benedito Leite, Lorêto, Santo Antonio de Balsas, Alto Parnaíba, Riachão, Carolina, Porto Franco, Imperatriz e Grajaú.

Para melhor ilustrar o cenário, do setor da saúde na década de 1930 no Maranhão, é preciso contextualizá-lo na chamada “Era Vargas” conforme lembra (SOUSA,1996). Para a autora, a partir de 1930, configura-se na escala nacional e maranhense o campo da proteção social no setor da saúde que “diz respeito ao movimento do governo no sentido da consolidação de procedimentos administrativos” e uma “ação governamental sistemática para responder à questão de saúde/doença”. Através cenário descrito pela autora, entende-se melhor que o processo de organização dos serviços de saúde no Maranhão ganhou destaque através da regulamentação do trabalho sanitário e, conseqüentemente, do caráter administrativo da divisão em distritos sanitários.

A segunda divisão identificada, através da Lei nº 297 de 1º de Fevereiro, de 1949, que novamente reorganizou os Serviços de Saúde do Estado. A nova proposta dividiu o estado em 13 (treze) distritos sanitários, conforme tabela abaixo:



Tabela 02- Divisão do Maranhão em Distritos Sanitários – 1949 (MARANHÃO, 1949)

DISTRITOS	MUNICÍPIOS
1º	São Luís (sede) e Alcântara.
2º	Cururupu (sede), Guimarães, Turiaçu, Carutapera e Cândido Mendes.
3º	Pinheiro (sede), Santa Helena, Bequimão, Peri-Mirim e São Bento.
4º	Viana (sede), Cajapió, São Vicente Ferrer, Matinha, Cajari, Penalva, Monção e Pindaré-Mirim.
5º	Bacabal (sede), Arari, Vitória do Mearim.
6º	Pedreiras (sede), Barra do Corda, Presidente Dutra, Grajaú e Ipixuna.
7º	Rosário (sede), Anajatuba, Morros, Axixá, Icatú, Humberto de Campos, Itapecuru-Mirim, Primeira Cruz, Vargem Grande e Curuzu.
8º	Codó (sede), Coroatá, e Timbiras.
9º	Caxias (sede), Timon, Parnarama, Buriti-Bravo, Passagem Franca, Colinas e Mirador.
10º	Araioses (sede), Barreirinhas, Tutoia, São Bernardo e Santa Quitéria do Maranhão.
11º	Brejo (sede), Buriti, Coelho Neto, Chapadinha e Urbano Santos.
12º	Pastos Bons (sede), Benedito Leite, S. Francisco do Maranhão, Barão de Grajaú, São João dos Pastos e Nova Iorque,
13º	Balsas (sede), Carolina, Imperatriz, Loreto, Porto Franco, Riachão, Alto Parnaíba e S. Raimundo das Mangabeiras.

A nova divisão ampliou de 06 (seis) para 13 (treze), o número de distritos, e inovou quando passou a designar as respectivas “sede” em cada região, diferindo da anterior que indicou apenas São Luís como o distrito sede. Outra inovação deu-se com a prerrogativa para mudar as sedes dos distritos e/ou reorganizar os distritos:

Parágrafo único – o Poder Executivo poderá se assim aconselhar o interesse do serviço público, transferir a sede de Distrito para qualquer outra cidade, no mesmo compreendida, bem como anexar a outro Distrito qualquer município que, na distribuição constante desse artigo, esteja integrando Distrito diferente

Compreende-se que a divisão regional de 1949 avançou também na questão metodológica de delimitação dos distritos sanitários por indicar os municípios sede ou municípios pólos das regiões, caracterizando os aspectos da polarização, como um importante instrumento na prática administrativa para planejar as ações em saúde. Prática essa, que é atualmente indicada pela NOAS-SUS 01/02, conforme comentário antecedente.

A terceira divisão regional identificada foi através da Lei nº 1118 de 31 de Dezembro de 1953, com o título: “CRIA oito Postos de Higiene no interior do Estado e dá outras providências”. A primeira interpretação que pode ser realizada é que



nova legislação apenas atualizou a divisão anterior, aumentando assim de 13 (treze) para 21 (vinte e um) Distritos Sanitários.

Cabe esclarecer e ponderar, em relação ao acréscimo no número de distritos, o histórico da criação dos municípios maranhenses. De acordo com o Instituto Maranhense de Estudos Socioeconômicos e Cartográficos – IMESC (2010), em levantamento sobre ano de criação dos municípios do Maranhão, até 1930 o estado tinha 58 (cinquenta e oito) municípios. Na década de 1930 foram criados mais 10 (dez); no decênio de 1940, mais 05 (cinco) e no seguinte, mais 26 (vinte e seis). Assim, na primeira divisão identificada (1938), o estado contava com 68 (sessenta e oito); na segunda (1949), com 73 (setenta e três); e na terceira (1953), o número aumentou para 99 (noventa e nove) municípios.

Segundo o censo do IBGE, em 1950, a população maranhense era de 1.583.248, sendo a base econômica do estado centralizada aos setores da agricultura, pecuária e silvicultura. Portanto, as condições socioeconômicas da população eram marcadamente precárias e no cenário da saúde não era diferente. O acesso aos serviços de saúde, mesmo na capital do estado, deixava muito a desejar (RODRIGUES, 2004)

Entretanto, para atender o caráter administrativo, a terceira divisão regional foi definida por Lei e manteve as indicações dos Distritos e respectivas sedes, conforme pode ser observado na tabela 03.

Tabela 03 -Divisão do Maranhão em Distritos Sanitários – 1953 (MARANHÃO, 1953)

DISTRITOS	MUNICÍPIOS
1º	São Luís (sede), Alcântara e Ribamar.
2º	Curupu (sede), e Guimarães.
3º	Pinheiro (sede), Bequimão e Santa Helena.
4º	Viana (sede), Cajari, Matinha, Penalva, Monção e Pindaré-Mirim.
5º	Bacabal (sede), Arari e Vitória do Mearim.
6º	Pedreiras (sede) e Ipixuna.
7º	Rosário (sede), Anajatuba, Morros, Axixá, Icatú, Humberto de Campos e Primeira Cruz.
8º	Codó (sede), Timbiras e Dom Pedro.
9º	Caxias (sede) e Coelho Neto.
10º	Caxias (sede), Barreirinhas, São Bernardo, Magalhães de Almeida e



	Tutóia.
11º	Brejo (sede), Buriti, Chapadinha, Urbano Santos, Curuzu e Santa Quitéria do Maranhão.
12º	Pastos Bons (sede), Paraibano, Benedito Leite, São Francisco do Maranhão, Barão de Grajaú, São João dos Patos e Nova Iorque.
13º	Balsas (sede), Alto Parnaíba, Loreto, Riachão e São Raimundo das Mangabeiras.
14º	Coroatá (sede), Pirapemas, Cantanhede, Itapecuru-Mirim e Vargem Grande.
15º	Colinas (sede), Buriti Bravo, Mirador, Passagem Franca e São Domingos.
16º	Carolina (sede), Imperatriz e Porto Franco.
17º	Barra do Corda (sede), Grajaú e Presidente Dutra.
18º	São Bento (sede), Cajapió, Peri-Mirim, São Vicente Ferrer e São João Batista.
19º	Turiaçu (sede), Candido Mendes e Carutapera.
20º	Matões (sede), Parnarama e Timon.
21º	Vitorino Freire (sede) e Lago da Pedra.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, o processo de redemocratização após a Constituição de 1988, desencadeou o processo de descentralização administrativa na escala estadual e municipal. Assim, estados e municípios, adquiriram autonomia política e econômica para gerir recursos, planejar o modelo de organização nos setores de educação, saúde, segurança, dentre outros. Destarte, pode-se afirmar que a modernização das práticas administrativas, além de conduzir a descentralização, preconizou a regionalização do modelo de organização de vários setores, dentre os quais a saúde.

Pode-se constatar que a prática administrativa em regionalizar os espaços, é bem antiga e perdura até os dias atuais em diferentes escalas e campos de conhecimentos. No Maranhão, a organização dos serviços de saúde, através da divisão regional, já foi adotada em diferentes momentos de sua história com o intuito de descentralizar e administrar o setor. Buscou-se com esse resgate histórico



destacar a importância da prática em trabalhar com regiões de saúde. Refletir sobre o papel do planejamento, na administração pública, para gerenciar os serviços de saúde. Prática essa, que é atualmente indicada pela NOAS-SUS 01/02.

Destaca-se ainda que, para além de atender uma norma do setor da saúde, as atuais divisões regionais devem ter como princípios fundamentais a descentralização, a universalização, a integridade e, sobretudo, a equidade ao acesso. Que seja consolidado o direito à vida com qualidade.

REFERENCIAS

BAUER, M. W; GASKELL, G. (Ed.). **Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático**. Tradução: Pedrinho A.Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2002.

Instituto Maranhense de Estudos Socioeconômicos e Cartográficos – **IMESC**. Evolução político-administrativa do Estado do Maranhão. São Luís: IMESC, 2010.

MARANHÃO. Decreto nº 30, de 25 de Janeiro de 1938. Dá nova organização aos serviços da Directoria de Saúde e Assistencia.In: **Coleção de decretos de outubro de 1937 a dezembro de 1938**. São Luís: Imp. Oficial,1934.

_____. Lei nº 297 de 1º de Fevereiro de 1949. Reorganiza os Serviços de Saúde do Estado. In: **Coleção de decretos de outubro de 1948 a dezembro de 1949**. São Luís: Imp. Oficial, 1949.

_____. Lei nº 1118 de 1º de Dezembro de 1953. Cria oito Postos de Higiene no interior do Estado e dá outras providências. In: **Coleção de decretos de janeiro a dezembro de 1953**. São Luís: Imp. Oficial, 195.

MESQUITA, Z. Divisões, recortes, partilhas: isto está mudando. O que há para aprender? In:SOUZA, M. A. de (Org.). **Natureza e sociedade de hoje: uma leitura geográfica**. São Paulo: Hucitec/Anpur, 1997.

SOUSA, S. de M. P. S. **A Reforma Sanitária no Maranhão: mudança e conservação no processo de organização e de gerenciamento dos serviços de saúde**. (Mestrado em Políticas Públicas) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 1996.

RODRIGUES, Z. M. R. **Geografia da Saúde e o espaço urbano de São Luís: interfaces da relação saúde e ambiente no período de 1854-1954**.2004. 237f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) – Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2004.