



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DO SEMIÁRIDO
UNIDADE ACADÊMICA DE EDUCAÇÃO DO CAMPO
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS**

RAVENA DE FARIAS SILVA

**GESTÃO DA SAÚDE E SEU PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO: UM
DIAGNÓSTICO SOBRE A DESCENTRALIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO
CARIRI OCIDENTAL PARAIBANO**

**SUMÉ - PB
2017**

RAVENA DE FARIAS SILVA

**GESTÃO DA SAÚDE E SEU PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO: UM
DIAGNÓSTICO SOBRE A DESCENTRALIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO
CARIRI OCIDENTAL PARAIBANO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão das Políticas Públicas do Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão das Políticas Públicas.

Orientador: Prof.º: Allan Gustavo Freire da Silva.

S586g Silva, Ravena de Farias.

Gestão da saúde e seu processo de regionalização: um diagnóstico sobre a descentralização de serviços de saúde no cariri ocidental paraibano. / Ravena de Farias Silva. - Sumé - PB: [s.n], 2017.

52 f.

Orientador: Prof. Me. Allan Gustavo Freire da Silva.

Monografia - Universidade Federal de Campina Grande; Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido; Curso de Especialização em Gestão das Políticas Públicas.

1. Gestão Pública. 2. Gestão da saúde. 3. Descentralização de serviços. I. Título.

CDU: 351.77(043.1)

RAVENA DE FARIAS SILVA

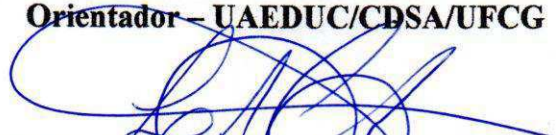
**GESTÃO DA SAÚDE E SEU PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO: UM
DIAGNÓSTICO SOBRE A DESCENTRALIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO
CARIRI OCIDENTAL PARAIBANO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão das Políticas Públicas do Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão das Políticas Públicas.

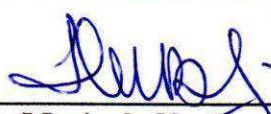
BANCA EXAMINADORA



Prof. Me. Allan Gustavo Freire da Silva
Orientador – UAEDUC/CDSA/UFCG



Prof. Dr. Luiz Antônio Coelho da Silva
Examinador I – UAEDUC/CDSA/UFCG



Prof. Dra. Ilza Maria do Nascimento Brasileiro
Examinador II – UAEDUC/CDSA/UFCG

Trabalho aprovado em: 06 de agosto de 2017.

Dedico este trabalho aos meus familiares, em especial, a minha mãe Fátima Farias, pelo exemplo de coragem e simplicidade em suas ações; ela que com carinho singular me ensinou o caminho da retidão. Aos meus filhos, Daniel e Rafaela, que são as fontes de minha inspiração diária.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, que me deu forças para vencer os obstáculos e concluir mais este curso. Ele que me socorre espiritualmente, dando-me serenidade e forças suficientes para continuar acreditando a cada dia nas conquistas alcançadas através do esforço pessoal e do trabalho.

Ao Professor Allan Gustavo, meu orientador, por ter me incentivado e motivado para a elaboração desse trabalho. Minha gratidão pela disponibilidade, sugestões e incansável atenção, certamente foram preciosas para a concretização desse Trabalho de Conclusão de Curso.

Aos meus familiares, gratidão pelos incentivos diários, pela confiança e apoio incondicionais.

Aos colegas de turma e aos demais professores, muito obrigada pelo permanente encorajamento.

“O saber contra a ignorância, a saúde contra a doença, a vida contra a morte... Mil reflexos da batalha, permanente, em que estamos todos envolvidos...”.

Oswaldo Cruz (1872- 1917)

LISTA DE SÍMBOLOS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CER - Centro Especializado em Reabilitação

CGR – Colegiado de Gestores Regionais

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIR – Comissão Intergestores Regional

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CO – Cariri Ocidental

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

GM - Gabinete do Ministro

GRS – Gerência Regional de Saúde

HRSF – Hospital Regional Santa Filomena

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

NAPS – Núcleo de Assistência Psicossocial

NASF – Núcleo de Assistência ao Saúde da Família

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

PDI – Plano Diretor de Investimentos

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PPI – Programação Pactuada Integrada

RUE – Rede de Urgência e Emergência

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

RAS – Redes de Atenção a Saúde

RAPS – Redes de Atenção Psicossocial

SAMU – Serviço Móvel de Urgência

USA – Unidade de Suporte Avançado

USB – Unidade de Suporte Básico

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

RESUMO

A regionalização é considerada uma estratégia importante para a organização do sistema de saúde pública, através da sua operacionalização, as ações e serviços de saúde estão organizados para que possam produzir o cuidado necessário às pessoas, em cada território, buscando garantir a integralidade e a equidade da atenção. Nesse contexto, este trabalho tem como objetivo central analisar o processo de regionalização do sistema de saúde em municípios do Cariri Ocidental paraibano e sua implicação na promoção dos serviços públicos de saúde. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, realizado a partir do levantamento documental e de consultas a banco de dados e portais governamentais, realizadas no segundo semestre do ano de 2017. Quanto aos procedimentos de pesquisa, esse estudo aborda uma perspectiva bibliográfica e documental – a qual tomou por base, prioritariamente, o Plano Diretor de Regionalização da Paraíba (PDR - PB) e os documentos oficiais do Ministério da Saúde. Procurou-se apresentar de forma temporal, sobretudo de 2014 a 2016, como tem se estruturado a gestão da saúde e a promoção de serviços no cariri paraibano. Desse modo, buscou-se apresentar o diagnóstico situacional da estruturação dos serviços de saúde, organizados a partir do processo de regionalização. Constata-se a necessidade de organização de uma rede de atenção que respeite a diversidade territorial, a partir de novas institucionalidades abertas à reversibilidade e à mobilidade das relações estratégicas, que reconheçam e afirmem a dimensão normativa nas atividades de saúde.

Palavras-Chave: Regionalização. Gestão da saúde. Cariri paraibano.

ABSTRACT

Regionalization is considered an important strategy for the organization of the public health system, through its operationalization, actions and health services are organized so that they can produce the necessary care to the people, in each territory, seeking to guarantee integrality and equity Of attention. In this context, the main objective of this work is to analyze the process of regionalization of the health system in municipalities in the Western Cariri region of Paraíba and its implication in the promotion of public health services. This is a descriptive, exploratory study, carried out from the documentary survey and consultations database and government portals, in the second half of the year 2017. As for the research procedures, this study addresses a bibliographical and documentary perspective - which was based primarily, the Master Plan for Regionalization of Paraíba (PDR - PB). and the official documents of the Ministry of Health sought to present the temporal form, especially from 2014 to 2016, as it has been structured management Health and the promotion of services in the caribbean of Paraíba. In this way, we tried to present the situational diagnosis of the structuring of the health services, organized from the process of regionalization. Notes the need to organize a care network that respects the territorial diversity, from new institutions open to reversibility and mobility of strategic relationships that recognize and affirm the normative dimension in health activities.

Keywords: Regionalization. Health management. Cariri paraibano.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
1.1 OBJETIVOS.....	12
1.1.1 Objetivo geral.....	12
1.1.2 Objetivo específico.....	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1 DESCENTRALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA GESTÃO PÚBLICA.....	16
2.2 LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÕES DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE.....	17
2.3 PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DA PARAÍBA.....	21
2.4 DIVISÃO GEO-ADMINISTRATIVA DO ESTADO DA PARAÍBA.....	22
2.5 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	25
3 METODOLOGIA.....	28
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	30
4.1 REDES DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE).....	30
4.2 REDE CEGONHA.....	36
4.3 REDE PSICOSSOCIAL (RAPS).....	38
4.4 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	44
4.5 REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DOENÇAS CRÔNICAS.....	45
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS.....	47

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma proposta generosa de uma política pública que se construiu e se institucionalizou a partir de um amplo debate na sociedade brasileira, estimulado pelo movimento sanitário e acolhido na Constituição Federal de 1988. É um experimento social que está dando certo e seus avanços são inquestionáveis, mas enfrenta enormes desafios e tem de superá-los. No Brasil, a regionalização esteve presente na pauta das discussões da política de saúde, de forma articulada, voltada ao princípio da descentralização, na luta pelo direito universal e integral à saúde.

O SUS é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde na gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n. 8.080/90 (BRASIL, 1990) e n. 8.142/90 (BRASIL, 1990). A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; tal legislação regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

A Lei 8.080/90 instituiu o SUS, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. A iniciativa privada participa do SUS em caráter complementar. Assim, as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal vigente, obedecendo ainda princípios organizativos e doutrinários tais como: Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, integralidade de assistência e equidade.

A Lei nº 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Nesse processo de estruturação do SUS, um importante marco foi à realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986. Trata-se da primeira Conferência Nacional da Saúde aberta à sociedade a qual resultou na implantação do Sistema

Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e os governos estaduais, obtendo ainda a formação das bases para a seção “Da Saúde” da Constituição Brasileira de 5 de outubro de 1988. Além disso, desempenhou um importante papel na propagação do movimento da Reforma Sanitária.

Considerando o processo de regionalização e organização da saúde, ao final de 2010, como fruto de um grande acordo tripartite envolvendo Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS, foi publicada a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS no qual consta a seguinte conceituação das RAS: “Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.” (BRASIL, 2010).

Merece destaque o que preceitua o decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta artigos da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a qual consta no art. 7º que “as Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas comissões intergestores”, sobre esse mesmo aspecto legal, o art. 30º expressa ainda que “As comissões intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em Redes de Atenção à Saúde”.

Nesta conjuntura, as Redes de Atenção à Saúde surgem como uma possibilidade para a reestruturação dos serviços e processos de saúde, rumo ao restabelecimento da coerência entre os princípios e diretrizes do SUS e o perfil epidemiológico da população brasileira.

Finalmente, em 2006, foi aprovado o Pacto pela Saúde, em três dimensões: o Pacto de Gestão, Pacto em Defesa do SUS e o Pacto pela Vida. O Pacto pela Saúde é um documento de gestão acordado pelas três esferas de governo (União, Estados e Municípios) e retoma a discussão da regionalização, propondo um movimento dinâmico e flexível, indicando, para tal, espaços regionais de planejamento e gestão compartilhada entre os gestores municipais e estaduais, por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR), visando à implementação da regionalização solidária e cooperativa.

O Pacto pela Saúde é resultado do processo de negociação envolvendo os compromissos da operacionalização do SUS entre os gestores das três esferas de governo, na

perspectiva de superar problemas políticos, técnicos e administrativos que dificultam a participação mais efetiva e autônoma dos municípios na gestão do SUS.

Nesse sentido, o Pacto de Gestão do SUS valoriza a relação solidária entre os gestores, definindo as diretrizes e responsabilidades, contribuindo para o fortalecimento da gestão, em cada eixo de ação: Descentralização; Regionalização; Financiamento do SUS; Planejamento no SUS; Programação Pactuada e Integrada (PPDI); Regulação da atenção à saúde e regulação assistencial; Participação e controle social; Gestão do trabalho na saúde e educação na saúde. Dessa forma, esse pacto rompe com os acordos realizados através das Normas Operacionais Básicas e da Norma Operacional de Assistência em Saúde, que pouco avançaram em termos de concretização do SUS.

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal. As prioridades do Pacto em Defesa do SUS são: implementar um projeto permanente de mobilização social com a finalidade de: Mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos; Alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional; Garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde; aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas; elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS.

O Pacto pela vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. A definição de prioridades deve ser estabelecida através de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local. São seis as prioridades pactuadas: Saúde do idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; Fortalecimento da Atenção Básica.

Assim, diante das dinâmicas que envolvem o processo de estruturação da saúde na Paraíba, sobretudo no cariri paraibano, como é feito o gerenciamento dos processos de gestão das redes temáticas de atenção à saúde no SUS e seus objetivos principais?

Ante essas questões, objetiva-se com esse trabalho, elaborar um diagnóstico sobre as ações, classificações e distribuição de serviços de saúde a partir da metodologia governamental de descentralização e regionalização do sistema de saúde.

Busca-se a partir de tais questionamentos, compreender como tem se dado a gestão da saúde na esfera regional do cariri paraibano e qual sua relação no tocante à promoção e acessibilidade a serviços de saúde, públicos e de qualidade.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

- Analisar o processo de regionalização do sistema de saúde em municípios do Cariri Ocidental paraibano e sua implicação na promoção dos serviços públicos de saúde.

1.1.2 Objetivos específicos

- Apresentar a atual sistematização, hierarquização e conjuntura administrativa da gestão da saúde na região do cariri paraibano;
- Compreender como se dar o processo de regionalização no cariri ocidental paraibano a partir da mensuração do público, técnicos e recurso envolvidos;
- Relatar como ocorre a participação da Comissão Intergestores Regional Cariri Ocidental (CIR-CO) no descentralizado processo de gestão da saúde;

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde – SUS, cujos objetivos estão listados no Quadro 1, é um eixo estruturante do Pacto de Gestão, cuja finalidade é orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Os principais instrumentos de planejamento da Regionalização são: o Plano Diretor de Regionalização – PDR, o Plano Diretor de Investimentos – PDI e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde – PPI (BRASIL, 2006b).

Quadro 1 - Objetivos da regionalização

1. Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde, cuja complexidade e contingente populacional transcendam a escala local/municipal.
2. Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade.
3. Garantir a integralidade na atenção à saúde por meio da organização de rede de atenção à saúde.
4. Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e organizando as demandas nas diferentes regiões.
5. Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganhos em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional

Fonte: Ministério da Saúde, (2006).

Esse processo de regionalização pode ser dividido em dois momentos ou movimentos, a) o processo de regionalização dos serviços, que é a tentativa de se organizar os serviços como forma de torná-los mais eficientes e eficazes, ou seja, conseguir atingir os objetivos do SUS de universalização, integralidade e equidade com maior qualidade, com menor custo financeiro; e ainda salientar outro processo implícito de regionalização; b) criação de regiões de saúde a partir das características epidemiológicas de determinada população vivendo em determinado espaço e tempo. Em verdade, ambos têm inspirações

distintas, no caso do movimento de organização dos serviços, a inspiração é o que se pode chamar de “inspiração ibegeana” (GUIMARÃES, 2005, p.1021).

Regionalizar implica um melhor conhecimento, por parte de estados e municípios, dos problemas sociais e de saúde de suas localidades para que se possa então implementar uma política de saúde condizente com a realidade de cada região de saúde.

Quem passa a decidir as prioridades de cada região é o gestor, que leva em consideração as características geográficas, o fluxo da demanda, o perfil epidemiológico, a oferta de serviços e as necessidades expressas pelos usuários. Nesse sentido, Estados e Municípios devem estar mais integrados no processo de planejamento das ações e serviços de saúde de modo a atender melhor às necessidades da população.

O papel do gestor de organizações de saúde é, provavelmente, um dos mais complexos cargos executivos atualmente existentes, pois, dentre os inúmeros desafios, alguns são comuns a todos os gestores da saúde, independente do ente federado que esteja representando. Mediante esta afirmativa, vale salientar os que se apresentam em maior dimensão de complexidade, frente ao país imenso, populoso e heterogêneo em que vivemos. As alterações demográficas recentes: estrutura etária, urbanização acelerada, acentuadas desigualdades econômicas e sociais (entre regiões e grupos populacionais), mudanças epidemiológicas, financiamento do sistema insuficiente para uma boa cobertura da população e por fim, o despreparo de alguns gestores.

A gestão da saúde pública é complexa e exige habilidades e qualificação contínua, devido à necessidade de atender a legislação que consta no direito administrativo. Ao mesmo tempo em que tornamos um processo legal, é necessário ter em mente que estamos trabalhando com vidas, além do fator legal, indispensável em cada ato, tem-se ainda a contemplação de critérios fundamentados na ética e na moral.

Fazendo referência a Gestão Pública, Santos cita:

[...] podemos dizer que o governo é atividade política e discricionária e com conduta independente; administração é a atividade neutra, geralmente vinculada à lei ou à norma técnica, é a conduta hierarquizada; quanto à gestão, esta implica o atendimento dos seguintes parâmetros básicos: tradução da missão, realização de planejamento e controle, administração de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros; inserção de cada unidade organizacional no foco da organização; e tomada de decisão diante de conflitos internos e externos (SANTOS, 2006, p. 12).

Segundo Motta (1991), os termos gestão, gerência e administração, são sinônimos. A gestão não é um fim em si, mas uma atividade contínua de estratégia e

planejamento em que existem muitos atores envolvidos, e cada qual atendendo a seus interesses sem perder o foco no cliente, bem como defender a instituição ao qual pertence.

O sistema de saúde vive em constante processo transformador, o que requer uma sensibilidade aguçada do gestor e técnico em saúde, devendo estar preparado para uma medicina preventiva e curativa, e para um cliente que está inserido em um ambiente democrático e globalizado, onde o avanço tecnológico permite o acesso à informação, tornando-o crítico na qualidade do serviço prestado pelo órgão responsável pela promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde da população.

Sendo assim, para qualificar o processo de regionalização e garantir o exercício da ação cooperativa entre os gestores, em cada região de saúde é constituído um Colegiado de Gestão Regional (CGR), mais precisamente, uma Comissão Intergestores Regional (CIR), que tem a participação de todos os municípios da região e de um representante do estado (REGIONALIZAÇÃO SOLIDÁRIA E COOPERATIVA, SÉRIE PACTOS PELA SAÚDE, 2006).

A regionalização do SUS é considerada estratégia prioritária para se conseguir avanços em direção à descentralização da gestão da saúde, segundo o pacto, dependem da constituição de desenhos regionais que respeitem as realidades locais; do estabelecimento das Comissões Intergestores Regionais (CIRs), para potencializar seus trabalhos e o desenvolvimento positivo da estruturação das regiões de saúde.

A Comissão Intergestores Regional Cariri Ocidental (CIR-CO), dispõe de regimento interno próprio, que regulamenta as atividades e atribuições da CIR-CO, que está composta pelos seguintes municípios: Amparo, Camalaú, Caraúbas, Congo, Coxixola, Gurjão, Monteiro, Ouro Velho, Pararí, Prata, São João do Cariri, São João do Tigre, São José dos Cordeiros, São Sebastião do Umbuzeiro, Serra Branca, Sumé e Zabelê e representante da 5ª Gerência Regional de Saúde (5ªGRS), representando a Secretaria de Estado da Saúde.

Conforme regimento interno, a Comissão Intergestores Regional do Cariri Ocidental (CIR-CO) pactua a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, no âmbito regional, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde – Paraíba, para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da Comissão Intergestores Bipartite da Paraíba (CIB – PB).

A CIR-CO tem por objetivo operar como espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa por meio da instituição de um processo de planejamento regional, garantindo e aprimorando os princípios e diretriz do SUS, estruturando uma rede de ações e serviços de atenção à saúde integral e resolutiva. O objetivo principal desses novos

modelos assistenciais passa a ser a criação de uma identidade recíproca entre os serviços e a população, buscando assim, promover uma mútua transparência, resgatando-se as pessoas como sujeitos essenciais na relação dos serviços prestados, e não os identificando como meros objetos.

Também, a viabilização desses modelos assistenciais exige uma mudança básica na qualidade do planejamento de saúde que, sendo oportuna a atuação gerencial dos responsáveis sanitários (Gerentes Regionais) em cada região de saúde, transforma-se num planejamento compartilhado e efetivo, visto que, a gestão compartilhada deve estar presente nas pactuações necessárias às conformações das redes estruturantes para as ações e serviços de saúde em cada distrito sanitário/regiões de saúde. Urge adequar o planejamento para que cumpra o seu papel na (re)organização dos serviços, o que vai implicar uma valorização relativa da atitude estratégica e da programação local integrada, elaborada a partir de critérios epidemiológicos.

2.1 DESCENTRALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA GESTÃO PÚBLICA

O Decreto 7.508 de 2011, que regulamenta a Lei 8.080/90, estabelece um novo arranjo para a descentralização, definindo que os serviços prestados permanecerão organizados em níveis crescentes de complexidade, em unidades geográficas específicas e para clientela definidas. No entanto, a oferta de ações e serviços do SUS está organizada a partir da constituição de regiões de saúde.

A descentralização dos serviços da saúde vem sendo implantado a partir do conceito constitucional do comando único, cada esfera de governo é autônoma e soberana em suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. Neste sentido, a autoridade sanitária do SUS é exercida: na União, pelo ministro da saúde; nos estados, pelos secretários estaduais de saúde; e, nos municípios, pelos secretários municipais de saúde.

Mediante o processo de descentralização dos serviços de saúde, a Paraíba adotou o modelo de regionalização, proposto para os 223 municípios do estado, a partir do Plano Diretor de Regionalização (PDR), entendendo que este é o documento basilar para as ações de regionalização em saúde. Partindo dessa premissa, a 5ª Gerência Regional de Saúde, trabalha de forma integrada aos municípios pertencentes a sua área de abrangência, no intuito de auxiliar na construção e estruturação das redes assistenciais da saúde, bem como, no

fortalecimento das políticas públicas voltadas ao cumprimento dos princípios fundamentais do SUS.

Na perspectiva da necessidade de regionalização, é relevante destacar o papel do Estado na gerência, administração e supervisão dos serviços de saúde, seja de forma direta ou indireta, uma vez que possíveis entraves técnicos e/ou operacionais nessa esfera de gestão constituem um dos grandes desafios para a concretização do SUS (BELTRAMI, 2008). Nesse processo de readequação das ações e serviços da saúde, as gerências regionais de saúde, assumem um papel muito importante, visto que, os gerentes regionais de saúde são os responsáveis sanitários de cada território sob a sua área de atuação.

A descentralização, para Carvalho et al. (1999), se constitui num processo de alavancagem de uma forma de governar mais participativa, democrática, comprometida, do ponto de vista do Estado e da sociedade. Permite-se a criação de novos espaços institucionais de participação social que além de possibilitar maior eficiência da gestão pública, expande as oportunidades de acesso ao poder de novos sujeitos sociais, favorecendo a ampliação do espaço público.

2.2 LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÕES DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

O processo de regionalização e descentralização tem sido orientada pela legislação e pelas normas operacionais do SUS que, ao longo do tempo, têm definido as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que Estados e Municípios possam assumir suas funções no processo de implantação do SUS.

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: “[...] a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; [...]” (BRASIL, 1990, p. 2). Partindo dessa premissa, observa-se que a regionalização no SUS, constitui estratégia prioritária para garantir a reestruturação da saúde e potencializar o processo de descentralização dos serviços e ações de saúde nos municípios.

Considerando o que está expresso na Portaria GM/MS nº 545/1993, através da Norma Operacional Básica (NOB-SUS 01/93) – Item g da introdução: “A regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa

pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo” (BRASIL, 1993, p. 1).

A legislação do SUS e suas normas operacionais foram formuladas para a reordenação da dos serviços de saúde e estabelece os papéis de cada esfera de governo, apontando para a responsabilidade plena do poder municipal com a co-responsabilização dos poderes estadual e federal, bem como, definem as atribuições comuns da União, Distrito Federal, Estados e Municípios, com a definição do papel e das responsabilidades de cada esfera do governo na organização e operacionalização do SUS.

Ainda fazendo referência a norma operacional básica, NOB-SUS 01/96, contida na Portaria GM/MS nº 2203/1996, a qual redefine o modelo de gestão do SUS – *Item 4*:

A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município, o SUS - Municipal, voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional (BRASIL, 1996, p. 2).

Analisando as normas operacionais da assistência à saúde (NOAS-SUS 01/2001 e NOAS-SUS 01/2002) que traz, [...] para o aprofundamento do processo de descentralização, deve-se ampliar a 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). Além da lógica político-administrativa de delimitação dos sistemas de saúde, que assegura a indivisibilidade dos territórios municipais e estadual no planejamento da rede e a autonomia dos entes governamentais na gestão, é fundamental considerar, para a definição do papel da SES e de cada Secretaria Municipal de Saúde (SMS) no sistema funcional, as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de organização de redes de assistência regionalizadas e resolutivas, além das capacidades técnico-operacionais necessárias ao exercício das funções de alocação de recursos, programação físico-financeira, regulação do acesso, contratação de prestadores de serviço, controle e avaliação [...] (BRASIL, 2001, BRASIL, 2002).

A norma operacional de assistência à saúde (NOAS-SUS, 01/2001) promoveu no país, a partir de sua formulação, uma ampla discussão sobre a conformação de regiões de saúde com vistas a organizar a assistência à saúde, porém, devido à sua rigidez normativa e à

impossibilidade de contemplar as diferentes realidades do país, acabaram por não atingir alguns de seus objetivos, contudo, traz considerações sobre os avanços já obtidos e enfoque nos desafios a serem enfrentados, no processo de regionalização. Os mecanismos e estratégias que organizam e regulam a descentralização como diretriz do SUS estabelecem instâncias colegiadas de representação, participação popular, deliberação, monitoramento e pactuação política e administrativa envolvendo as três esferas de governo.

O Decreto Federal n. 7.508/2011, define a Região de Saúde como 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 (art. 2º, I), seguindo essa evolução do processo de regionalização, observa-se no Quadro 2, normas e regras que demarcaram ações de regionalização do SUS.

Quadro 2 - Evolução do processo de Regionalização do SUS

1986	1988	1990	1993/1996	2001/2002	2006	2011
8ª Conferência Nacional da Saúde	Constituição Federal	Lei 8.080 Lei 8.142	Norma Operacional Básica - NOBs 93 e 96	Normas Operacionais da Assistência à Saúde – NOAs 2001 e 2002	Pacto pela Saúde	Decreto 7.508 Lei 12.466

Fonte: Elaboração própria, (2017).

A descentralização na saúde está associada à diretriz da gestão única de cada esfera de governo reforçando, assim, a importância dos gestores municipais e estaduais, o que induz a adaptação de arranjos regionais devido à necessidade de negociação federativa. Para viabilizar as discussões políticas entre as esferas são criados órgãos gestores, de diferentes instâncias hierárquicas, para articular os embates que geram a descentralização, tais como: a Comissão Intergestores Regional, a Comissão Intergestores Bipartite e Tripartite, o Conselho de Representação dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), e os conselhos de âmbito nacional e estadual (CONASEMS E COSEMS), (LIMA; VIANA 2011).

✓ **Comissão Intergestores Regional – CIR** definidas através do Decreto 7.508/2011 (BRASIL, 2011) que regulamentou a Lei n. 8.080/90 (BRASIL, 1990). Foram conformadas como instâncias de articulação dos gestores municipais, que devem propor, de maneira coordenada e solidária, a distribuição dos serviços e trabalhadores da saúde, visando garantir amplo acesso, possibilitando a equidade e a integralidade por meio da gestão do cuidado. Para Viana, Lima e Ferreira (2010), as CIRs (antes CGRs) possuem inovação ao constituírem-se enquanto instâncias de cogestão, no espaço regional, pois criam um canal permanente e contínuo de negociação e decisão entre os municípios e o estado, preenchendo um “vazio” na governança regional.

✓ **Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT)**, a Lei n. 12.466/2011 (Brasil 2011), acrescenta na Lei n. 8.080/90 (BRASIL, 1990), no Capítulo III do Título II o Art. 14-A, que trazem a seguinte definição da CIB e da CIT: são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como objetivos: I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados; III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contra referência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados.

✓ **O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS)**, instituídos pela Lei n. 12.466/2011 (BRASIL, 2011) acrescenta na Lei n. 8.080/90 (BRASIL, 1990), no Capítulo III do Título II o Art. 14-B, versa que são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento. § 1º O CONASS e o CONASEMS receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União. § 2º Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao CONASEMS, na forma que dispuserem seus estatutos.

✓ **A Lei Federal 8.142/90:** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde. Institui e define os Conselhos Municipais de Saúde - CMS. Aponta como sendo da competência desses Conselhos: "Atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, incluídos seus aspectos econômicos e financeiros" (art. 1º). Define que o Conselho deve ter o caráter "permanente e deliberativo" a sua composição e a representação paritária dos usuários nos Conselhos e nas Conferências.

2.3 PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DA PARAÍBA – PDR/PB

O objetivo da norma operacional da assistência à saúde – NOAS-SUS 01/01 é “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção”. Esta Norma estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. Institui o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada Estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com a necessidade da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção à saúde. Assim, cabe às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal a elaboração do PDR, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, devendo o mesmo ser aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite e pelo Conselho Estadual de Saúde.

O Plano Diretor de Regionalização da Paraíba - PDR surgiu como um instrumento para potencializar a descentralização, fortalecendo o estado e os municípios em sua função de gestores do sistema de saúde. O plano tinha como premissas expressar o processo de regionalização a ser construído dentro da lógica de planejamento integrado, identificar as prioridades na atenção à saúde dos usuários dos sistemas municipais de saúde de determinada região sanitária, otimizar os recursos e possibilitar maior acesso das pessoas a todos os níveis de atenção à saúde, explicitando os diferentes interesses locorregionais (BRASIL, 2006).

O processo de regionalização da saúde no Estado da Paraíba teve como referência temporal o ano de 2002. Mediante a realização de oficinas organizadas pela SES/PB com gestores municipais de saúde, foi elaborado o Plano Diretor de Regionalização (PDR – 2002), que servirá de base e subsidiará o processo de qualificação das microrregiões de saúde.

Em 2008, após uma série de oficinas que reuniram os gestores municipais, juntamente com representantes da Secretaria Estadual de Saúde, o PDR/PB foi redesenhado e

nele foram traçadas as regiões de saúde, bem como, as estratégias necessárias à garantia de acesso dos cidadãos as ações e serviços de saúde resolutivos de acordo com o entendimento da Gerência de Planejamento da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba. O processo de elaboração do PDR/PB teve como objetivo proporcionar o arranjo das assistências ambulatorial e hospitalar, da média e alta complexidade, facilitando o ingresso aos serviços assistenciais e promovendo equidade em saúde (ROMÃO, 2009).

O Decreto Federal nº 7.508/2011, pretende consolidar e fazer avançar o processo de regionalização já existente no país, embora com diferentes graus de institucionalidade e maturação política. Pretende ter o papel de regular a estrutura organizativa do SUS, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, dentre outros aspectos, tão necessários a sua consolidação e melhoria permanente da cobertura e qualidade da atenção. Desta forma, visa dar maior operacionalidade e sustentabilidade à estrutura assistencial, definindo juridicamente as responsabilidades dos entes federativos, para que o cidadão possa, de fato, ter acesso às ações e aos serviços ofertados nas regiões, organizados em redes de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

As Regiões de Saúde foram definidas pelo Pacto de Gestão como recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território. Constitui-se, portanto em um movimento dinâmico e flexível que segue em direção oposta aos métodos fechados, rígidos em suas formas de aplicação, ao buscar estimular a criatividade e iniciativa conjunta para soluções dos problemas identificados pelos gestores. Tais movimentos concretizam-se através das Comissões Intergestores Regionais – CIR, formados a partir dos espaços territoriais definidos em Regiões de Saúde.

2.4 DIVISÃO GEO-ADMINISTRATIVA DO ESTADO DA PARAÍBA

O Estado da Paraíba está dividido em 12 regiões geo-administrativas, mesma base geográfica adotada pela Secretaria de Estado da Paraíba SES-PB, para instalação das chamadas Gerências Regionais de Saúde (GRS). Cada Gerência Regional conta com uma capacidade funcional instalada, capaz de articular o processo gerencial das ações técnico-administrativas da saúde (PARAÍBA, 2008).

Segundo o PDR-PB, as Gerências Regionais de Saúde correspondem à organização geo-administrativa do Estado, cujas sedes são as seguintes: I-GRS João Pessoa,

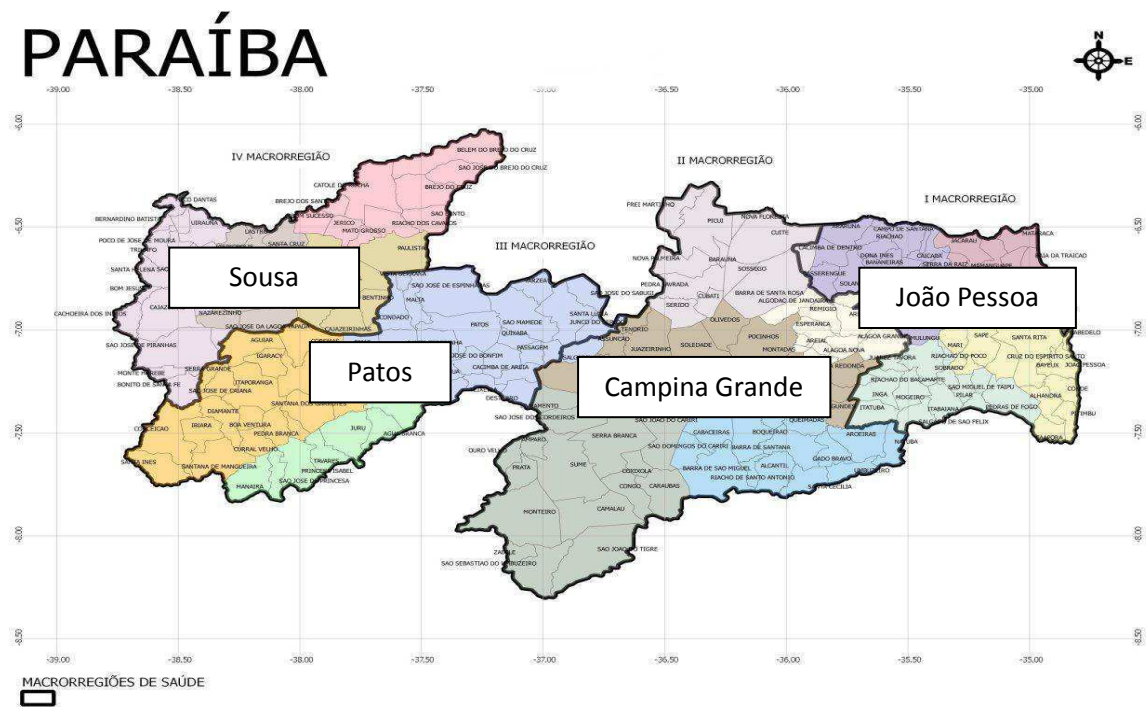
II-GRS Guarabira, III-GRS Campina Grande, IV-GRS Cuité, V-GRS Monteiro, VI-GRS Patos, VII-GRS Itaporanga, VIII-GRS Catolé o Rocha, IX-GRS Cajazeiras, X-GRS Sousa, XI-GRS Princesa Isabel, e XII-GRS Itabaiana.

- **Macrorregiões Assistenciais de Saúde:**

No âmbito da organização da assistência à saúde, o território paraibano está dividido em 4 macrorregiões de saúde, que por decisão da Comissão Intergestores Bipartite - CIB em sua Resolução 397/08, segue definida e mantida obedecendo o critério da territorialidade, características epidemiológicas e área de abrangência.

Cada macrorregião é composta por um determinado número de municípios que conformam a maior base territorial de planejamento da atenção à saúde, a partir das características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias e epidemiológicas, levando-se também em consideração a oferta de serviços e as relações intermunicipais. As quatro Macrorregiões Assistenciais de Saúde compõem os territórios delimitados, conforme expresso na Figura 1.

Figura 1 - Macrorregiões Assistenciais de Saúde



Fonte: COSEMS/PB, (2017).

I MACRORREGIÃO: A primeira macrorregião polarizada pelo município de João Pessoa é composta por 07 (sete) Regiões de Saúde, totalizando 65 (sessenta e cinco) municípios;

II MACRORREGIÃO: A segunda macrorregião de saúde polarizada pelo município de Campina Grande é composta por 08 (oito) Regiões de Saúde, totalizando 70 (setenta) municípios;

III MACRORREGIÃO: A terceira macrorregião de saúde polarizada pelo município de Patos é composta por 05 (cinco) Regiões de Saúde, totalizando 48 (quarenta e oito) municípios;

IV MACRORREGIÃO: A quarta macrorregião de saúde polarizada pelo município de Sousa é composta por 05 (cinco) Regiões de Saúde, totalizando 40 (quarenta) municípios.

Quadro 3 – Estrutura Organizacional do Plano Diretor de Regionalização – PDR

2008

Macrorregião de Saúde	População do município	Número de Regiões de Saúde	Número de municípios nas regiões de saúde	População em número absoluto	Percentual da população
JOÃO PESSOA	723.515	7	65	1.732.585	47,82%
CAMPINA GRANDE	385.213	8	70	1.025.343	28,3%
PATOS	100.674	5	48	434.858	12%
SOUSA	65.803	5	40	430.429	11,88%
TOTAL	1.275.205	25	223	3.623.215	100%

Fonte: Brandão, (2012).

O Quadro 3 demonstra a síntese da estrutura organizacional presente no Plano Diretor de Regionalização, PDR – PB. É possível verificar a importância de cada município sede de macrorregião, no tocante ao aglomerado populacional decorrente da divisão geo-administrativa do Estado. Haja vista, que cada município sede de macrorregião é o

responsável pelo atendimento da maioria das demandas de saúde da população que habita no seu território.

2.5 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Partindo da premissa que a Regionalização na saúde tem como base fundamental a organização e estruturação das ações e serviços de saúde, voltados à assistência da população que reside em cada território, definido pelo desenho macrorregional, compete no espaço deliberativo das Comissões Intergestores Regionais - CIRs, desenvolver o processo de discussão e conformação das redes de atenção à saúde, com o intuito de garantir o atendimento eficiente e de segmento para a população que esteja sob sua área de abrangência, obedecendo ao desenho de cada região e macrorregião de saúde.

No campo da saúde, impulsionados pelas proposições organizativas e diretivas do SUS contida na Constituição Federal de 1988, vários são os autores e normativas legais que discutem a implementação das Redes de Atenção à Saúde - RAS articuladas em um território, no caso, o território regionalizado. Assim, podemos citar:

[...] a universalidade, igualdade, integralidade e hierarquização da assistência induzem a conformação de arranjos regionais, como consequência da negociação federativa. Admitindo múltiplos partícipes, tais arranjos são fruto de acordos políticos e do desenvolvimento de instrumentos técnico-operacionais necessários à conformação de redes regionalizadas de atenção à saúde. [...] (LIMA; VIANA, 2011, p. 41).

Dessa forma, existe uma relação intrínseca entre a organização da atenção à saúde em rede e os objetivos da universalidade, equidade e integralidade. Em uma rede, os equipamentos e serviços não funcionam de forma isolada, responsabilizando-se conjuntamente pelo acesso, atenção integral e continuidade do cuidado à saúde das pessoas.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passam pela construção permanente nos

territórios, que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010).

Segundo a portaria 4.279/10 que estabelece as diretrizes da RAS no âmbito do SUS, os atributos essenciais das RAS são:

- População e territórios definidos;
 - Extensa gama de estabelecimentos de saúde prestando diferentes serviços;
 - Atenção Primária à Saúde como primeiro nível de atenção;
 - Serviços especializados;
 - Mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e assistência integral fornecidos de forma continuada;
 - Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e nas comunidades, levando em consideração as particularidades de cada um;
 - Integração entre os diferentes entes federativos a fim de atingir um propósito comum;
 - Ampla participação social;
 - Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;
 - Recursos suficientes;
 - Sistema de informação integrado;
 - Ação intersetorial;
 - Financiamento tripartite e;
 - Gestão baseada em resultados
- (BRASIL, 2010; MENDES, 2002; 2007a; 2009; 2011).

É possível identificar um esforço para a implantação de diversas RAS nos sistemas municipais e estaduais de saúde. Tal empenho vem gerando resultados positivos na atenção à saúde de pessoas idosas; na saúde mental; no controle do diabetes; e na utilização de serviços especializados (MENDES, 2011).

Conforme elencados no Quadro 4, estas RAS foram definidas segundo as prioridades das agendas de saúde federal, estadual e municipal e estão em diferentes etapas de implantação: Rede Cegonha - Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011; Rede de Atenção à Urgência e Emergência - Portaria nº 1.600; Rede de Atenção Psicossocial - Portaria nº 3.088; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - Portaria nº 793; e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (diabetes, câncer, obesidade etc.) - Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014 (BRASIL, 2011b, BRASIL, 2011c, BRASIL, 2011d, BRASIL, 2012, BRASIL, 2014).

Quadro 4 - Redes temáticas de atenção à saúde no SUS e seus objetivos principais

Rede de Atenção à Urgência e Emergência - Portaria nº 1.600, de 7 de junho de 2011	Visa articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e
--	--

(BRASIL, 2011c)	integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.
Rede Cegonha - Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011b)	Consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.
Rede de Atenção Psicossocial - Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011d)	Tem por finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012 (BRASIL, 2012)	Objetiva a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas - Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014 (BRASIL, 2014)	Visa estabelecer diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado, considerando doenças crônicas as doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura.

Fonte: Elaboração própria, (2017).

Dessa forma, a construção de redes de atenção à saúde representa um desafio de enorme complexidade, visto que, cada território de saúde tem suas particularidades epidemiológicas e esse processo perpassa pela regionalização e hierarquização da saúde, envolvendo uma série de questões, que vão desde o “desenho” das próprias redes – incluindo a definição dos vários equipamentos sociais e serviços de saúde que a compõem, suas diferentes funções, finalidades e modos de organização e funcionamento, as formas de articulação e coordenação das ações desenvolvidas, entre outros – até os mecanismos de estruturação e gestão do cuidado à saúde, em conformidade com os princípios do SUS.

3 METODOLOGIA

Essa pesquisa trata-se de um estudo descritivo, exploratório, realizado a partir do levantamento documental e de consultas a banco de dados e portais governamentais, realizadas no segundo semestre do ano de 2017. Procura-se por meio do desenvolvimento dessa investigação, apresentar o cenário da gestão da saúde na região do cariri paraibano, destacando assim, suas categorizações, atividades, investimentos e abrangência social, buscando salientar o papel e abrangência dos serviços de saúde na região do cariri paraibano.

Quanto aos procedimentos de pesquisa, esse estudo aborda uma perspectiva bibliográfica e documental - que tomou por base, prioritariamente, o Plano Diretor de Regionalização da Paraíba (PDR - PB) e os documentos oficiais do Ministério da Saúde que orientam a construção dos mesmos pelos Estados. Procura-se apresentar de forma temporal, sobretudo de 2014 a 2016, como tem se estruturado a gestão da saúde, suas relações de parceria e participação entre esferas governamentais e possíveis interações com a sociedade civil organizada, nos processos de gestão e promoção dos serviços de saúde. Para essa pesquisa, considerou-se o referido período de análise, uma vez que a pesquisadora encontra-se atuando como gerente regional de saúde do cariri ocidental, o que a possibilita maior detalhamento sobre as questões apresentadas no trabalho.

Quanto à natureza da pesquisa, trata-se de um estudo quali-quantitativo uma vez que intenta-se descrever características estruturantes, interpretar programas e políticas de saúde, além de buscar apresentar possíveis valores – dados – por meio da quantificação e classificação de variáveis.

Os documentos identificados como instrumentos à composição da pesquisa foram consultas ao Sistema Único de Saúde – SUS, com a capacidade de fornecer relevantes informações sobre relatórios e aspectos gerais, voltados aos pactos federativos, às responsabilidades sociais, à divisão de tarefas e seu gerenciamento regional; Relatórios gerados a partir de reuniões entre grupos condutores de nível regional e estadual; Consultas aos relatórios dos serviços de referência das Redes de Atenção à Saúde, prestados nos municípios da região do Cariri Ocidental; consultas aos portais do Ministério da Saúde e do DATASUS; banco de dados do SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade) e SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) da 5ª Gerência Regional de Saúde, localizada em Monteiro – PB.

Dessa forma, buscou-se traçar uma linha elucidatória, com a capacidade de apresentar as dinâmicas da gestão da saúde no cariri paraibano e como essa região tem gerido, organizado, distribuído suas capacidades de promoção à saúde. A concatenação de informações entre os diversos portais, banco de dados e ambientes regionais de atendimento, fornecem a capacidade de uma análise pormenorizada de relações e parcerias institucionais por meio de diversas esferas de cooperação, que dinamizam o debate sobre as políticas e a gestão da saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A construção de redes de serviços é um desafio complexo, que envolve uma gama muito ampla de dimensões, que vai desde a definição do “desenho” da rede, compreendendo as várias unidades, seus diferentes perfis assistenciais e a articulação funcional entre elas. No campo das políticas públicas, comprometida com a garantia de oferecer acesso equânime ao conjunto de ações e serviços de saúde, a organização do sistema de saúde em rede possibilita a construção de vínculos de solidariedade e cooperação. Nesse processo, o desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde é reafirmado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde tanto no que se refere a sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção prestada, e representa o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania.

4.1 REDES DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE)

A RUE encontra-se estruturada na Região de Saúde do Cariri Ocidental. A partir da implantação, de novos serviços e atendimentos voltados a esta rede, os municípios que compõem a 5ª Região de Saúde, puderam garantir maior assistência aos usuários dentro do território de abrangência dessa região, bem como, agilidade nos encaminhamentos para outros centros.

Os serviços que encontram-se estruturados nessa região de saúde, referente à assistência da Rede de Urgência e Emergência, são: SAMU – Serviço de Atendimento Móvel, UPA 24H – Unidade de Pronto Atendimento e Hospital Regional Santa Filomena – HRSF no município de Monteiro.

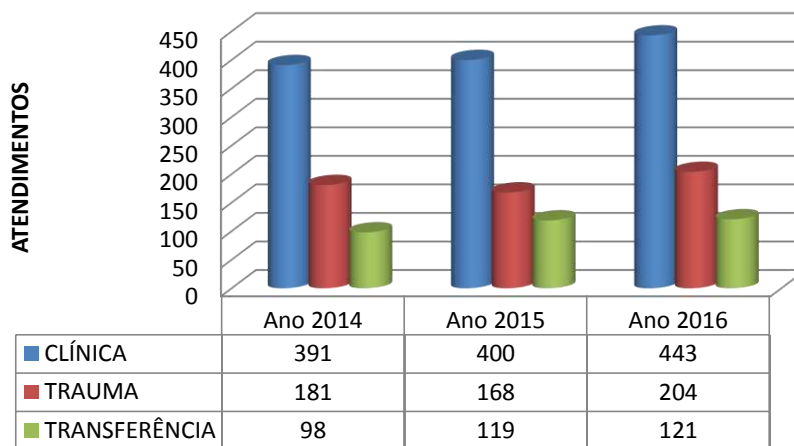
O SAMU, componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências, tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação Médica das Urgências. No município de Monteiro, em abril de 2011 foi inaugurada uma Central de Regulação do SAMU e a base do SAMU Regional para atendimento de todas as cidades da região do Cariri Ocidental, composta por 01 ambulância USA - Unidade de Suporte Avançado (UTI móvel), usada em casos mais graves, 01

ambulância USB - Unidade de Suporte Básico e 02 Motolâncias - Veículos de intervenção rápida, usada para fazer um pré-atendimento.

Segue no gráfico 01 o número absoluto dos tipos de atendimentos pré-hospitalar móvel por traumas (acidentes de carro, acidente de moto, queda, agressão física, dentre outros) e por atendimentos clínicos (gineco-obstétrico, psiquiátrico, clínico), bem como, as transferências realizadas para outros centros de saúde, geralmente, para hospitais no município de Campina Grande, pelo SAMU regional, nos anos de 2014, 2015 e 2016.

No Gráfico 01, estão consolidados os dados dos atendimentos realizados pela ambulância USA 01.

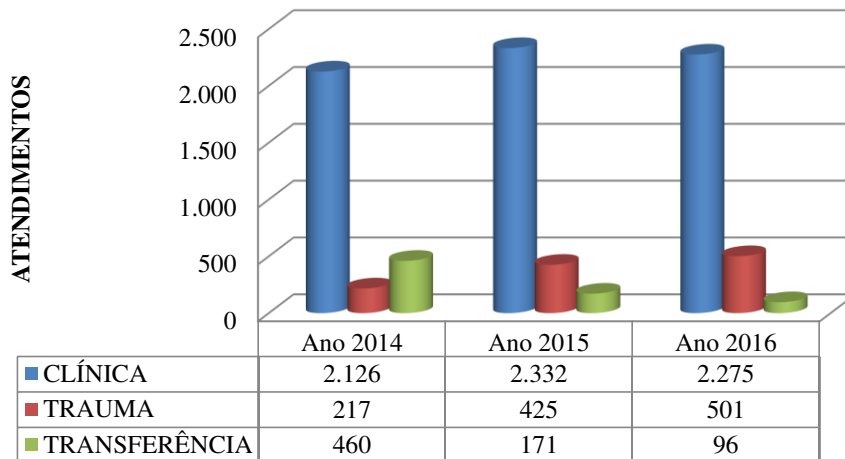
Gráfico 01 – Números de ocorrências atendidas pela USA 01 da base do SAMU Regional – Monteiro/PB



Fonte: Banco de dados da base do SAMU regional de Monteiro, (2017).

No gráfico 02, consta a consolidação dos atendimentos realizados pela ambulância USB 01 – Unidades de Suporte Básico, em pacientes residentes dos municípios da região do Cariri Ocidental.

Gráfico 02 - Números de ocorrências atendidas pela USB 01 da base do SAMU Regional – Monteiro/PB



Fonte: Banco de dados da base do SAMU regional de Monteiro, (2017).

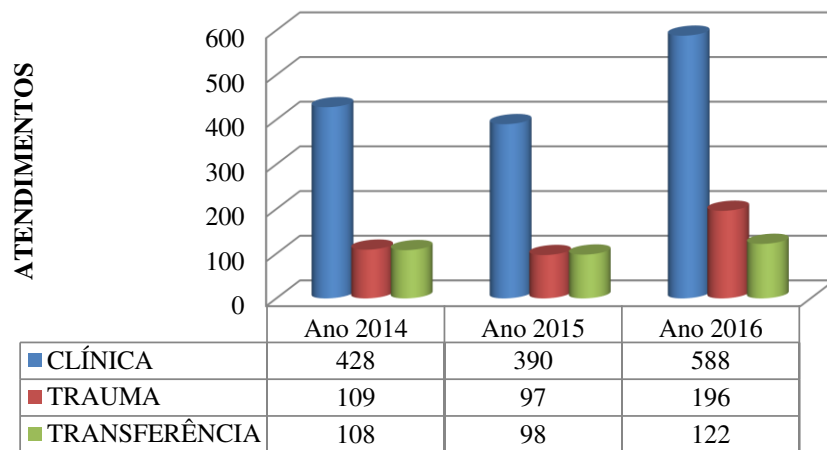
As Bases Descentralizadas poderão existir sempre que se fizer necessária infraestrutura que garanta tempo-resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente SAMU regional ou sediado em município de grande extensão territorial e/ou baixa densidade demográfica, conforme definido no Plano de Ação Regional, com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s). Diante da complexidade do atendimento de urgência e frente a grande abrangência territorial, o que dificultava a resolutividade no atendimento por ambulâncias do SAMU regional, foram instaladas algumas bases descentralizadas do SAMU em municípios da Região do Cariri Ocidental, de forma estratégica a atender com maior rapidez os usuários que necessitam desse serviço.

Os gráficos a seguir, apresentam o número absoluto dos tipos de atendimentos pré-hospitalar móvel por traumas (acidentes de carro, acidente de moto, queda, agressão física) e por atendimentos clínicos (gineco-obstétrico, psiquiátrico, clínico), bem como, transferências realizadas para hospitais de referência na cidade de Campina Grande, pelas bases descentralizadas do SAMU da região do Cariri Ocidental, compreendendo o período de 2014, 2015 e 2016.

De acordo com a Portaria Ministerial nº 3.011, de 26 de dezembro de 2012, em seu Art. 1º, o município de Sumé foi contemplado com uma Unidade de Suporte Básico (USB), destinada ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), pertencente à Central Regional de Monteiro - PB.

Seguem os dados dos atendimentos realizados pela USB 02 do município de Sumé, de acordo com o Gráfico 03.

Gráfico 03 - Números de ocorrências atendidas pela USB 02 do município de Sumé – PB

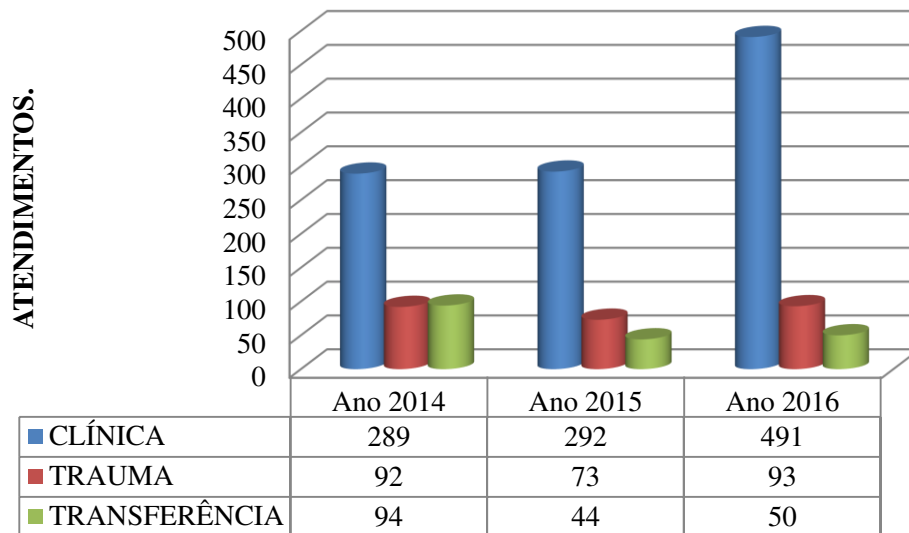


Fonte: Banco de dados da base descentralizada da unidade do SAMU do município de Sumé, (2017).

De acordo com a Portaria Ministerial nº 317, de 27 de fevereiro de 2012, em seu Art. 1º, o município de Serra Branca foi contemplado com uma Unidade de Suporte Básico (USB), destinada ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), pertencente à Central Regional de Monteiro - PB.

Seguem os dados dos atendimentos realizados pela USB 03 do município de Serra Branca, conforme Gráfico 04.

Gráfico 04 - Números de ocorrências atendidas pela USB 03 do município de Serra Branca – PB

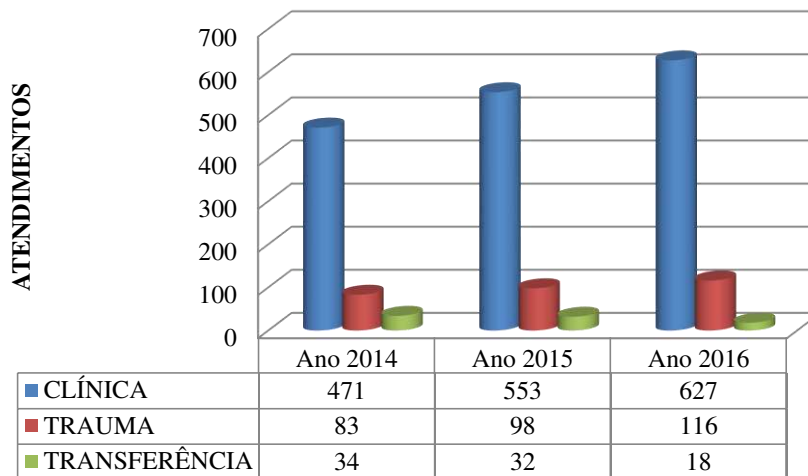


Fonte: Banco de dados da base descentralizada da unidade do SAMU do município de Serra Branca, (2017).

De acordo com a Portaria Ministerial nº 346, de 28 de fevereiro de 2012, em seu Art. 1º, o município de São João do Cariri foi contemplado com uma Unidade de Suporte Básico (USB), destinada ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) pertencente à Central Regional de Monteiro - PB.

Seguem os dados dos atendimentos realizados pela USB 04 do município de São João do Cariri, de acordo com o Gráfico 05.

Gráfico 05 - Números de ocorrências atendidas pela USB 04 do município de São João do Cariri – PB



Fonte: Banco de dados da base descentralizada da unidade do SAMU do município de São João do Cariri, (2017).

No que se refere a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e ao estabelecimento de saúde de complexidade intermediária situado entre a Atenção Básica à saúde e a Rede Hospitalar. Compõe-se uma rede organizada de atenção às urgências, em conjunto com a Atenção Básica à Saúde e com a Rede Hospitalar.

Geralmente são implantadas em locais estratégicos para a configuração da rede de atenção às urgências, em conformidade com a lógica de acolhimento e de classificação de risco.

Desde o ano de 2012, o município de Monteiro foi contemplado com uma UPA porte I, para atendimento a nível regional. Já no ano de 2014, o município de Serra Branca foi contemplado com uma UPA porte I, para atendimento a nível regional. A Unidade de Serra Branca está construída e equipada, sem previsão de funcionamento por ausência de recursos financeiros, pois, o Ministério da Saúde, não está habilitando novos serviços.

4.2 REDE CEGONHA

Quanto à estruturação da Rede Cegonha no Estado da Paraíba, vale salientar que, foram definidas, considerando o perfil epidemiológico e vazios assistenciais, quatro regiões prioritárias que são: a 1ª região (João Pessoa + 14 municípios); 6ª região (Patos + 24 municípios); 9ª região (Cajazeiras + 14 municípios) e a 16ª região (Campina Grande +14 municípios) aprovadas pelo Ministério da Saúde, de acordo a portaria 2.359 de outubro de 2012; para receber incentivos em todos os componentes da Rede Cegonha (Pré-natal, parto e puerpério). No entanto, os municípios que não fazem parte das regiões prioritárias, estão recebendo incentivo para o componente pré-natal, com o objetivo de ampliar as possibilidades de exame e de cuidado, em uma fase extremamente importante da gestação, que é o pré-natal.

Os municípios da região do Cariri Ocidental realizam o pré-natal de baixo risco e risco habitual nas unidades de saúde família. Realizam encaminhamentos das gestantes consideradas de risco moderado, para a Maternidade Regional Santa Filomena no município de Monteiro e as gestantes de alto risco, são encaminhadas para o ISEA – Instituto de Saúde Elpídio de Almeida na cidade de Campina Grande.

A organização da Rede Cegonha tem o intuito de diminuir as idas e vindas das gestantes que devido a ausência de encaminhamento oportuno, ocasionavam uma grande vulnerabilidade até a obtenção da garantia do atendimento.

Entre os anos de 2014 a 2016, foram registrados precisamente 121 (cento e vinte e um) óbitos maternos no Estado da Paraíba, desses, um total de 4 (quatro) óbitos maternos foram de mulheres residentes da região do cariri, conforme Tabela 2. As maiores causas dessas mortes foram: hipertensão, eclampsia, infecção urinária e diabetes.

Tabela 2 – Óbitos maternos de mulheres residentes em municípios do Cariri Ocidental

MUNICÍPIOS	2014	2015	2016
AMPARO			01
CAMALAUÍ			
CARAÚBAS			
CONGO			
COXIXOLA			
MONTEIRO		01	
OURO VELHO			

PARARÍ			
PRATA			
SÃO JOÃO DO CARIRI			
SÃO JOÃO DO TIGRE			
SÃO JOSÉ DOS CORDEIROS			
SÃO SEBASTIÃO DO UMBUZEIRO			
SERRA BRANCA	01		
SUMÉ			
ZABELÊ			01
TOTAL	01	01	02

Fonte: SES-PB/GEVS/GORR/SIM e SINASC, (2017).

Observa-se um aumento nos números notificados de óbitos maternos em mulheres residentes em municípios do cariri paraibano, por meio dos dados oficiais coletados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Justifica-se esse aumento considerando-se que, a partir da implantação da Rede Cegonha no Estado da Paraíba, os municípios, implemetaram a vigilância do óbito¹, o que trouxe maior qualidade na atuação da vigilância epidemiológica, demonstrando números reais, diminuindo a subnotificação.

Além da estruturação da Rede Cegonha em todas as regiões de saúde da Paraíba, outras ações de enfrentamento à mortalidade materna vêm sendo desenvolvidas pelo Governo do Estado: Atuação do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha (Ministério da Saúde, SES, COSEMS, Gerências Regionais de Saúde); Implantação e implementação dos Grupos Condutores Regionais da Rede Cegonha; Realização de fóruns perinatais regionais; Apoio aos municípios para qualificação do pré-natal na Atenção Básica; Oficinas de trabalhos para discussão de estratégias de redução da mortalidade materna, com qualificação do pré-natal, entre outras ações.

No período que compreende os anos de 2014 a 2016, foram registrados 2214 (dois mil, duzentos e quatorze) óbitos neonatais² em todo o Estado da Paraíba, desses, 70 (setenta) óbitos foram registrados em neonatos dessa região de saúde. Conforme demonstrado na Tabela 03, abaixo.

¹ Compreende o conhecimento dos determinantes dos óbitos maternos, infantis, fetais e com causa mal definida e a proposição de medidas de prevenção e controle.

² Relativo ao recém-nascido, durante o primeiro mês após o nascimento.

Tabela 03 - Óbitos neonatais ocorridos em crianças residentes em municípios da Região do Cariri Ocidental

MUNICÍPIOS	2014	2015	2016
AMPARO	02		
CAMALAÚ	02	03	
CARAÚBAS	01		
CONGO	02	02	01
COXIXOLA			
MONTEIRO	05	10	09
OURO VELHO		02	03
PARARÍ			
PRATA			
SÃO JOÃO DO CARIRÍ		01	
SÃO JOÃO DO TIGRE		02	
SÃO JOSÉ DOS CORDEIROS		01	
SÃO SEBASTIÃO DO UMBUZEIRO	01		
SERRA BRANCA	02	04	03
SUMÉ	04	02	07
ZABELÊ		01	
TOTAL	19	28	23

Fonte: SES-PB/GEVS/GORR/SIM e SINASC, (2017).

Todos os municípios dessa região de saúde aderiram ao Plano Regional da Rede Cegonha, baseado nas normas instituídas pelo Ministério da Saúde que garantem a mulher: auxílio no planejamento familiar, durante a gravidez, com a realização de acompanhamento médico e realização de exames, durante o parto, puerpério e acompanhamento à criança desde o seu nascimento até o seu crescimento e desenvolvimento saudáveis, com ênfase na diminuição da mortalidade materna e infantil, principalmente a mortalidade neonatal.

4.3 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - RAPS

A Rede de Atenção Psicossocial é uma das redes que apresenta-se melhor estruturada no Estado da Paraíba, bem como, na região do Cariri Ocidental, através dela são atendidos usuários com distúrbios mentais e são inclusos serviços que abordam os problemas decorrentes do uso do crack, do álcool e outras drogas.

As ações neste ramo têm como foco o tratamento regionalizado, desta forma o paciente pode ser atendido na região onde mora, evitando o desgaste do deslocamento e o acúmulo de atendimentos na Capital. Dentre as unidades de atendimento no Estado, o usuário pode contar com a Unidade de Saúde da Família, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), SAMU, além dos serviços específicos da Rede de Atenção Psicossocial através dos CAPS.

O CAPS I é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo. (BRASIL, 2011).

A Rede Psicossocial está estruturada na região do cariri, com as seguintes modalidades de CAPS: CAPS AD III e CAPS I.

Os serviços no CAPS AD III funcionam 24 horas, inclusive finais de semana e feriados, e podem ser implantados em municípios com mais 150 mil habitantes, para atender pessoas que usam álcool e outras drogas. É um serviço específico para o cuidado, atenção integral e continuada. O público específico são os adultos, mas também pode atender crianças e adolescentes, desde que, observadas as orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O CAPS AD III oferece atendimento educativo à população, realiza acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. O CAPS AD III Regional, habilitado pela Resolução CIB nº: 51/2016 está localizado no município de Monteiro, atende a pacientes dos seguintes municípios: Amparo, Camalaú, Caraúbas, Congo, Coxixola, Gurjão, Livramento, Monteiro, Ouro Velho, Pararí, Prata, São João do Cariri, São João do Tigre, São José dos Cordeiros, São Sebastião do Umbuzeiro, Serra Branca, Sumé e Zabelê, ou seja, além de atender a todos os municípios da 5ª Região de Saúde, também atende aos usuários do município de Livramento (município pertencente à 3ª Região de Saúde – Campina Grande).

A modalidade de CAPS I funciona de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h. Atende pessoas com transtornos mentais e com problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas. Na região do Cariri Ocidental foram implantados CAPS I nos municípios de Monteiro, Prata, Sumé, São João do Cariri e Serra Branca.

O CAPS I, Centro de Atenção Psicossocial Dr. Francisco de Assis Nóbrega, Figura 2, foi inaugurado em Monteiro no ano de 2007, com objetivo de substituir os hospitais psiquiátricos, antigos manicômios. O CAPS I, instituído juntamente com o Núcleo de

Assistência Psicossocial (NAPS), através da Portaria/SNAS nº 224 - 29 de Janeiro de 1992, atualizada pela Portaria nº 336 - 19 de Fevereiro de 2002, são unidades de saúde locais e/ou regionalizadas que contam com uma população definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Até o momento já foram atendidos pelo CAPS I Dr. Francisco de Assis Nóbrega uma média de 1788 pacientes, durante o período de 2012 a 2015, conforme demonstrado na Tabela 4, abaixo.

Tabela 4 - Número de pacientes acompanhados no CAPS I Dr. Francisco de Assis Nóbrega no município de Monteiro

Ano:	2012	2013	2014	2015
Atendimentos realizados:	230	152	82	73

Fonte: Banco de dados do CAPS I Dr. Francisco de Assis Nóbrega, (2017).

Dentro desses dez anos de funcionamento, já foram encaminhados para internamento em média 100 pacientes, geralmente os pacientes que necessitam de internamento são encaminhados para a Clínica Psiquiátrica Dr. Maia na cidade de Campina Grande; vale ressaltar que os encaminhamentos ocorrem quando não há possibilidade de permanência do paciente no CAPS I, tendo em vista que o objetivo desse serviço de atendimento psicossocial é justamente suprir essa necessidade da demanda psiquiátrica. Os transtornos atendidos são: esquizofrênicos, psicóticos, depressivos, pacientes com ideações suicidas. Vale ressaltar que o CAPS I está destinado a um território com população entre 20.000 e 70.000 habitantes (critério para implantação) e é referência para um território com população de até 50.000 habitantes. Não há limite de idade para atendimento e acompanhamento nesse serviço. O atendimento aos pacientes é realizado através de equipe multiprofissional composta por: Enfermeira, Médico Psiquiatra, Assistente Social, Psicólogo, Psicopedagogo, Terapeuta Ocupacional, Técnico de Enfermagem e equipe de apoio. Dentre os atendimentos realizados constam o tratamento medicamentoso, a psicoterapia, a visita domiciliar e atendimento à família dos pacientes em tratamento.

Figura 2 - Centro de Atenção Psicossocial Dr. Francisco de Assis Neves Nóbrega



Fonte: Centro de Atenção Psicossocial Dr. Francisco de Assis Neves Nóbrega, (2017).

O Centro de Atenção Psicossocial Amara do Carmo Bezerra, Figura 3, encontra-se localizado no município de Prata - PB. O CAPS é do tipo I, foi implantado em 2015 e atende usuários dos municípios de Prata, Amparo e Ouro Velho. Atualmente, o serviço tem 81 usuários cadastrados e tem uma média mensal de 350 atendimentos, englobando os individuais e coletivos. Desde sua implantação, não há registros de encaminhamentos para internação psiquiátrica. Os serviços existentes no local são: psicoterapia em grupo ou individual; Atividades Pedagógicas; Atividades Físicas no CRAS; Oficina de Fisioterapia (esta é realizada pelo profissional Fisioterapeuta do NASF); Educação em Saúde; Grupo Cidadania; Terapia Ocupacional e Atividades de passeio. O CAPS I Amara do Carmo Bezerra, atende os seguintes transtornos: esquizofrenia, álcool e drogas, retardo mental, depressão, autismo e outros tipos de transtornos. A equipe multiprofissional é composta por uma Enfermeira, uma Psicóloga, uma Assistente Social, uma técnica de enfermagem, uma Terapeuta Ocupacional, uma Psicopedagoga, uma técnica educacional e um Psiquiatra.

Figura 3 - Centro de Atenção Psicossocial Amara do Carmo Bezerra



Fonte: Centro de Atenção Psicossocial Amara do Carmo Bezerra, (2017).

O CAPS, localizado no município de Sumé, foi implantado no ano de 2010, é do tipo I (transtornos graves) para adultos, atendendo os seguintes transtornos: Depressão, Esquizofrenia, Transtornos de Humor, Retardos Mentais, Autismo, Usuários de drogas (tabagismo, álcool e outras drogas), dentre outros transtornos. Vale destacar que esse atendimento também contempla adolescentes. Segue abaixo o número total de pacientes acompanhados por semestre, de 2010 a 2016, conforme Tabela 5.

Tabela 5 - Número total de pacientes acompanhados no CAPS I do município de Sumé.

Ano	1º Semestre	2º Semestre
2010	-	121
2011	278	248
2012	210	192
2013	254	227
2014	228	260
2015	205	189
2016	200	182

Fonte: Banco de dados do CAPS I do município de Sumé, (2017).

É referência para os municípios de Sumé, Congo, Coxixola, Caraúbas, Serra Branca e Pararí. Profissionais que atendem no referido CAPS I: Coordenador, Psiquiatra, Psicólogo, Enfermeiro, Assistente Social, Artesã, Recepcionista e Cuidador, Técnico Administrativo, Cozinheira, Auxiliar de Limpeza.

Figura 4 – Visão externa do CAPS I do município de Sumé



Fonte: CAPS I do município de Sumé, (2017).

O Centro de Atenção Psicossocial de São João do Cariri, registrado na Figura 05, é um CAPS do tipo I (transtornos graves) sendo referência para os municípios de São João do Cariri, Pararí, São João dos Cordeiros e Gurjão. O serviço tem um total de 57 pacientes cadastrados desde a sua recente inauguração no final do ano de 2015 e conta uma média de 23 atendimentos mensais. Dentre as ações desenvolvidas, estão os atendimentos em grupos e individuais; atendimento diurno; atendimento familiar; atendimento domiciliar para pacientes ou familiares; práticas de expressão corporal; atenção em situação de crise; ações de reabilitação psicossocial; promoção de contratualidade no território; práticas expressivas e comunicativas.

Figura 5 – Visão externa do CAPS I do município de São João do Cariri



Fonte: CAPS I do município de São João do Cariri, (2017).

Os transtornos tratados pela equipe multiprofissional do referido CAPS I são: Psicose não orgânica não especificada, retardo mental moderado, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, episódio depressivo moderado, retardo mental leve, transtorno delirantes persistentes, transtorno psicótico agudo, transtorno psicótico agudo não especificado, transtorno esquizoafetivo, outras esquizofrenias, transtorno ansioso não especificado, transtorno depressivo recorrente, transtorno misto ansioso e depressivo, episódio depressivo leve, transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e outras drogas.

4.4 A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

O Governo do Estado da Paraíba, vem implementando políticas públicas e serviços voltados para a inclusão da pessoa com deficiência, visando sua melhor qualidade de vida, bem estar social e cidadania. Tais estratégias visam alcançar pessoas com deficiência nos 223 municípios paraibanos, colaborando para a descentralização da atenção, ampliação da acessibilidade e garantia do acesso a direitos e bens comuns.

O Plano Regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência da 5ª Região de Saúde do cariri ocidental, ainda está em processo de elaboração, bem como, de todas as outras regiões de saúde do Estado da Paraíba. Vale salientar, que dentre as regiões que conseguiram iniciar a estruturação dos serviços voltados ao cuidado às pessoas portadoras de deficiências, conseguimos avanços consideráveis, visto que, conseguimos habilitar um serviço de

referência para este público a nível regional, o Centro Especializado de Reabilitação tipo II (CER II).

O CER II, habilitado pela PORTARIA Nº 2.336, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2016, inaugurado no mês de agosto de 2017, está voltado para o atendimento especializado de pessoas com deficiência que necessitam de reabilitação, com o objetivo de desenvolver seu potencial físico e psicossocial. Atualmente atende as seguintes deficiências: autismo, pacientes com paralisia cerebral e portadores de microcefalia. Conta com o atendimento das seguintes especialidades: Neurologista, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Ortopedista, Psiquiatra e Psicóloga. Está implantado no município de Monteiro e tem o atendimento nas modalidades Física e Intelectual para todos os pacientes residentes nos municípios da 5ª Região da Saúde.

4.5 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

Através da Resolução CIB nº 42/2015, foi aprovado o Plano de Enfrentamento as Doenças Crônicas, com ênfase na implantação da linha de cuidados às neoplasias.

As maiores linhas de investimentos têm sido voltadas para os hospitais referências em tratamento oncológico, Hospital Napoleão Laureano na cidade de João Pessoa e para a Fundação Assistencial da Paraíba – FAP na cidade de Campina Grande. Considerando ser insuficiente apenas dois serviços de referências para tratamento de neoplasias dentro do Estado, o Governo da Paraíba, inaugura até dezembro de 2017 a Unidade de Assistência de Alta Complexidade de Oncologia (UNACON), no município de Patos, com a expectativa de atendimento de 8 mil procedimentos/ano (atendimento laboratorial, quimioterapia e cirurgias para pacientes residentes nos municípios pertencentes a terceira e quarta macrorregião de saúde). Serão tratados os tipos de câncer mais incidentes da população: câncer de mama, do colo do útero, da próstata e câncer da cabeça e pescoço.

Contudo, quando esta rede é analisada do ponto de vista da regionalização da saúde, ou seja, a partir da organização de serviços dentro dos territórios regionais, considera-se em processo de estruturação. Vale salientar, que nenhuma região de saúde do Estado da Paraíba apresenta seu plano regional da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas formulado, todos estão em processo de construção.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desafio colocado para a gestão, no contexto de luta pela construção do SUS, implica na constituição de novas tecnologias de governo, de novas institucionalidades abertas à reversibilidade e à mobilidade das relações estratégicas, que reconheçam e afirmem a dimensão política (normativa) da atividade, a partir da criação de estratégias institucionais em que a política de gestão possa adquirir o sentido e o efeito de pôr à prova o modelo existente.

Diante desse contexto, a construção da regionalização tem como desafio a organização de uma rede de atenção que respeite a diversidade territorial e que supere as iniquidades e fragilidades existentes, sobretudo, pela histórica desigualdade social, política e econômica que permeiam as décadas da existência do Sistema Único de Saúde.

Mediante a necessidade de modificações nos modelos de atenção à saúde centrados na doença, surge o processo de regionalização que representa o resultado da construção política e institucional do SUS, cujo objetivo é avançar no exercício da gestão compartilhada, da cooperação interfederativa, da superação da dicotomia entre centralização e descentralização, da efetiva participação da sociedade.

A regionalização, portanto, está fundamentada no avanço da organização e ampliação do acesso e da qualidade do cuidado da saúde da população, de forma que esse processo não se caracterize, simplesmente, como instrumento regulatório, normativo e cartorial, mas que seja efetivamente emancipatória, produtora de vida, construtora da universalidade, da equidade, da integralidade na atenção à saúde e da sustentabilidade.

As Redes de Atenção à Saúde – RAS estão intimamente interligadas com esse novo modelo de Gestão da Saúde, visto que, pensar nas redes de atenção à saúde como requisito primordial para a qualidade dos atendimentos a nível primário é de suma importância. Pois, a partir da integração do sistema, será facilitado a abertura de novas e melhores possibilidades de atendimento à população e, conseqüentemente, possibilitará melhores resultados e cura dos pacientes.

Por fim, vale ressaltar a importância da Comissão Intergestores Regional, na estruturação e consolidação das políticas públicas e dos avanços obtidos pelo SUS, alcançados nos últimos anos. Em boa parte, dentre outros motivos, obtém-se tal resultado, devido à contribuição da parceria entre os governos Federal, Estaduais e Municipais e à vigilante ação de controle social exercida pelos Conselhos de Saúde, em suas diversas instâncias.

REFERÊNCIAS

BELTRAMMI DGM. Descentralização: o desafio da regionalização para Estados e Municípios. **Rev. RAS**, 10(41): 159-163, 2008.

BRASIL. **Decreto nº 7508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 10 de junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 22 de julho de 2017.

BRASIL. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 de Julho de 2017.

BRASIL. **Lei n. 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm>. Acesso em: 15 de junho de 2017.

BRASIL. **Lei n. 12.466**, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/L12466.htm>. Acesso em: 15 de junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.203**, de 05 de novembro de 1996. Regulamenta a NOB-SUS 01/96 a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 20 de Julho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 95**, de 26 de janeiro de 2001. Regulamenta a NOAS-SUS 01/2001 a qual amplia as responsabilidades dos municípios

na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria 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. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 20 de Julho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 545**, de 20 de maio de 1993. Aprova a NOAS-SUS 01/93 a qual estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 22 de julho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 373**, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a NOAS-SUS 01/02 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria 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. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 26 de julho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 483**, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acesso em: 22 de junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 793**, de 24 de abril de 2012. Que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: 22 de julho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 22 de julho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 1.600**, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 22 de junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 22 de julho de 2017.

CARVALHO, J.; CASTRO, R.; REGO, V.; MASSOQUETTE, B. B. **Conselhos municipais: sua contribuição para o desenvolvimento local**. In: Encontro Nacional dos Estudantes de pós-graduação – ENANPAD, 1999, Foz do Iguaçu. Anais...Foz do Iguaçu, 1999. CD-ROM.

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

LIMA, L.D; VIANA, A.L.D. **Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde**. In: VIANA, A. L. D e LIMA, L.D (Org.). Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 39-63.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento e Gestão. **Plano Diretor de Regionalização da Paraíba**. João Pessoa, 2008. Disponível em: <<http://www.saude.pb.gov.br/site/PDR08.pdf>>. Acesso em: 30 de maio de 2017.