

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

ANDREA MELO DA SILVA

**ESTRUTURA DAS REGIONAIS DE SAÚDE
DO MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE**

**RECIFE
2012**

ANDREA MELO DA SILVA

**A ESTRUTURA DAS REGIONAIS DE SAÚDE
DO MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientador(a): Kátia Rejane de Medeiros

**RECIFE
2012**

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S586e Silva, Andréa Melo da.

A Estrutura das Regionais de Saúde do Município de Jaboatão dos Guararapes - PE./ Andréa Melo da Silva. — Recife: A. M. da Silva , 2012.

58 f.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Kátia Rejane de Medeiros

1. Regionalização. 2. Descentralização. 3. Estrutura. I. Kátia Rejane de Medeiros. II. Título.

CDU 614.39

ANDREA MELO DA SILVA

**A ESTRUTURA DAS REGIONAIS DE SAÚDE
DO MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovada em: ___ / ___ / _____

BANCA EXAMINADORA

Dr^a Prof^a Kátia Rejane de Medeiros
CPqAM/Fiocruz/PE

Prof. Francisco de Assis da Silva Santos
ASCES

Agradecimentos

A Deus pela vida, saúde e fé.

Aos amados meus pais, marido e a minha vida, meu filho Yuri.

Aos queridos companheiros de trabalho da V regional de saúde

Aos colegas coordenadores de regional de saúde.

Aos Colegas e professores do Fiocruz, especialmente a minha orientadora.

Professora Kátia Medeiros.

SILVA. Andréa Melo. **Estrutura das Regionais de Saúde do Município de Jaboatão dos Guararapes - PE**. Plano de Intervenção (Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

RESUMO

A descentralização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde que orienta o processo de regionalização das ações e dos serviços para as esferas estaduais e municipais. O presente estudo investiga a estrutura das Regionais de Saúde em Jaboatão dos Guararapes. A partir de pesquisa documental fez-se a avaliação das regiões de saúde quanto a seus recursos físicos e materiais além dos recursos humanos. Os resultados evidenciaram que em Jaboatão dos Guararapes, desde 2009, foram criadas sete regiões administrativas e essa nova forma de divisão territorial influenciou na organização das coordenações de saúde que passaram a administrar as ações e serviços de saúde divididos em territórios. As regionais apresentam características peculiares quanto a geografia, população, rede de serviços, recursos humanos e materiais. Todavia, na apreciação da estrutura de cada uma das regionais se observou que, face a diferenciação e características intrínsecas, algumas delas carecem de incremento para que disponham de condições adequadas e satisfatórias para desenvolver o gerenciamento de suas competências do ponto de vista do desempenho administrativo dos serviços e ações de saúde no território. Assim o resultado aponta haver dificuldades para a gestão das ações que são atribuídas para cada uma das regionais existentes

Palavras Chaves: Regionalização, descentralização e estrutura.

SILVA, Andrea Melo. **Structure of the Regional Health Clinic of Jaboatão Guararapes - PE**. Intervention Plan (Specialization in Management Systems and Health Services) - Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2012.

SUMMARY

Decentralization is a guideline of the National Health System that guides the process of regionalization of actions and services for state and municipal levels. This study investigates the structure of Regional Health in Jaboatão Guararapes. From documentary research was done to evaluate the health regions as their physical and material resources besides human resources. The results showed that in Jaboatão Guararapes since 2009 were created seven administrative regions and this new form of territorial division influenced the organization of health coordinators who have to manage the actions and health services divided into territories. The regional show unique characteristics as geography, population, network services, human and material resources. However, when assessing the structure of each regional noted that, given the differentiation and intrinsic characteristics, some of them lack the increment for possessing adequate and satisfactory conditions to develop management skills in terms of the performance of administrative services and health activities in the territory. Thus the result indicates there are difficulties for management actions that are assigned to each of the existing

Keywords: Decentralization. Regional, structure

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

| | |
|---|----|
| Figura 01 - Mapa com as divisões regionais administrativas..... | 28 |
| Figura 02 – Mapa com as regionais municipais..... | 32 |
| Figura 03 – Rede assistencial de saúde adequada..... | 46 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 01 – Evolução da formação de distritos e regionais em Jaboatão..... | 26 |
| Tabela 02 – Divisão das regionais administrativas..... | 30 |
| Tabela 03 – Sede da regional de saúde – recursos físicos e materiais..... | 35 |
| Tabela 04 – Sede da regional Recursos Humanos..... | 37 |
| Tabela 05 – Recursos Humanos lotados nos serviços da rede..... | 40 |
| Tabela 06 – Rede de serviços por níveis de atenção e população adscrita..... | 44 |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 11 |
| 2 UMA APROXIMAÇÃO CONCEITUAL A DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE..... | 12 |
| 3 OBJETIVOS..... | 22 |
| 3.1 Objetivo Geral..... | 22 |
| 3.2 Objetivos Específicos..... | 22 |
| 4 PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS..... | 23 |
| 4.1 Categorias de Análise..... | 24 |
| 5 RESULTADOS..... | 25 |
| 5.1 Processo de Regionalização do Município de Jabotão dos Guararapes..... | 25 |
| 5.2 Processo de Regionalização na Secretaria de Saúde..... | 31 |
| 6 CARACTERIZAÇÃO DA ESTRUTURA DAS REGIONAIS DE SAÚDE..... | 33 |
| 6.1 Quanto aos Recursos físicos e materiais..... | 33 |
| 6.2 Quanto aos Recursos humanos | 35 |
| 6.3 Quanto aos Recursos Humanos Lotados na Rede de Serviços de Saúde..... | 37 |
| 6.4 Quanto a rede de Serviços e população adstrita..... | 41 |
| 7 CONDIÇÕES ESTRUTURAIS E COMPETÊNCIAS ATRIBUÍDAS PARA AS SETE REGIONAIS DE SAÚDE..... | 47 |
| 7.1 Quanto à diferenciação nos territórios geográficos..... | 48 |
| 7.2 Quanto aos recursos materiais da sede e rede de serviços..... | 49 |
| 7.3 Quanto ao quantitativo de RH da sede e rede de serviços..... | 51 |
| 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 54 |
| 8.1 Quanto ao processo de regionalização municipal e da saúde..... | 54 |
| 8.2 Quanto à estrutura das regionais de saúde..... | 54 |
| 8.3 Quanto à rede de serviços..... | 55 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 56 |

1 INTRODUÇÃO

O processo de regionalização e descentralização redefine papéis nas esferas governamentais, ocasionando novas formas de organização do sistema, baseados na legislação estruturante do SUS, disciplinando a descentralização político administrativa, as formas de financiamento e o funcionamento dos serviços para exercício da promoção, proteção e recuperação da saúde. Nesse contexto o foco desse trabalho se dará no estudo sobre o município de Jaboatão dos Guararapes e o processo de regionalização e descentralização ocorrido a partir de 2009.

A extensão territorial de 258 km² e um número de habitantes de 644.620 (IBGE, 2010), conduz a necessidade de tanto pelo contingente territorial quanto pela população, organizar a estrutura da administração pública municipal, com base nos princípios de descentralização e regionalização, de forma que venha responder mais adequadamente as ações planejadas para desenvolvimento da cidade.

Assim, o Município estabeleceu à divisão das regiões administrativas e como segmento as secretarias municipais organizaram suas regionais.

Como não poderia diferir a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), se insere nesse contexto, pautando-se numa diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem na descentralização e regionalização, a orientação para as ações e serviços de saúde.

A organização do município, a partir de 2009, tomou novo formato com a criação das sete regionais administrativas e conseqüentemente a (SMS), estabeleceu nova divisão territorial e da rede de serviços de saúde para acompanhar a dinâmica municipal. Será exposto o processo histórico de regionalização municipal a partir de 2009, a caracterização da estrutura das regionais de saúde e seus rebatimentos no desempenho das competências atribuídas por essas regionais.

Segundo Contandriopoulos (1992) a apreciação da estrutura trata de saber em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados.

2 UMA APROXIMAÇÃO TEÓRICA A DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE

A descentralização proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS) estabeleceu e redefiniu responsabilidade e papéis da União, dos Estados e dos Municípios quanto a gestão de seu sistema de saúde, onde esta, será comandada em cada esfera de governo por um gestor único, indicando a transferência de poder para os níveis descentralizados, assumindo a regulação dos serviços públicos e do privado complementar. (GIOVANELLA, et al.,2008.).

O Princípio da descentralização político administrativa das ações e serviços de saúde, tem sua importância por ser “[...] relevante entender que a descentralização é um processo social e que busca o deslocamento de parte do poder central hegemônico para as periferias das instituições e dos centros administrativos.” (CHEBLI; STEPHAN, 2010 p.78). Esse processo social se dá nas diferentes esferas governamentais, refletindo sobre os municípios, os rebatimentos desse processo de descentralização de poder para os níveis mais locais, especificando o município de Jaboatão, em sua constituição territorial e administrativa propicia uma participação maior dos trabalhadores e dos usuários, devido as regionais administrativas estarem realizando, através da interação entre colegiados, compostos por trabalhadores de saúde e sociedade como um todo, um novo processo social que tem sua importância por causar a aproximação maior com os níveis mais locais, as instituições e as regiões administrativas territoriais.

A constituição de 1988 é um grande marco histórico e a criação do SUS um passo primordial para iniciativas de assegurar o direito social a saúde, porém era necessário estabelecer a regulamentação desse sistema e definir como iria se dar a sua organização. Nesse intuito, a atuação do Movimento Sanitário brasileiro, teve relevância, onde de maneira impactante influenciou para o estabelecimento e criação de aparatos legais para essa regulamentação.

[...] O Movimento sanitário foi o movimento de profissionais da saúde – e de pessoas vinculadas ao setor – que compartilha o referencial médico social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor saúde no Brasil em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania. (GIOVANELLA, et al., 2008 p. 385).

Como aparatos jurídicos para respaldar a efetivação do SUS, foram criados as Leis 8.080 de 19 de setembro de 1990 que disciplina a descentralização político-administrativa do SUS, dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a

organização e o funcionamento dos serviços e a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 trata sobre financiamento, transferência de recursos, gestão do SUS e participação social, através da criação de conselhos e conferências.

Essas leis afirmaram o processo de regionalização, porém deixaram lacunas no fazer acontecer o processo:

Lei Orgânica da Saúde, 8080, apesar de reafirmar a necessidade de regionalização como um dos mecanismos de organização, direção e gestão do sistema não aprofundou seu significado e as formas de efetivá-la.” acarretando lacunas no fazer acontecer o processo. (VIANA, 2008 p.95).

Ainda no intuito de incrementar os marcos legais do SUS, objetivando sanar as lacunas jurídicas e dar condições de viabilidade em sua execução criaram-se as Normas Operacionais Básicas (NOBs) em 1993 e em 1996, que são normalizações relevantes, especialmente para o processo de descentralização e regionalização, essas normas têm representado “[...] um importante instrumento de regulamentação desse processo de descentralização, à medida que estabelece de forma negociada mecanismos para transferência de responsabilidades e de recursos para estados e municípios[...]”,(SOUZA, 2011 p. 452).

Embora essas normas enfatizem o fortalecimento da gestão para instâncias estaduais e municipais, segundo Souza (2009), foi evidenciado dificuldades relativas à dinâmica no processo de gestão do sistema de saúde nos estados e nos municípios, referentes: à gestão, ao financiamento, ao planejamento, a regulação do sistema e a redes de serviços, problemáticas que necessitavam serem ajustadas para maior resolutividade e respaldo jurídico para efetivamente dar-se andamento aos objetivos do sistema único de saúde.

Com objetivo de fortalecer a gestão municipal, os municípios puderam ser habilitados em modalidades de gestão diferenciadas, indicadas e definidas através de critérios expostos na NOB-SUS 01-93, onde essa habilitação os deixava aptos para gestão dos seus serviços e ações de saúde a nível intramunicipal.

Esse processo acarretou por um lado, a descentralização do poder, com maior autonomia para os municípios e contribuiu para organização dos sistemas locais de saúde, mas por outro lado, não tratou de forma adequada o papel das esferas estaduais na indução e fortalecimento da cooperação intermunicipal. (VIANA, 2008 p.97).

No processo de descentralização indicados pelas NOBS, houve avanços, no tocante a financiamento, como reflete Viana, (2008) quando coloca que com a NOB 96, inicia-se um processo redistributivo, por meio das transferências per capita e por programas como o Piso

da atenção Básica-PAB fixo e variável, incentivo para adoção do Programa saúde da família – PSF.

Esse programa é relevante para reorganização de sistemas de saúde locais, principalmente em municípios que anteriormente possuíam formas muito fragilizadas de assistência à saúde dos seus munícipes.

A atenção Básica, propiciada pelo PSF, abre portas de entrada relevantes na rede de serviços de saúde e a efetivação das USF, unidades de Saúde da Família, foi possível com a distribuição dos recursos pelos territórios municipais, inclusive favorecendo as esferas municipais situadas em regiões mais pobres do país (VIANA, 2008.p 97).

Após a criação das NOBs teve-se a criação das Normas Operacionais de Assistência a Saúde (NOAS), que foram criadas para sanar as fragilidades das NOBs no tocante ao detalhamento adequado da divisão de responsabilidades e competências entre gestores, nos serviços de media e alta complexidade.

A NOAS, 01/2001, prevê no seu objetivo geral: “Promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção” (BRASIL, 2001 B).

Os estados e município têm respaldo legal para organizar seus sistemas de saúde elaborando a rede regionalizada, que privilegie o acesso, o atendimento integral ao usuário, num determinado território onde as necessidades de saúde sejam dispostas de maneira articulada e resolutiva. Para isso a NOAS define a regionalização da assistência como:

A macro estratégia de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde otimizando os recursos disponíveis. (BRASIL, 2001 B)

Para organizar esses sistemas locais de assistência a saúde, a regionalização é vista como “uma” articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, à vontade. “Política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo” (BRASIL, 1993).

Todos esses aspectos devem ser atentados, ao serem estabelecidas as divisões territoriais, a nível estadual e municipal.

No contexto municipal, as delimitações de regiões intramunicipais de saúde, devem estar pautadas nesse estudo caracterizador de perfil epidemiológico, oferta de serviços, de demandas, de fluxos para que de fato se tenha uma assistência resolutiva, inclusive havendo necessidade de ultrapassar os limites municipais, sendo efetiva a cooperação intermunicipal.

A definição do processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade estabelece que: o processo de regionalização deverá, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 1993).

A análise profunda das contribuições e dificuldades das NOBs, não será discutida nesse conteúdo, sua citação é para entendimento das primícias documentais da descentralização e regionalização e suas contribuições e induções no processo de reorganização dos estados e municípios em suas formas de organização de serviços e de transferência de recursos financeiros, sinalizadas e provocadas a partir da execução dos princípios constantes nesses documentos.

Apesar da criação das NOBs e NOAS, era consenso entre os gestores, que havia ainda a necessidade de contemplar a ampla diversidade e as diferenças do nosso país. Além de buscar a construção de um modelo de atenção construído a partir da responsabilidade sanitária, pautado na regionalização e descentralização, adequado realidade de cada local com suas diferentes características.

No modelo de assistência, os gestores, pensavam ações, baseadas na promoção à saúde, atenção primária, assistência de média e alta complexidade, nos aspectos epidemiológicos, nas vigilâncias sanitária e ambiental, e que todo esse processo normativo deveria afirmar a importância das instâncias deliberativas das CIBs e CITs e ainda fortalecer o controle social (CHEBLI; STEPHAN, 2010).

A partir das reflexões dos gestores, em 2006, foi elaborado o **Pacto pela saúde**, criado através da portaria do Ministério da Saúde Nº. 399 de 2006, que associa três dimensões importantes, o **Pacto em defesa do SUS**, que prima em levar a discussão sobre a política pública de saúde para a sociedade, focalizando a necessidade de maior financiamento para a saúde. O **Pacto pela vida**, portaria do Ministério da Saúde Nº. 699 de 30 de março de 2006 respaldam as diretrizes operacionais que revelam a pactuação, entre gestores, de

compromissos sanitários, com metas e indicadores de saúde a serem perseguidos pelos estados e municípios e o **Pacto de gestão** (CHEBLI; STEPHAN, 2010).

O **Pacto pela saúde** preconiza que Regiões Intramunicipais devem ser: “organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional, como ocorre em algumas capitais” (BRASIL, 2006 D)

É importante refletir que o pacto pela saúde desenvolve-se nos territórios, inclusive Intramunicipais, lugar onde se efetiva a defesa e gestão do SUS além de buscar a conquista das metas pactuadas no pacto pela vida.

No Pacto pela vida a atenção é voltada para ações que primam pela:

Saúde do idoso, controle do câncer de colo uterino e de mama, redução da mortalidade infantil e materna, fortalecimento das capacidades de resposta às doenças emergentes e endêmicas, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, e influenza. Na promoção a saúde e fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006).

Na perspectiva da regionalização o Pacto de gestão prevê a formação dos colegiados regionais, esses colegiados existem nas diferentes esferas governamentais, e definem os modelos organizacionais pactuados na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e Comissões Intergestora Bipartite (CIBs), a serem implantados de acordo com cada realidade dispostas nos estados e município do país.

Esses colegiados têm a responsabilidade de organizar a rede de ações e serviços de atenção à saúde nas populações locais, que se organizam para efetivar as políticas públicas. (CHEBLI, 2010)

É relevante, pois estabelece diretrizes para a gestão dos SUS com ênfase em 1, descentralização, 2, regionalização, 3, financiamento, 4, programação pactuada e integrada, 5, regulação, 6, planejamento, 7 gestão do trabalho educação em saúde e 8 participação e controle social. (CHEBLI, 2001 p.84).

O **Pacto de gestão** concebe a regionalização como “o processo de identificação e constituição de regiões de saúde, onde se organizam as ações e serviços de saúde existentes nos diferentes municípios que compõem a região, em uma rede regionalizada de atenção”. (BRASIL, 2006 D). Tratando sobre região de saúde o pacto define como:

Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2006 D).

As regiões de saúde competem desenvolver: Atenção Primária, Atenção de Média e Alta Complexidade Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Atenção ambulatorial especializada e hospitalar e Vigilância em Saúde (BRASIL, 2011 E).

Conforme reflete Chebli e Paiva (2009) em saúde, um território não deve se restringir aos limites de um município, pois podem alcançar outros municípios que tenham modos de integração social e de serviços numa perspectiva solidária. As regiões de saúde, na constituição de suas redes de atenção devem atentar para os aspectos de integração e solidariedade, inclusive a nível intramunicipal.

Trata-se de uma cadeia de relações que circula entre as regionais municipais, entre os municípios, estados, movendo todo o processo da política nacional de saúde planejada, estruturada e desenvolvida nas diferentes esferas governamentais.

Os territórios locais, as micro regiões, as regionais de saúde, os distritos sanitários são locais onde efetivamente o Pacto pela saúde se desenvolve e o processo de regionalização exige que se faça sobre territórios sanitários mais do que sobre territórios político-administrativos. As divisões territoriais não devem ser apenas pautadas em aspectos políticos administrativos e sim primar pelas identificações sanitárias.

Os objetivos da regionalização perpassam por garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde; garantir a integralidade na atenção; potencializar a descentralização do sistema; racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos, possibilitando ganhos nas ações e serviços de saúde da abrangência regional..

Para realização das políticas de saúde de forma descentralizada, é necessário dispor de estrutura para desenvolver as ações, objetivando o alcance de todo arcabouço proposto nos documentos normativos legais do Sistema Único de Saúde, principalmente nos Pactos.

A estrutura deve propiciar condições para o alcance de indicadores pactuados, viabilizando a qualidade de gestão do SUS. Nessa perspectiva são vistas as necessidades de incremento e destinação de financiamento, alocação de recursos para garantir o o direito à saúde pública com qualidade.

A avaliação dos Serviços de Saúde

Na observação de Brito e Jesus (2009) tem-se que se ressaltar a relevância do papel da avaliação na esfera municipal, principalmente a partir das novas competências que essa esfera assumiu com a descentralização e regionalização colocadas pelo SUS.

Entende-se que é objetivo do gestor avaliar os serviços, avaliar a gestão, como está sendo desempenhado o trabalho, em que condições são executadas as ações na busca de nortes para tomada de decisões. Neste contexto o processo de avaliar se caracteriza como:

Fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com objetivo de ajudar na tomada de decisões. Esse julgamento pode ser resultado de aplicação de critérios e normas – avaliação normativa ou se elaborar a partir de procedimento científica da pesquisa avaliativa. (HARTZ, 2006 p 86).

Há consenso entre os autores que a avaliação é um importante instrumento para o estudo, compreensão e a melhoria dos programas, serviços e sistemas de saúde, pois possibilita iluminar a tomada de decisões, a partir de constatações absorvidas desses estudos. Permite um juízo de valor sobre o nível de qualidade alcançado, os problemas e as falhas, trazendo a necessidade de buscar estratégias para a sua correção ou a melhoria de aspectos não satisfatórios.

Discorrer sobre avaliação nos remete aos estudos formalizados por Donabedian que desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, considerados a tríade, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas (INNOCENZO, 2006).

Donabedian (1980) coloca os componentes, estrutura, processo e resultado, necessários para realizar a assistência, nessa tríade, tem-se que a estrutura compõe-se de recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência. O processo são atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões que podem ser analisados sobre pontos de vista teóricos e ou administrativos. Quanto ao resultado é o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas (INNOCENZO, 2006).

Segundo Donabedian, (1980) a avaliação esta ligada a busca da qualidade e por sua vez a ideia de qualidade está presente em todos os tipos de avaliação, uma vez que têm como característica o estabelecimento de um juízo, a atribuição de um valor a alguma coisa que, quando positivo, significa ter qualidade, na acepção atual do termo (BRITO; JESUS, 2009)

Donabedian (1980) criou um método para a avaliação da qualidade, pautado nos critérios e identificação de alguns componentes, os quais ficaram conhecidos como “Os sete pilares da qualidade”, que são: a) eficiência, b) eficácia, c) efetividade, d)otimização, e)aceitabilidade, f)legitimidade e g) equidade. Para o mesmo autor “a qualidade não se constitui em algo abstrato, mas deve ser construída em cada avaliação a partir dos sete pilares”.

A conceituação dada por alguns autores sobre os dos sete pilares denominados por Donabedian, (1980), conforme estudos de Brito e Jesus (2009) apud Medronho (2006) revelam que a **eficiência** “implica em uma análise da relação entre custos e consequências, podendo ser medida ou sob condições próximas do ideal ou na prática diária”.

A Agencia Norte Americana para Avaliação Tecnológica, conceitua a **eficácia** no que se refere ao resultado de uma intervenção realizada sob condições ideais, bem controlada.

Já a **efetividade** “refere-se aos resultados de uma intervenção aplicada sob condições habituais, que incluem as imperfeições de implementação que caracterizam o mundo cotidiano” (BRITO; JESUS, 2009 apud PEREIRA, 2006).

Legitimidade é a possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade ou à sociedade como um todo. Implica conformidade individual, satisfação e bem-estar da coletividade.

Otimização, segundo Donabedian (1990), é a tentativa de evitar benefícios marginais a custos inaceitáveis, ou é a relação entre as necessidades reais de saúde (comprováveis epidemiologicamente) e o atendimento das mesmas pelo sistema de saúde.

Aceitabilidade é o fornecimento de serviços de acordo com as normas culturais, sociais e de outra natureza, e com as expectativas dos usuários.

O conceito de **equidade** dado por Brito e Jesus (2009) apud Pereira (2006) é relacionado à justiça social, ou seja, “justiça na distribuição de bens sociais e materiais em uma sociedade, o que significa distribuição dos serviços de acordo com as necessidades da população”.

Legitimidade é a possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade ou à sociedade como um todo. Implica conformidade individual, satisfação e bem-estar da coletividade.

O objetivo desse estudo não se amplia em realizar medições sobre os aspectos da qualidade da rede de serviços ofertadas a população, mas conhecer a estrutura e quais os recursos e os componentes da regional de saúde, contribuindo para um processo avaliativo de como essa estrutura está organizada para assistir a rede de serviços e conseqüentemente aos usuários.

Visto que é no território que são administrados os serviços da rede, gerenciados pelas coordenações de regionais, estando essas, em condições estruturais adequadas conseqüentemente, irão cooperar para a qualidade ofertada pela rede de atenção a saúde (RAS).

A avaliação segundo as funções pode ser classificada em “somativa” ou “formativa”. A avaliação “formativa” “visa fornecer informações para adequar e superar aspectos problemáticos do programa durante o seu andamento,” (BRITO; JESUS, 2001 p.168).

Esse estudo procura colocar informações sobre a estrutura das regionais, objetivando a reflexão para tomada de decisões que venham a contribuir para corrigir distorções no andamento e desempenho de competências desempenhadas pelas regionais de saúde.

A avaliação “somativa” fornece julgamentos sumários sobre aspectos fundamentais do programa, sendo frequentemente utilizada para deliberar sobre a continuidade ou o encerramento de um programa, baseando-se na especificação de até que ponto os objetivos propostos foram atingidos” (BRITO; JESUS, 2001 apud FURTADO, 2001 p. 168).

A avaliação deve embasar o planejamento orientando as ações do modelo assistencial do município e deve ser sistematicamente elaborada buscando perceber, por exemplo, se avaliando as regionais de saúde, estas, podem continuar exercendo seu papel com as condições de componentes estruturais identificados, ou se necessitam de intervenções para dispor de melhores respostas a essa ação, trata-se de realização de uma avaliação somativa, onde se fará julgamentos sumários sobre a interferência desses aspectos estruturais no andamento do trabalho .

Com o processo avaliativo podemos conhecer a estrutura das regionais e identificar problemas e falhas, para busca de estratégias para sua correção e melhoria de aspectos não satisfatórios.

Segundo Hartz (2006) para realizar a intervenção é necessário a interação de cinco componentes: os objetivos, o processo, os recursos dispostos, os bens e as atividades que serão realizadas. . Esta intervenção é constituída:

Pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros e simbólicos), organizados em contexto específico e num dado momento para produzir bens ou serviços com objetivo de mudar uma situação problema. (HARTZ, 2006 p 86).

Os autores denominam os recursos, ou meios, como componentes necessários para realização do processo de intervenção na realidade e esta intervenção, é um processo que se desenvolve a partir da estrutura disponível, através dos meios disponíveis e se realiza nas ações desempenhadas nos serviços de saúde, no relacionamento entre pessoas, profissionais, nos colegiados regionais, nas organizações, ou seja, nos diversos espaços onde ocorre a atuação no trabalho.

Nesse estudo será apresentada a caracterização do que a autora chama de meios para realização da intervenção, os meios são os recursos físicos e recursos humanos das regionais

de saúde. Onde os “recursos humanos são todos os atores envolvidos no processo, os profissionais, os prestadores de serviços” (HARTZ, 2006).

O processo de intervenção conduz a expressão de resultados, a “apreciação da estrutura consiste em saber em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atender os resultados esperados” (HARTZ, 2006.)

A partir da verificação de como se dá o processo de trabalho, a disponibilidade de recursos e bens para desenvolverem-se as políticas de saúde a nível de território, conjuga-se uma ação avaliativa que respalda o processo de intervenção na realidade local.

As regionais de saúde serão caracterizadas com seus componentes de recursos físicos, recursos humanos e materiais, os quais serão expostos em tabelas identificadas posteriormente.

Provocar um processo reflexivo sobre as praticas e sobre as condições de trabalho sempre é oportuno. Porem conforme reflexão de Viana (2008) ampliar a reflexão sobre a visão da regionalização é imprescindível, pois ultrapassam aspectos estruturais, de acesso, de organização do sistema, dando uma amplitude a compreensão da relação saúde e território. a autora retrata sobre essas questões expondo que :

A regionalização da saúde permanece muito vinculada à organização do sistema (acesso, infraestrutura, financiamento, programas, etc.) o que leva uma visão setorial da situação da saúde, restrita a parâmetros epidemiológicos e de assistência. Uma regionalização fundamentada em outra concepção teórica contribuiria para ampliar o debate sobre a relação entre saúde e território, superando a visão estática, estatística setorial dessa relação. (VIANA, 2008 p.92)

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Investigar a estrutura das regionais de saúde do município e sua relação com o trabalho executado no território.

3.1 Objetivos Específicos

- a. Apresentar o processo de evolução da regionalização da saúde no município.
- b. Caracterizar a estrutura das sete regionais de saúde do município quanto às dimensões de recursos físicos, materiais e humanos.
- c. Estabelecer relação entre as condições estruturais e a competências atribuídas para as sete regionais de saúde no município.

4 PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

A descentralização, regionalização são aspectos vivenciados no cotidiano da gestão pública e no município de Jaboatão dos Guararapes, será observada a forma de organização da cidade, seu processo de regionalização, a constituição de suas sete regionais administrativas, com ênfase na secretaria municipal de saúde e na estruturação de suas regionais. .

Nesse trabalho serão investigadas as sete regionais de saúde do município no intuito de identificar como as mesmas estão estruturadas para desenvolver a política pública de saúde, partindo do pressuposto que é primordial que a coordenação das regionais de saúde, possua uma organização de estrutura que conceda suporte ao desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde que compõem cada região.

Trata-se de uma pesquisa documental que se vale do estudo de documentos e de materiais que ainda não receberam um trato analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa (GIL, 1995)

Os documentos são classificados como sendo de primeira mão, os que não receberam tratamento analítico e de segunda mão os que já passaram por análises.

Nesse estudo os documentos consultados caracterizam-se como sendo de primeira mão, sendo representado por documentos de domínio público localizados em sites, relatório anual de gestão, plano municipal de saúde, e documentos constantes nos arquivos das regionais de saúde, objetivando o a realização do levantamento da composição da estrutura das regionais em seus aspectos de recursos físicos, humanos e materiais.

A partir das informações coletadas nesses setores foram investigadas a caracterização da estrutura das regionais de saúde, onde os resultados foram organizados e analisados através de tabelas.

No estudo realiza-se o levantamento dos componentes estruturais das regionais de saúde, através da análise de documentos. Para identificar a situação estrutural das regionais se baseia em conhecimentos práticos, da atuação das coordenações de saúde, como principais sujeitos, que a partir de suas vivências cotidianas elaboram suas concepções e representações acerca da realidade.

Os sujeitos elaboram conhecimentos e produzem práticas adequadas para intervir nos problemas que identificam. Logo, têm um conhecimento prático, de senso comum e representações relativamente elaboradas que formam uma concepção de vida e orientam suas ações individuais (CHIZZOTTI, 2003, p. 221).

4.1 Categorias de Análise

Tomando por base a teoria Geral de Sistema, o autor Donabedian, define como componentes: estrutura, processo e resultados. No presente estudo será dado foco ao componente estrutural quanto aos aspectos:

1. Recursos físicos e materiais:

- a. Instalações físicas dos prédios, (disponibilidade de salas)
- b. Condição do Imóvel que cediam as regionais de saúde: Próprio ou Alugado.
- c. Recursos tecnológicos permanentes que tem relevância no desempenho das funções administrativas da regional.

2. Recursos Humanos:

- a. Quantitativo de lotados na sede da regional, descrição por: categoria profissional e tipo de vínculos empregatícios.
- b. Quantitativo de lotados na rede de serviços por regional de saúde, descrição por: categoria dos profissionais que compõem a rede de serviços.
- c. Rede total de serviços e população adstrita por regional.

5 RESULTADOS

5.1 Processo de Regionalização do Município de Jaboatão dos Guararapes

Para compreensão do processo de regionalização da saúde no município faz-se necessário recorrer a aspectos históricos de como a cidade evoluiu nas etapas de construção de seus distritos e regionais administrativas.

Desmembrado do Recife, o município de Jaboatão, foi elevado à categoria de vila com denominação de Jaboatão, pela lei provincial nº 1093, de 1873 e em 1889, através da lei estadual nº 4, o nome Guararapes foi adicionado ao inicial, Jaboatão, em homenagem as batalhas contra os Holandeses, que ocorreram no Monte dos Guararapes (IBGE, 2010).

A evolução histórica de criação dos distritos no município de Jaboatão dos Guararapes perpassa por diferentes períodos e formas de organização, conforme expressa a tabela 01, onde o município assumiu diversas divisões geográficas e administrativas na cidade (PERNAMBUCO, 2010).

O município inicialmente tinha apenas dois distritos: Tigipio e Nossa Senhora dos Prazeres, tendo o bairro de Tigipio sido reintegrado ao Recife em 1930, houve mudanças na composição da divisão regional da cidade.

Durante um longo período o município variava entre duas ou três divisões de regiões administrativas, mas a partir de 2005, evidencia-se uma divisão territorial maior, onde o município passou a ter cinco distritos. Em 2009 foi dividido em seis regionais e somente em 2011 passou a ter composição de sete regionais.

Considerando-se a conjuntura do Brasil observa-se que houve várias mudanças históricas que envolveram seus aspectos, sócio político e econômicos. Como processo de redemocratização no país e a consolidação da Constituição Federal de 1988, novos rumos a formação organizativa brasileira foram dados.

No âmbito da Saúde a criação do SUS, com seus princípios e diretrizes induziu a reorganização dos Estados e Município para execução das políticas públicas, Segundo Chebli e Paiva (2009) o Movimento municipalista:

Adquire força e consegue inscrever na Constituição Federal de 1988 um novo pacto federalista, no qual todos os entes federados (União, Estados e Municípios) possuem autonomia tributária, política e administrativa, com competências constitucionais e infraconstitucionais estabelecidas. (CHEBLI; PAIVA, 2009 p. 84).

No município de Jaboatão dos Guararapes, a influencia do contexto nacional começou a ter expressão a partir de 1980, quando se notou uma maior divisão territorial e administrativa, onde o município esta dividido de forma mais descentralizada e regionalizada.

Na tabela 1, tem-se uma síntese dos efeitos do processo histórico referido em Jaboatão dos Guararapes.

Tabela 01 : Evolução da formação de distritos e regionias em Jaboatão

| DISTRITOS E REGIONAIS | ANO |
|---|------|
| Distritos de Tegipio e Nossa Senhora dos Prazeres | 1905 |
| Distritos de Tegipio, Nossa Senhora dos Prazeres e Jaboatão | 1911 |
| Distritos de Nossa Senhora dos Prazeres e Jaboatão | 1933 |
| Distritos de Jaboatão e Muribeca | 1938 |
| Distritos de Jaboatão e Muribeca dos Guararapes | 1939 |
| Distritos de Jaboatão e Muribeca dos Guararapes e Cavaleiro | 1980 |
| Distritos de Jaboatão, Jaboatão dos Guararapes e Cavaleiro | 1995 |
| Distritos de Jaboatão, Prazeres e Cavaleiro | 2005 |
| Distritos de Jaboatão, Prazeres, Cavaleiro, Jardim Jordao, Jaboatão dos Guararapes | 2005 |
| Regionais: I Jaboatão Centro, II Cavaleiro, III Curados, IV Muribeca, V Prazeres e VI Praias | 2009 |
| Regionais : I Jaboatão Centro, II Cavaleiro, III Curados, IV Muribeca, V Prazeres, VI Praias e VII Guararapes | 2011 |

Elaborado pela autora Fonte (IBGE,2010)

O processo de Regionalização em Jaboatão dos Guararapes a partir de 2009 deu-se através da criação de 06 Regionais Administrativas, buscando na descentralização uma estratégia para construção do planejamento e da ação governamental para operacionalizar a gestão municipal.

Diversos profissionais envolvidos na gestão municipal participaram da reorganização e criação das regionais em Jaboatão, para tal feito, contou-se com a participação da sociedade. Os técnicos da prefeitura analisaram documentos que continham informações sobre o município, realizaram entrevistas com lideranças locais e organizaram plenárias em cada uma das 6 regionais que envolviam vários seguimentos populacionais, contando com participação de 1.470 pessoas (PERNAMBUCO, 2010 A).

Para divisão das regionais foi observado dado do IBGE, 2010, verificando um conjunto de indicadores, aspectos culturais, econômicos, ambientais, entre outros, que auxiliaram técnicos da prefeitura na divisão das regionais. Os critérios e as etapas do processo de criação das Regionais destacam-se os seguintes condicionantes:

Base físico-geográfica do IBGE (2000) - Mantem-se os 27 Bairros definidos no Plano Diretor Municipal e os seus 492 Setores Censitários, sendo 484 urbanos e 08 rurais; Análise dos aspectos ambientais, do uso do solo e das atividades produtivas

loais;Identificação dos serviços por bairros: transportes, serviços de saúde e educação;Identidade cultural, grupos organizados e representações culturais; Referencial do Zoneamento aprovado no Plano Diretor (PERNAMBUCO, 2010 A).

Com a criação das seis regionais, houve o processo de implantação e operacionalização das seis gerencias regionais que constituem unidades administrativas e do planejamento municipal, possuem sede com gerente regional, equipe técnica composta por coordenadores, chefes de núcleo, responsáveis por micro regiões de saúde e um conjunto de conselheiros, representantes da sociedade local, eleitos pelos moradores de cada rua. A criação dessas regionais é justificada pela gestão por ser percebida como “unidades administrativas e de planejamento no território municipal, como um instrumento para democracia social, econômica política e cultural”

A regionalização proposta inclui o conceito de desenvolvimento integrado, considerando que os territórios dispõem de recursos econômicos, humanos, institucionais, ambientais e culturais, que compõem a base de seu desenvolvimento. (PERNAMBUCO, 2010.A)

No processo de implantação das 6 regionais, observaram-se a intensa identidade da comunidade dos Bairros de Jardim Jordão e Guararapes que pertenciam a Regional 05, denominada Prazeres, principalmente as comunidades localizadas ao longo do Canal Jordão e situadas em parte dos Bairros de Piedade e Prazeres.

Com o acirramento dessa identificação, surgem em janeiro de 2011 mais uma regional, instituída como sétima Regional, composta pela totalidade dos Bairros Jardim Jordão e Guararapes, mais uma parte dos Bairros de Piedade (R-06) e de Prazeres (R-05) incluindo Massaranduba localizadas ao longo do Canal Jordão, trecho no Bairro de Piedade, e a comunidade de Aritana em Prazeres (PERNAMBUCO, 2010 A)



- I Regional Jaboatão
- II Regional Cavaleiro
- III Regional Curados
- IV Regional Muribeca
- V Regional Prazeres
- VI Regional Praias
- VII Regional Guararapes

Figura 01 - Mapa com as divisões regionais do município- 2011

As regionais definem territórios formados por um conjunto de bairros (Tabela 02) que guardam semelhanças quanto à cultura, raízes históricas, arranjos produtivos, infraestrutura de serviços, aspectos geográficos e ambientais. Indicações respaldadas no aparato normativo das NOBs.

Conforme reflete Chebli e Paiva (2009), a regionalização não resulta, obrigatoriamente, na delimitação, nomeação e hierarquização de áreas, um planejamento territorial não significa um somatório de políticas setoriais e sim uma articulação de políticas em torno de um projeto nacional embasado pelo território .

A divisão regionalizada deve ultrapassar o caráter apenas organizativo e assumir um caráter solidário, de cooperação de complementação entre as diferentes regiões para efetiva execução das políticas públicas.

O município é dividido em sete regionais, e estas são subdivididas em micro regiões, compostas por bairros e localidades. As regionais I e VI apresentam maior número de localidades, em seguida as regionais II e V, as menores regionais no tocante a número de localidades são, III IV e VII.

As micro regiões foram organizadas para propiciarem o acesso do controle social através da participação da comunidade na gestão. Mesmo as regionais com maior número de bairros e localidade possuem números idênticos de micro regiões, a exemplo da VII que possui três micros regiões e 6 bairros, enquanto, por exemplo, a V regional com número de 13 localidades também possui 3 micro regiões.

É necessário refletir nessa subdivisão quantitativa das micro regiões, pois nesses territórios são eleitos pela comunidade, os denominados conselheiros da gestão participativa, cujo objetivo é a mobilização e atuação intersetorial junto as regionais administrativas para interação e participação nas ações que estão sendo executadas no governo. Além dos comunitários, cada micro região possui funcionários contratados pela gestão que são os responsáveis para realizarem o trabalho de articulação entre a gestão e os denominados conselheiros participativos.

No caso em tela, observasse que nas regionais maiores, existe o mesmo número de subdivisões de micro regionais que naquelas menores, demonstrando que a representação e participação não são equitativas entre as mesmas.

Tabela 02: Divisão das Regionais Administrativas

| REGIONAIS | NOMINAÇÃO | MICRO | | NUMERO DE BAIROS |
|-----------|------------|---|---|------------------|
| | | REGIÕES | | |
| I | Jaboatão | Centro, Santo Aleixo, Engenho Velho, Socorro, Lote 56 Vila Rica e Área Rural. | Bulhões, Centro, Engenho Velho, Floriano, Manassu, Muribequinha, Santana, Santo Aleixo, Socorro, Vargem fria, Vila Rica, Vista Alegre, Lote 56, Lote 92, Moenda de Bronze, Jd Santo André, São Jose e Malvinas. | 18 |
| II | Cavaleiro | Cavaleiro, Dois Carneiros, Sucupira e Zumbi do Pacheco. | Cavaleiro, Dois Carneiros, Zumbi di Pacheco, Monte Verde, UR 6, UR 11, Jangadinha, Sucupira, Alto da Colina, V. Liberdade, Pacheco, Três Carneiros, V. das Aeromoças | 13 |
| III | Curados | Curados | Curado I, II, III, IV | 04 |
| IV | Muribeca | Marcos Freire e Muribeca | Marcos Freire, Conj. Muribeca, Muribeca Rua, Brasil Novo, Conj. Marcos Freire, Jardim dos Palmares, Integração Muribeca, Jd Muribeca. | 06 |
| V | Prazeres | Sotave, Cajueiro Seco e Comportas | Prazeres, Sotave, Comporta Cajueiro Seco, João de Deus, Jardim Prazeres, Areal, Distrito Industrial, Jardim do Náutico, Vaquejada, Vera Lúcia, Tieta. | 13 |
| VI | Praias | Piedade, Barra de Jangada e Candeias | Curcurana, Barra de Jangada, Suvaco da Cobra, Candeias, Dom Helder, Carolinas,. Briga de Galo, Espinhaço da Gata, Piedade, Porta Larga, Loreto, Jardim Piedade, Jardim Copacabana, Asa Braça. | 14 |
| VII | Guararapes | Guararapes, Jardim Jordão | Guararapes, Jardim Jordão Córrego da Batalha, Aritana, Massaranduba, Borborema | 06 |

(PERNAMBUCO, 2010)

Nos aspectos econômicos e sociais, as regionais apresentam características diversas em suas composições. Basicamente a localidade de Jaboatão centro apresenta características de cidade interiorana, com economia baseada em atividades agrícolas e comerciais. Já no distrito de Cavaleiro, a predominância é para o comércio, em Prazeres, há um pólo industrial e comercial relevante, inclusive é onde se situa a sede da Prefeitura Municipal. Na regional Praia há uma relevância para o setor turístico e hoteleiro visto que apresenta 8 km de orla (PERNAMBUCO, 2011).

5.2 Processos de regionalização na Secretaria de saúde

Tendo consciência de que os aspectos, anteriormente mencionados interferem na qualidade de vida da população e principalmente no processo saúde doença, há de se atentar para o princípio da integralidade pelo qual o cidadão deve ser visto, associando as políticas setoriais, as quais envolvem as demais secretarias municipais, ampliando a eficiência e eficácia das políticas pública no município.

Em decorrência da estruturação das regionais administrativas, as secretarias municipais, passaram a estruturarem-se a partir da nova divisão territorial e geográfica do município.

A Secretaria de Saúde, (SMS), redefiniu a divisão de suas unidades e serviços de saúde, divisão de lotação de recursos humanos, estrutura física e material, seguindo a lógica do novo formato que a cidade assumiu a partir de 2009.

O Processo de estruturação das regionais de saúde é extremamente necessário para atuação nos territórios delimitados, e identificar como as coordenações regionais em todos os seus componentes estruturais, recursos físicos, humanos e materiais se apresentam, é peça fundamental para compreensão de como se dá o processo de trabalho, entre o nível central da Secretaria Municipal de Saúde, as coordenações regionais e rede de serviços situada em nível local, atuando no desenvolvimento das políticas de saúde aplicadas a cada território.

O nível Central da SMS possui componentes de RH, com funções gerências e de coordenações das políticas de saúde pactuadas para serem desenvolvidas no município, as coordenações regionais estabelecem um elo para desempenhar as ações planejadas em conjunto, nível central e regional, objetivando a execução nos territórios.

A observação da organização da secretaria municipal de saúde, através da apreciação de seu organograma possibilita a identificação de sete gerências e suas respectivas coordenações interligadas, de onde parte o planejamento municipal das políticas de saúde e as induções e demandas que orientam as competências e atribuições para realização nas regionais de saúde de todos os aspectos planejados e pactuados.

A posição das coordenações de regionais de saúde esta diretamente ligada ao gabinete da secretária de saúde, a qual esta hierarquicamente subordinada.

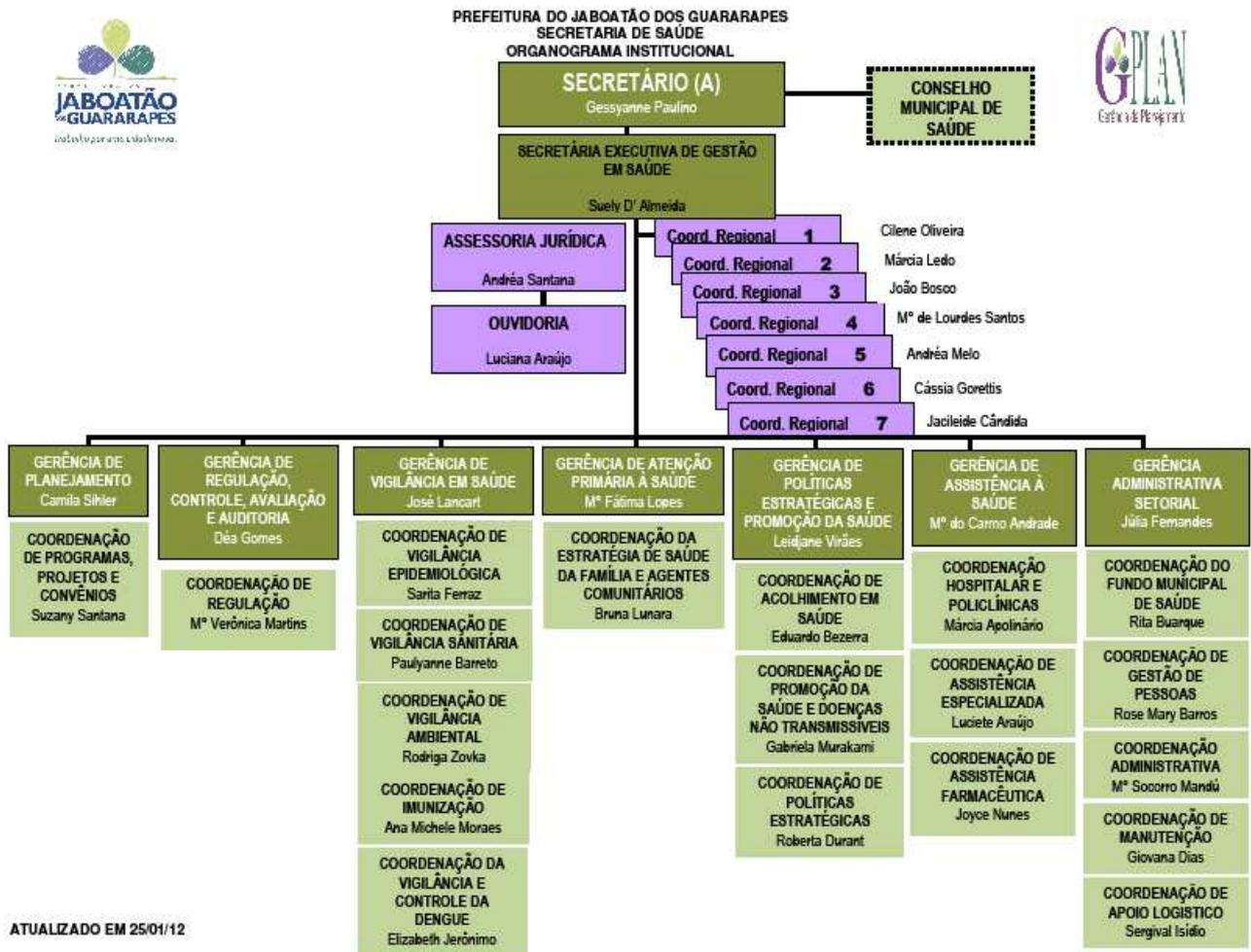


Figura 02 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Jaboatão
Fonte: PERNAMBUCO, C 2012.

6 CARACTERIZAÇÃO DA ESTRUTURA DAS REGIONAIS DE SAÚDE

6.1 Quanto aos Recursos físicos e materiais

Dentre os recursos físicos, especificamente no que concerne a instalações físicas dos prédios, quanto ao número de salas das regionais, observa-se um quantitativo similar, ou seja, a maioria apresenta 6 salas em sua estrutura, apenas as regionais de pequeno porte, III, IV e VII, variam entre 2 e 3 salas.

Quanto à condição do imóvel e sua vinculação contratual, verificou-se que grande parte deles são alugados, apenas a regional II apresenta sede de propriedade municipal. Apesar da maioria dos prédios serem alugados, a gestão objetiva estruturar as regionais municipais administrativas, através do formato de sede de colegiados regionais, onde, cada secretaria municipal insere um representante que é responsável por participar da integração entre as secretarias municipais promovendo um trabalho intersetorial, no território de maneira integrada e colegiada.

Com essa ação a Gestão municipal nomeou coordenações e chefias nas diversas secretarias, educação, saúde, promoção social, serviços urbanos, dentre outras para serem representantes e articuladores nesse colegiado regional que compõe as sedes de regionais administrativas municipais.

Algumas dessas sedes foram estruturadas, e passaram por reformas nos seus espaços físicos que garantem assento de cada representante das secretarias municipais.

As coordenações de saúde tiveram oportunidade de dispor de espaço físico para adequar às instalações no trabalho colegiado (PERNAMBUCO, D 2009).

Algumas sedes de regional de saúde e sua consequente coordenação estão localizadas nos prédios que sediam as regionais administrativas municipais, a exemplo das Reg III Curados, Reg IV Muribeca, Reg VI Praias e Reg VII Guararapes.

Nesses espaços, devido a terem sido feitas adaptações convenientes para receber os núcleos colegiados de cada secretaria, apresentam uma ambiência organizada, disponibilidade de instalações elétricas e hidráulicas mais adequadas.

A tendência do processo de regionalização é inserir também a regional V, porém como não houve adequações físicas favoráveis para inclusão da coordenação da regional Prazeres na sede administrativa, esta, continua em prédio separado, apenas o serviço de Ouvidora e Núcleo de Combate a Dengue foram aclopados a regional administrativa V.

A regional II não foi englobada na inclusão das sedes administrativas, porque possui um espaço físico bem estruturado e já ser de propriedade municipal ligado a secretaria de saúde.

A condição dos prédios em sua maioria alugados é preocupante, pois compromete a continuidade da gestão municipal ocorrendo desconstratualização por parte do proprietário, haveria comprometimento e possíveis implicações para continuidade administrativa devido a necessidade de reorganizar-se novas instalações para as sede de administração regional. O governo municipal deve somar esforço para adquirir esses prédios já adaptados e reformados.

No que se refere aos recursos materiais a disposição de equipamentos tecnológicos também beneficia a todas regionais de saúde, na descrição de itens utilizados para execução de atividades administrativas.

Esse incremento tecnológico veio a partir de 2010, onde as regionais de saúde passaram a contar com um aparato tecnológico, aspecto que é imprescindível para as sedes das regionais, no desempenho de atividades administrativas, intrínsecas a essa coordenação, na interface com as demandas das unidades de saúde e do nível central,

A disponibilidade de transporte destinado a regional, também segue o disposto na tabela, a maioria das regionais possuem 02 veículos para atuação, podendo contar com suporte aditivo propiciado pela coordenação de apoio logístico que viabiliza veículos adicionais para as ações programadas em eventos planejados, a exemplo de mutirões, ações de saúde, campanhas de vacina e demais eventos de promoção a saúde.

Seguindo a mesma lógica a ser analisada, como se trata de território com densidades dispare, regional com grandes diferenciações populacionais e geográficas e numero de rede diferente. Não é viável que as mesmas tenham o mesmo quantitativo de veículos para desenvolvimento das ações,

Tem-se sempre que refletir sobre as regionais de saúde não podem ter disponibilidades semelhantes de instalações físicas, equipamentos e transporte visto que apresenta características relevantes que influem no andamento do trabalho, uma regional como a IV com 73.000 hab. e numero total de 16 de serviços, não pode ter o mesmo numero de veículos que a V com índice populacional de. 105.000 hab. e numero de serviços de 36, este último, vai exigir maior demanda na utilização do transporte. Os aspectos relativos à estrutura física e de materiais segue descrita na tabela 3.

Tabela 03 - Sede da Regional de Saúde - Recursos físicos e materiais

| RECURSOS | ESPECIFICAÇÕES | REG |
|--------------------|-----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| DA SEDE | | I | II | III | IV | V | VI | VII |
| RECURSOS FÍSICOS | Quantidade de salas | 06 | 06 | 02 | 06 | 06 | 02 | 03 |
| | Vinculação do prédio | Alug. | Prop. | Alug. | Alug. | Alug. | Alug. | Alug. |
| | *próprio ou alugado | | | | | | | |
| RECURSOS MATERIAIS | Computadores | 04 | 04 | 03 | 05 | 06 | 03 | 02 |
| | Impressoras | 01 | 02 | 02 | 01 | 01 | 02 | 01 |
| | Note Book | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 0 |
| | Data show | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | Maquina copiadora | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | Modem Internet | 04 | 01 | 03 | 02 | 02 | 02 | 01 |
| | Transporte (Veículos) | 03 | 03 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| Celular | 03 | 04 | 03 | 02 | 02 | 02 | 02 | |

Elaborado pela autora Fonte (PERNAMBUCO, B 2011)

Obs.: ALUG = Alugado PROP = Próprio

6.2. Quanto aos Recursos humanos

O Conceito de Recursos Humanos abordado por Vieira, (2006) esta ligado a área de administração, que leva a reduzir o trabalhador a condição de recurso e dimensão funcional, mas na saúde, se faz referencia a trabalhadores da saúde , a partir do processo de criação do SUS.

Os recursos humanos lotados na sede das regionais de saúde verificados na (Tabela 04), demonstra o elenco de profissionais que atuam, basicamente, para coordenar o desenvolvimento dos serviços de saúde num determinado território.

Na referida tabela, nota-se que o quantitativo de recursos humanos, denominados como atores, conforme conceitua Hartz (2006), variam entre 12 e 19 profissionais, as profissões são padrão para cada regional, enfermeiras, odontologas, assistente social, técnica de enfermagem, motoristas, auxiliares administrativos, dentre outros, apenas a regional III não possui em seu o corpo técnico, o profissional de odontologia.

Apesar das semelhanças quantitativas de RH e da forma como os profissionais são dispostos nas coordenações regionais, é importante salientar as diferenças no porte populacional, número de bairros e localidades das regiões administrativas, conforme se verá posteriormente. Essa condição torna inviável um quantitativo igual de trabalhadores para determinadas regionais, visto que, em algumas se faz necessário um maior esforço na

intervenção, com atuação de mais atores, profissionais para darem assistência as suas respectivas populações e redes de serviços.

Outro aspecto a ser observado é a composição restrita de profissionais que atuam no território, ou seja, seria importante agregarem-se profissionais de saúde que contribuíssem para ampliação do aspecto de território sanitário, os quais deveriam atentar efetivamente para questões de caráter epidemiológico e não puramente administrativos. Mas, devido ao excesso de trabalho concentrado em um numero quantitativamente e qualitativamente reduzido de profissões, as possibilidades de ir mais além do desempenho de atribuições administrativas, fica comprometida. Como a regionalização objetiva fortalecer os territórios, esse fortalecimento deve englobar a maior robustez nas condições de administrar as políticas públicas no nível de território.

Na função de supervisão desempenhada pela enfermeira, odontóloga e farmacêutica, não se observa o abrangente populacional, o quantitativo de localidades, e principalmente a rede de serviços, identificada, especificamente, nas regionais I, II, V e VI onde se requer a intervenção de mais profissionais no desempenho do trabalho.

Com relação aos vínculos empregatícios, em todas as regionais há a predominância de vínculos de contrato, caracterizando a flexibilização dos vínculos trabalhistas, em sua minoria os vínculos são de servidores públicos. Estando esse conjunto de RH submetidos a legislações diferentes, denotam a precarização do trabalho, a possibilidade de descontinuidade da gestão, devido a insegurança da contratação.

Do período de 2009 a 2011 foi realizada uma seleção pública simplificada em 2011, para contratação de profissionais para secretaria municipal de saúde, objetivando incrementar RH da rede de serviços e de funções de assessoria técnica.

Alguns desses foram destinados a compor a equipes de coordenação de regionais de saúde, porém ainda é evidente a necessidade de incremento, respaldado nas argumentações anteriormente colocadas, objetivando assistir melhor a população e a rede de serviços, como também ampliar a visão do território, não só vista como espaço administrativo, mas espaço sanitário que requer atenção as suas peculiaridades para que de maneira integrada e solidária possa tornar-se apoio as demais regionais para satisfação das necessidades de saúde apresentadas nas regiões delimitadas.

Tabela 04 Sede da Regional - Recursos Humanos

| Profissionais da Sede | REG | REG | REG | REG | REG | REG | REG | REG VII |
|-------------------------------------|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|
| | I | II | III | IV | V | VI | | |
| | Vínculos empregatícios – efetivos (E) e contratados (C) | | | | | | | |
| | C / E | C / E | C / E | C / E | C / E | C / E | C / E | C / E |
| Coordenador de Regional | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 0 1 | 0 1 | 1 0 | 1 0 |
| Enfermeira | 1 1 | 2 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| Assistente social | 0 1 | 0 1 | 0 1 | 0 0 | 0 0 | 0 1 | 0 0 | 0 0 |
| Odontologo | 1 0 | 0 1 | 0 0 | 0 1 | 0 1 | 0 1 | 0 1 | 0 1 |
| Farmacêutica | 1 0 | 0 1 | 0 1 | 0 1 | 0 0 | 0 1 | 0 1 | 0 1 |
| Técnico de Enfermagem. | 0 0 | 0 2 | 2 1 | 1 0 | 1 1 | 0 1 | 0 1 | 1 0 |
| Assistentes administrativos | 1 4 | 2 2 | 0 4 | 2 1 | 3 0 | 1 3 | 1 0 | |
| Aux. Serviços gerais | 0 1 | 1 1 | 2 0 | 0 0 | 2 0 | 0 0 | 0 0 | 0 0 |
| Motoristas | 3 0 | 2 1 | 2 0 | 1 1 | 0 2 | 2 0 | 1 0 | |
| Estagiários | 2 0 | 1 0 | 0 0 | 0 2 | 1 0 | 1 0 | 2 0 | |
| Total com especificação de vínculos | 10 7 | 9 9 | 8 7 | 6 6 | 8 6 | 6 6 | 8 1 | |
| Total geral | 17 | 18 | 15 | 12 | 14 | 12 | 0 9 | |

Elaborado pela autora Fonte (PERNAMBUCO, F 2011).

6.3. Quanto aos recursos Humanos lotados na rede de serviços de saúde

Através da Lei Municipal Nº. 430/ 2010 foi criado no município de Jaboatão dos Guararapes, o Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos (PCCV), que em seu artigo 7º, identifica os grupos ocupacionais, como: I - Analista; II - Técnico; III - Assistente; e IV - Auxiliar. No Parágrafo 1º, além dos cargos de Analista, Técnico, Assistente e Auxiliar, conforme especificado no referido artigo, o Grupo Ocupacional Saúde contempla os cargos efetivos de Médico, de Agente de Combate a Endemias e de Agente Comunitário de Saúde.

Para os cargos de médicos é exigida, obviamente, a formação profissional de nível superior e há um elenco de especializações, as quais dão suporte a rede de saúde, nos diversos níveis de assistência. Os cargos de nível técnicos exigem a formação escolar de ensino médio e cursos técnicos pertinentes ao cargo ocupado, devidamente regulado pelos respectivos conselhos profissionais. Ainda se insere nesse grupo ocupacional em que se exige ensino médio, os guardas municipais e assistentes.

Os auxiliares de suporte a gestão tem formação escolar de nível fundamental, neles podem ser identificados os auxiliares de serviços gerais, os agentes comunitários de Saúde, (ACS) e os agentes de combate a endemias (ACE).

Os componentes de RH das regionais estão elencados na tabela 05, divididos em seus grupos ocupacionais e vínculos contratuais.

Os componentes de estrutura pertinentes a recursos físicos, materiais e financeiros tem uma importância vital no desenvolvimento das políticas publicas, mas as lutas da saúde, não

devem restringir-se a conquistas de melhores condições materiais e financeiras para desempenho do trabalho e organização de redes, e sim ampliar-se para a visão da importância da gestão do trabalho e dos trabalhadores (BRASIL G 2007).

O componente de recursos humanos com sua especificidade para a saúde deve ter atenção redobrada, visto que são esses profissionais a base dos sistemas de saúde e deles dependem em grande parte a qualidade de vida e de saúde da população (MACHADO, 2006 p. 344)

Inclusive o conceito de recursos humanos vem da área de administração, e o reduz a condição funcional. No tocante a saúde, a denominação de trabalhadores da saúde, está ligada a todo processo histórico do sistema único de saúde, que são peças chaves para consolidação do SUS e não apenas recursos (VIEIRA, 2006).

A partir da criação do SUS, houve avanços na percepção da importância desses trabalhadores, os princípios e diretrizes advindos desse sistema, dentre eles a descentralização, regionalização e municipalização, acarretou, principalmente a esta esfera governamental dos municípios o enfrentamento de dificuldades ao assumirem as responsabilidades locais por seus sistemas e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Os municípios encaram barreiras que se tornam impedimento para melhor desenvolvimento das políticas, principalmente na questão de gestão de trabalhadores de saúde, uma delas, a lei de responsabilidade fiscal, que restringe em algumas situações, a possibilidade de contratação de RH (BRASIL G, 2007).

Jaboatão dos Guararapes apresenta formas de contratação diversas do ingresso através de concursos públicos, respaldados a partir da reforma administrativa ocorrida em 1992, com Emenda Constitucional, EC 19, esta, admite a contratação por parte dos municípios estados e união, de profissionais ligados ao regime da Consolidação das Leis Trabalhistas, CLT (BRASIL G, 2007).

Além da vinculação a CLT, a contratação dos serviços pode se dar a partir da terceirização, ou no estabelecimento de ligações com Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP's, e ainda com as Organizações Sociais- OS, Organizações não governamentais- ONG's, pessoas jurídicas de direito privado habilitados a exercer um contrato com a gestão para prestação de serviços (BRASIL G, 2007).

No município os vínculos se caracterizam na SMS, em sua maioria na forma de contratação por prazos indeterminados ligados ao regime de Consolidação das leis Trabalhistas, CLT, o denominado servidor celetista. Esses se encontram, principalmente na

atenção básica, onde a disparidade na oferta de condições de trabalho e salários, dispostas entre os municípios, torna difícil a fixação de profissionais, principalmente de médicos.

O respaldo para essa forma de contratação vem da emenda constitucional, EC 19, de 1992, estabelecendo que “os empregados públicos ocupem empregos públicos subordinados a CLT” (BRASIL G 2007).

No caso de Jaboatão, tem-se uma cobertura da ESF de 51.31%, sendo ainda um desafio a ampliação das equipes face essa problemática.

A rotatividade de profissionais nas unidades de saúde e a descontinuidade na assistência ao usuário é um fator comprometedor, principalmente para as regionais de saúde, onde esses optam por estar lotados em locais onde as regionais municipais apresentam melhores estruturas de acesso e condições mais confortáveis do ponto de vista dos mesmos para exercerem suas funções.

A Questão relativa aos recursos humanos, principalmente trabalhadores da saúde é um problema de âmbito nacional, que requer intervenção, sendo necessária uma política pública que busque a revalorização do trabalho em saúde, principalmente nos municípios, para que esses tenham melhores condições de desenvolver as políticas pautadas na regionalização dos serviços (VIEIRA, 2006).

Algumas tentativas de melhoria nesses aspectos foram realizadas a exemplo da Criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, o estabelecimento da NOB-RH, 2005, cujo objetivo principal foi “a discussão da centralidade no trabalho, do trabalhador, da valorização profissional e da regulação das relações de trabalho em saúde” (MACHADO, 2006 p. 344).

No nível municipal a Secretaria de gestão de pessoas preocupa-se no desenvolvimento e capacitação de servidores com vínculo efetivo, conduzindo o processo de implantação e implementação do Plano de Cargos Carreira e Vencimentos, PCCV, porém o que se evidencia no contexto desse componente estrutural, no tocante aos trabalhadores em saúde de vínculo contratual, não inseridos no processo o Plano de Cargos Carreira e Vencimentos, há a precarização das relações de trabalho visto que os mesmos não são contemplados com o PCCV.

Para Nogueira, (2006) esse processo de precarização expõe basicamente os princípios: déficit ou ausência de direitos de proteção social, decorrente de uma instabilidade do vínculo do ponto de vista dos trabalhadores e condições de trabalho que criam vulnerabilidade social.

A reestruturação produtiva que define novas formas na dinâmica do trabalho, centradas no trabalhador, na execução do trabalho em grupo multidisciplinar e interdisciplinar, na qualificação do trabalho e do trabalhador, requer novas competências na gestão do trabalho, leva as novas formas de administrar em condições participativas gestor, trabalhador, usuário, onde o gestor assume um papel de negociador entre esses atores.

Como as regionais de saúde têm em a competência desse papel de gestão do trabalho em parceria com o nível central, cabe a reflexão sobre os conteúdos expostos anteriormente, para entendimento da estrutura organizacional dos serviços de saúde.

Neles tem interferências às condições de instalações físicas e materiais, porém sabe-se que a qualidade dos serviços oferecidos a população, está intrinsecamente ligada a atuação dos profissionais envolvidos no processo e a forma de como esta sendo gerenciado esses trabalhadores implica em resultados na oferta e na qualidade dos serviços (MACHADO, 2006). As regionais são responsáveis por assistir os trabalhadores do seu território em questões relativas a administração de pessoal, mas também em questões macros que envolve as tensões ocasionadas por esses conceitos ligados a flexibilização e precarização, além dos rebatimentos que surgem da reestruturação produtiva, que são expressões de novas formas de trabalho, novas tecnologias e novas praticas, como também de entender o papel da gestão municipal e as influencias estaduais e federais nesse contexto (BRASIL H, 2006)

Essa ação requer preparo e capacitação das gerencias regionais para fazê-lo da melhor forma, objetivando um nível de qualidade tanto para os trabalhadores quanto para os usuários.

A diferenciação no quantitativo e na maior diversidade de profissões ligadas a saúde, de que dispõe as regionais expressa que as de maior porte, ou seja, as maiores regionais, em numero populacional e de serviços, possuem um maior quantitativo de trabalhadores de saúde, no caso as regionais I, II e V.

O desafio de administrar as relações que perpassam toda a dinâmica do desempenho dos profissionais requer que os recursos humanos lotados nas sedes de coordenações regionais, que além da condição de trabalhadores em saúde são atores, envolvidos no contexto, já exposto, tenham condições de responsabilizar-se pelas questões pertinentes a esses aspectos ainda que em parceria com o nível central, nesse aspecto atentar para as características entre regionais é essencial e priorizar a organização das mais necessitadas é fundamental. A institucionalização do Plano de Cargos Carreira e Vencimentos, PCCV, pelo município levou a um processo avaliativo realizado pelos servidores e suas chefia objetivando

iniciar um processo de revalorização profissional dos servidores, ainda não ocorrido em Jaboatão, o que já expressa um redirecionamento nesse aspecto.

Os dados para elaboração da tabela 05, foram coletados da relação de funcionários efetivos que estavam descritos na listagem de avaliação do PCCV e com referencia aos contratados, a coordenação de gestão de pessoas informou o quantitativo de profissionais enquadrando-os na mesma lógica de grupos ocupacionais identificados na lei 430, do PCCV, embora os contratados não estejam incluídos nesse plano.

Tabela 05 Recursos Humanos Lotados nos Serviços da Rede

| GRUPOS OCUPACIONAIS | CATEGORIAS PROFISSIONIAS | QUANTITATIVO DE CONTRATADOS | QUANTITATIVO DE EFETIVOS | TOTAL POR CATEGORIAS |
|------------------------------|---|-----------------------------|--------------------------|----------------------|
| AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE | AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE | 394 | 440 | 834 |
| AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS | AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS | | 319 | 319 |
| AUXILIAR DE SUPORTE EM SAÚDE | MOTORISTAS, AUXILIARES DE SERVIÇOS GERAIS E AUXILIARES DE MANUTENÇÃO PREDIAL. | 199 | 209 | 408 |
| GUARDA MUNICIPAL | INSPETOR DA GUARDA | | 01 | 01 |
| ASSISTENTE EM SAÚDE | ASSISTENTE EM SAUDE | 87 | 349 | 436 |
| TECNICOS EM SAÚDE | FISCAL SANITÁRIO CITOTECNICO RADIOLOGISTA TECNICO EM LABORATORIO TECNICO EM SANEAMENTO TECNICO EM HIGIENE DENTARIA TECNICO EM ENFERMAGEM | 208 | 80 | 288 |
| ANALISTA EM SAÚDE | ASSISTENTE SOCIAL BIOLOGO BIOMEDICO CIRURGIAO DENTISTA OSONTOLOGO ENFERMEIRO FARMACEUTICO FISIOTERAPEUTA NUTRICIONISTA PSICOLOGO ZOOTECNISTA VETERINÁRIO BACTERIOLOGISTA FARMACEUTICO BIOQUIMICO TERAPEUTA OCUPACIONAL SANITARISTA | 274 | 256 | 530 |
| MEDICO | MEDICO CARDIOLOGISTA DERMATOLOGISTA GINECOLOGISTA OTORRINO PEDIATRA ULTRASSONOGRAFISTA | 122 | 168 | 290 |
| TODOS GRUPOS | TOTAL DE TODAS AS CATEGORIAS | 1.284 | 1.822 | 3.106 |

Elaborado pela autora fonte: (PERNAMBUCO F – 2011)

6.4 Rede de serviços e população adstrita

A rede de serviços é conceituada por Mendes, (2010) como:

Organizações poliarquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si, com uma missão única por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar uma atenção contínua e integrada a uma determinada população (MENDES, 2010 p.2301).

Essa rede prevê a atenção a saúde na atuação de três níveis de assistência. Os níveis são divididos em: nível de atenção primária, ou básica como é denominada no Brasil, nível de atenção de media complexidade ou secundário e nível de atenção terciário ou de alta complexidade. O nível de atenção primária engloba as ações desempenhadas pelo Programa Saúde da Família (PSF) e pelo Programa de Agentes comunitários de saúde (PACS) caracterizam-se por ser:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (BRASIL E, 2011).

A atenção primária, é o primeiro cuidado com a saúde da pessoa, deveria ser considerada como atenção prioritária, devendo orientar todo o sistema de saúde.

O Pacto de Gestão estabeleceu que as ações e os serviços de atenção primária são de responsabilidade município, sendo este responsável pela organização desse nível de atenção em seu território geográfico.

Segundo Departamento de atenção básica, DAB, as responsabilidades da gestão municipal face de atenção básica são:

Definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território, contratualizar o trabalho em atenção básica, manter a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento (gestão e gerencia), co-financiar as ações de atenção básica, alimentar os sistemas de informação, avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão (BRASIL E. 2011).

O nível de atenção secundária ou média compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Esse nível de atenção é composto por consultórios

especializados e pequenos hospitais com tecnologia intermediária (ROUQUAYROL, 1999 apud PAIM, 1990).

Já atenção de nível terciário ou alta complexidade é integrada pelos serviços ambulatoriais e hospitalares especializados é constituída por grandes hospitais gerais e especializados, que concentram tecnologia de maior complexidade e devem oferecer à população atendimento de referência para outros serviços, sistemas e programas em saúde (ROUQUAYROL, 1999 apud PAIM, 1990)

Segundo Silva et al., (2008) a organização da assistência deve estar orientada para condições crônicas, de vigilância sem saúde, pautados na integralidade na humanização do atendimento e também na participação do usuário em todo esse processo.

Na tabela 06 se observa que a oferta de assistência primária à saúde consta em todas as regionais. Segundo registro em 2012, a cobertura na atenção básica prestada pelas ESF e PACS esta disposta da seguinte forma: Reg. I, ESF e 59.68 % e PACS 29.66, Reg. II 57.84% e 22.51%, Reg. III, 72.96 13.52%, Reg. IV 38.93% e 22.70%, Reg V 56.08% e 13.16%, Reg. VI 41.86% e 10.86% e Reg. VII 33.62% e 56.17% , respectivamente.

O município tem o total de cobertura da ESF de 51.31% e as áreas de PACS de 22.17% totalizando 73.48% de cobertura na atenção primária.

Vê-se que a regional que possui maior número de serviços na modalidade de atenção primária é regional II, com 41 serviços e unidades de saúde, estes englobam o ESF – Estratégia de saúde da família, as Equipes de Saúde bucal que estão inseridas dentro das unidades, a Estratégia de Agentes comunitários e as Unidades Básicas de Saúde. Esta regional conta com a maior concentração de população de 126.200 hab. Vê-se que esse primeiro cuidado na assistência ao usuário é garantido em todas as regionais, com necessidade de ampliação dessa rede de atenção, principalmente nas regiões mais populosas, onde a cobertura deve ser estendida.

Na media complexidade as regionais I, V e VII são as que mais apresentam serviços de referencia especializados, nessas regionais encontram-se as Policlínicas e os Centros de Referencia dirigidos a crianças, adolescente além dos centros de referencia a atenção psicossocial - CAPS. Esses serviços atuam como referencia para as demais regionais de saúde.

No nível de atenção terciário, pode ser visto que o município é desprovido de um hospital municipal as demandas por estes serviços são encaminhadas para o Hospital estadual e o Hospital conveniado, que são concentrados na V Regional em Prazeres. Nos princípios do

SUS é especificado que a descentralização no sistema se dará com ênfase na municipalização, sempre que possível, os serviços de saúde devem ser municipalizados ou estadualizados (BRASIL, CONASS, 2007)

O Pacto de Gestão estabeleceu que as ações de média e alta complexidade podem ser ofertadas de acordo com pactuações elaboradas entre os municípios e estado.

A Regionalização e a hierarquização dos serviços implicam que a rede do SUS deva ser organizada de forma que todas as regiões contenham serviços de saúde de diferentes níveis de atenção e que se articulem a partir da sua hierarquização, objetivando uma oferta organizada do serviço.

No contexto municipal a forma de organização dos serviços deve estar organizada a ofertar todos os níveis de atenção, estabelecendo um fluxo organizado entre as regionais, para manutenção da continuidade da assistência de maneira que o usuário tenha suas necessidades de saúde atendidas de forma integral e com qualidade.

A disponibilização de serviços à população que contemple os vários níveis de atenção torna mais viável a efetivação do princípio da integralidade na assistência, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde em uma área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores e educação em saúde. É primordial que as regionais de saúde tenham condições estruturais em parceria com o nível central para regular os serviços, objetivando otimizar e garantir acesso dos usuários.

A implantação das Centrais de Regulação em 2011 contribuiu para proporcionar as unidades da rede os componentes estruturais pertinentes a recursos tecnológicos, computadores, impressoras, acesso a internet e principalmente para organização da oferta de serviços para atuação da regulação na viabilização de serviços aos usuários.

A regulação atua sobre a oferta dos serviços para garantir o acesso dos cidadãos, e controlar os prestadores, para dilatar ou programar a oferta planejada, deste modo a

[...] regulação busca promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível as necessidades do cidadão de forma equânime e ordenada (SANTOS; MERHY, 2006 p.26)

A Secretaria de saúde teve que acompanhar o processo de regionalização, reorganizado a partir de 2009, seguindo a divisão político administrativo assumido pelo município o que levou a necessidade de divisão da rede de serviços em territórios regionalizados, buscando facilitar a gestão dos mesmos. O desafio está em otimizar a oferta, regulando as demandas de forma a construir um desenho de rede que contemple o acesso do usuário aos diversos níveis de atenção de maneira integrada, mesmo que esses serviços não

tenham sido direcionados a cada regional de saúde pautados nos aspectos epidemiológicos, sanitários de cada localidade e sim para acompanhar e melhor administrar devido a nova divisão territorial.

Ainda com a contribuição das centrais de regulação é importante atentar que a regionalização não deve se restringir a organização do sistema, do acesso, ou da disponibilização da oferta, mas sim para que a articulação da rede seja pautada em parâmetros epidemiológicos, sanitários para não levar a uma visão setorial da situação de saúde.

Tabela 06 – Rede de Serviços por níveis de atenção e população adstrita.

| | | REGIONAIS | I | II | III | IV | V | VI | VII |
|--------------------------|--|------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|
| | | POPULAÇÃO | 16.400 | 126.200 | 53.200 | 73.000 | 106.000 | 19.700 | 65.000 |
| | | REDE SERVIÇOS DE SAUDE | Nº | Nº | Nº | Nº | Nº | Nº | Nº |
| Atenção Primária | Atenção Básica | | | | | | | | |
| | ESF Equipes de Saúde da Família | 17 | 17 | 6 | 6 | 14 | 14 | 5 | |
| | ESB Equipes de saúde Bucal | 17 | 15 | 5 | 5 | 13 | 13 | 6 | |
| | PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde | 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 2 | 4 | |
| | NASF-Núcleo de Apoio ao Prog. Saúde da Família | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| | UBS Unidades Básicas de Saúde | 1 | 4 | 0 | 3 | 1 | 2 | | |
| Total | | 37 | 41 | 14 | 16 | 30 | 32 | 16 | |
| Atenção Secundária | Farmácia Popular | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Policlínicas | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | |
| | Centros de Reabilitação e Fisioterapia | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | |
| | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| | CEO Centros Especializados de Odontologia | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | |
| | Centro de Referência de Saúde da Mulher | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | |
| | Centro de Referência de Saúde do Idoso | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Centro de Referência em Saúde do Trabalhador | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | |
| | Centro de Referência em Saúde da Criança e Adolescente | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | |
| | CAPS - Centro de Apoio Psico social Transtorno | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| | CAPS - Centro de Apoio Psico Social AD | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| | CVA Centro de Vigilância Ambiental | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Laboratório de Análises Clínicas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | |
| | Centro de Testagem e Aconselhamento e SAE HIV AIDS | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | |
| | Total | | 5 | 4 | 1 | 0 | 5 | 3 | 5 |
| Atenção Terciária | Hospital Público Estadual | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | |
| | Hospitais Conveniados | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Outros Serviços Conveniados | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Total | 5 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | |
| TOTAL DE SERVIÇOS | | 47 | 46 | 15 | 16 | 36 | 35 | 21 | |

Elaborado pela autora (PERNAMBUCO G, 2011)

A proposta de organização dos serviços está apresentada posteriormente, no desenho da Rede assistencial de Saúde. Esta retrata os três níveis de atenção dispostos no município com o objetivo de convergência para Central de Regulação, estabelecem a comunicação com

todas as unidades da rede municipal, via telefone e ou internet, objetivando regular a oferta de serviços através de agendamento de consultas e exames para assistência integral ao usuário nos diversos níveis de atenção.

A secretaria propõe o desenho de rede adequada a partir da exposição da figura colocada adiante. Figura 2.

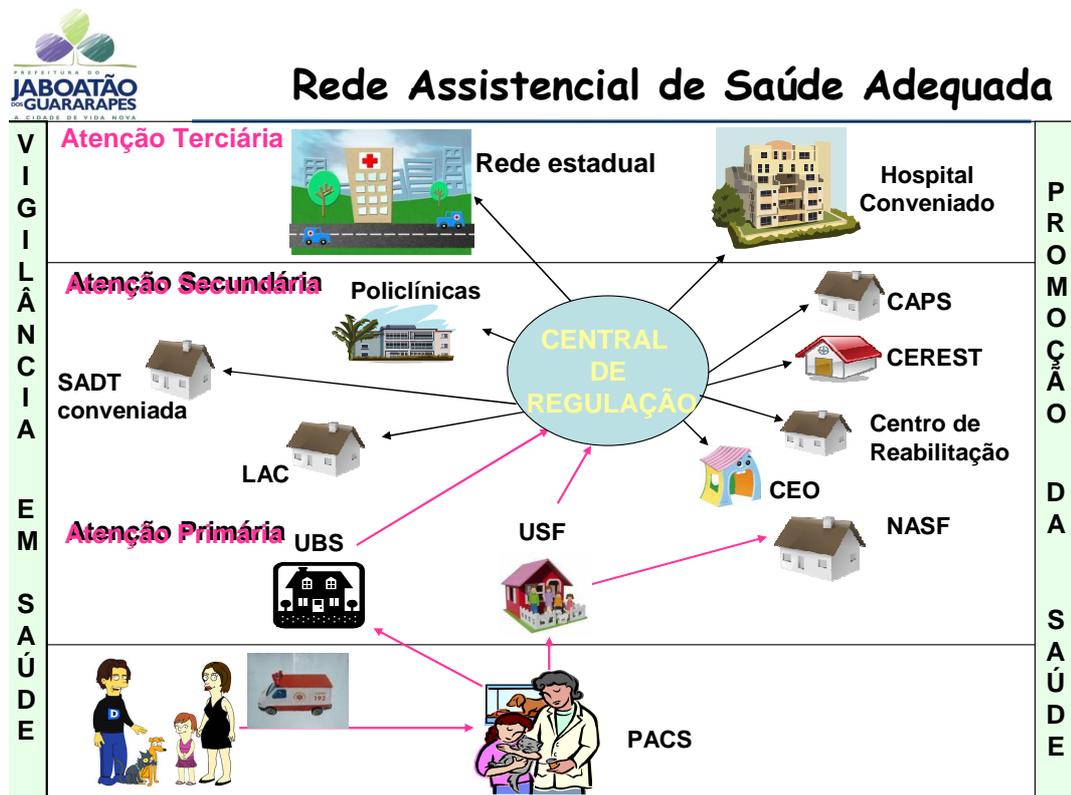


Figura 03 – Rede Assistencial de Saúde Adequada
Fonte PERNAMBUCO G , 2011.

7 CONDIÇÕES ESTRUTURAIS E COMPETÊNCIAS ATRIBUÍDAS PARA AS SETE REGIONAIS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO

O objetivo de estabelecer relação entre os componentes estruturais, físicos, matérias e recursos humanos disponíveis nas regionais de saúde nos remete a necessidade de algumas reflexões quanto ao conhecimento de quais são as competências e atribuídas da regional de saúde.

Chama-se de competência o que é demandado pelo nível central, gerencias e coordenações da SMS, para ser realizado pelas coordenações regionais de saúde.

Cada compartimento setorial da SMS, disposto no organograma em suas divisões gerencias, de coordenação e de chefia de núcleo geram uma relação que indica atribuições a serem executadas no território objetivando a viabilização das políticas e conseqüentes ações de saúde em cada uma Regionais.

7.1 Quanto à diferenciação nos territórios geográficos

O coordenador de regional de saúde tem a competência assumir o papel de ser um articulador, integrante, de um trabalho colegiado, que é realizado nas regiões administrativas do município, onde nessa inserção, a coordenação das regionais, participa como ator no envolvimento da secretaria de saúde na programação de ações intersetoriais englobando as demais secretarias municipais.

Como mencionado na contextualização da tabela 03, algumas coordenações de regional de saúde estão instaladas em espaços físicos, onde existem representante de diversas secretarias de Jabotão, executando suas ações em um espaço físico comum para efetivação da proposta de trabalho integrado.

Atuando no nível de territórios, para efetivação das políticas municipais de saúde, visando o planejamento participativo, pautado no controle social e na participação dos usuários, torna-se ponto para reflexão as condições de como desenvolver essa atuação em territórios populacionais divergentes.

A densidade populacional entre as regionais difere expressivamente, as características intrínsecas a população inserida em cada uma delas apresenta problemática de saúde diversa, devido a atividades sócia econômica, aspectos ambientais que levam a problemas de saúde diferenciados.

Possuir condições de exercer o papel de articulador e mobilizador dessa relação intersetorial com o número restrito de RH na sede, limita a atuação no território promovendo ações de promoção e prevenção a saúde, o que deveria ser privilegiado.

A inserção no trabalho colegiado deve promover a participação dos usuários no controle social para construção conjunta da política de saúde, o exercício do papel de articulador no território, torna-se comprometido, a medida que as demandas por questões administrativas impedem a maior efetividade do trabalho articulado com esses atores,

Essa inclusão no colegiado não deve apenas significar um somatório de políticas setoriais, quando no exercício de ações e eventos intersetoriais, mas, sim uma observação para o diagnóstico do território a fim de perceber as desigualdades e possibilidades para potencializar a intervenção face as necessidades de saúde de cada regional. Não é tão propícia a realização dessa observação face ao número pequeno de RH nas regionais, principalmente nas maiores. Devido a grande diversidade em seus aspectos populacional, econômico e social com suas inúmeras peculiaridades, cada contexto municipal absorve as implicações advindas da descentralização e regionalização de formas diferentes, há então que atentar para essas singularidades regionais e pautar a política públicas a partir do estudo de necessidades construídas e identificadas com todos os atores envolvidos no processo.

7.2 Quanto aos recursos materiais da sede e rede de serviços

No tocante ao que se refere aos recursos materiais, percebe-se na tabela. 03 que as condições de disponibilidade de equipamentos tecnológicos, computadores, impressoras, copiadoras e demais itens, abastece as regionais de saúde para darem andamento às competências administrativas.

Porem, devido a dimensão de rede de serviços, e suas localizações nas regionais, notou-se a necessidade de serem incrementados alguns recursos materiais, principalmente nas regionais de grande porte, a fim de oferecer condições mais favoráveis no tocante a realização de competências administrativas.

A instalação física, principalmente para as regionais maiores, seria recomendável que pudessem contar com número maior de salas, onde oferecesse melhores adequações aos profissionais.

Na identificação de imóveis para instalação dessas sedes, destinadas as regionais de grande porte, deveria ser pensado o incremento no seu espaço físico com condições de ambiência favoráveis as especificidades da saúde.

Quanto ao transporte faz-se necessário perceber que sua utilização se da, principalmente, na condução de profissionais para realização de visitas de supervisão as unidades de saúde, como também para visitas institucionais domiciliares realizadas pelos técnicos da sede, soma-se a essas utilizações um suporte no abastecimento das unidades, na entrega de alguns insumos e imunobiologos.

Os recursos tecnológicos são compatíveis e satisfatórios, sendo bem assistidas por computadores, telefonia móvel, internet, transporte, recursos essenciais para desempenho do trabalho. A dificuldade reside na diferenciação nas características das regionais, ou seja, como existe quantidade de serviços diferentes na rede, alguns aportes tecnológicos, poderiam ser incrementados, melhorando as condições de trabalho.

A diferenças no quantitativo populacional, na extensão geográfica, no quantitativo de rede de serviços, conseqüentemente, leva a reflexão que as regionais de maior proporção, necessitam de um maior aporte.

Os quantitativos dispostos nesses recursos tecnológicos e de veículos, não podem ser de igual número entre as regionais, há que ser reparada a diferenciação e as necessidades de cada regional.

A composição de estrutura e disponibilidades de meios, conceituados por Hartz. (2006) como recursos físicos e materiais são componentes básicos para realização de um processo de intervenção, interferem nos resultados obtidos, na medida em que, não se atentam para as diferenças importantes entre as regionais.

Donabedian, 1980, reflete que os processos de trabalho podem ser comprometidos pela disponibilização dos componentes estruturais, esses podem interferir na qualidade da prestação de serviços aos usuários.

7.3 Quanto ao quantitativo de RH da sede e rede de serviços

Cada gerencia e coordenação do nível central demanda a regional de saúde competências pertinente ao desenvolvimento de ações ligadas a administração de recursos humanos e materiais.

Algumas dessas demandas estão ligadas a aspectos multivariados, desde a organização para provimento de insumos, administração de recursos humanos acompanhamento de indicadores epidemiológicos, dentre outros.

Porém especialmente a função das regionais é o exercício de supervisão da rede, essa supervisão compete o olhar em diversos aspectos para o bom funcionamento da unidade nos seus diversos níveis de atenção primária, secundária e terciária.

Algumas ações são relativas ao monitoramento de programas referentes às políticas estratégicas, da mulher, da criança, do idoso e da saúde mental atuando junto as unidades de saúde da rede para conquista de metas pactuadas.

Nos aspectos que objetivam o fluxo para abastecimento das unidades com insumos, medicamentos, imunobiológicos, como também na identificação de necessidades de manutenção dos prédios e dos equipamentos.

Toda essa gama de atividades é exercida pelas regionais no seu papel de supervisão nas unidades, especialmente ligadas a área de enfermagem, Odontologia e farmácia, o ato de supervisionar uma rede com quantitativo de serviços diversos, torna-se incompatível devido a diferença quantitativas de profissionais lotados nas sedes. Além das especificidades de cada um dos serviços, nos diversos níveis de atenção que vão requerer olhares diferenciados, por profissionais com formação diferenciadas e avaliações específica no desempenho de suas funções. Principalmente as regionais de grande porte possuem pessoal insuficiente para tais objetivos, reflete-se que as condições estruturais de administrar as competências colocadas, especialmente no quantitativo de RH lotado na sede para execução do trabalho é inadequada.

O que se pretende colocar é que para desempenhar as competências administrativas colocadas anteriormente deve-se atentar para essa diferenciação estrutural, ela causa um problema de gestão do SUS, da assistência a gestão das unidades e dos serviços dispostos.

Algumas regionais, principalmente as de maior porte deveriam contar com um quantitativo maior de recursos humanos, principalmente na atribuição de supervisão da rede.

As regionais não deveriam ter apenas uma maior disponibilidade de trabalhadores em saúde acrescida no quantitativo já existente, mas também, em aspectos qualitativos, ou seja, somar-se a este conjunto de profissionais com outras categorias ligadas a saúde a partir do conjunto da rede expressada em cada uma das regionais. Inclusive atentando para disponibilização dos níveis de atenção ofertados em cada uma das regionais.

Outro aspecto relevante é necessidade de acompanhar os indicadores do pacto pela saúde, por exemplo, onde em algumas regionais, o volume populacional é mais denso, o

quantitativo de serviços ainda é insuficiente e os profissionais da sede não possuem condições suficientes para esse monitoramento.

A queixa dos gestores quando do início na elaboração do Pacto pela saúde, foi a de perceberem-se as diferenças regionais que o país expressa, é necessário a compreensão também das diferenciações ocorridas no micro territórios.

O Pacto pela saúde se dá no território, nas regiões de saúde e é importante atentar para diferenças macro a nível nacional, mas também a nível de local, nos territórios delimitados no âmbito intramunicipal, visto que, é neles, que se busca conquistar as metas pactuadas. Nesses lugares onde são travadas as ações que objetivam a conquista de indicadores colocados, onde de fato, se constituem os sistemas locais e regionais de saúde.

Ao elencar no pacto pela vida, os indicadores a serem conquistados pelo município, são descritas cada particularidade da atenção que deve ser disponibilizada aos usuários, lembrando, saúde do idoso, prevenção do câncer de colo uterino e de mama, redução da mortalidade infantil e materna, fortalecimento das capacidades de resposta as doenças emergentes, reemergentes e endêmicas, na promoção a saúde e fortalecimento da atenção básica, fortalecer as regionais de saúde para identificação e compreensão dessa dinâmica irá propiciar melhores resultados no desempenho das políticas de saúde a nível municipal.

As políticas de atenção a saúde, são organizadas para que cada componente gerencial e de coordenação da SMS, elabore e alavanque sua forma de intervenção na realidade, porem a nível de regional de saúde, é que essas tem uma conotação mais pratica e operacional, isso objetiva a garantia e defesa do direito constitucional a saúde e a defesa do SUS como via de promoção dessa garantia.

Nas regionais de saúde, o Pacto de gestão se realiza, e para exercê-lo são necessários, atores, especialmente os profissionais, envolvidos que desempenhem a defesa do SUS, primem pela qualidade dos serviços ofertados a população.

7.4 Quanto à rede de serviços e a população adstrita

A Rede de Assistência a Saúde é um conjunto de estabelecimentos e serviços de saúde num determinado território, organizando-se em diversos níveis de atenção e níveis tecnológicos para que articulados possam atender o usuário e promover a saúde (SILVA, et. all., 2008). A RAS ainda segundo esse autor necessita de componentes para seu desempenho

sendo esses, o território e população, serviços e ações de saúde nos diversos níveis, logística e o sistema de regulação.

Esse conjunto articulado forma o modelo de atenção, que segundo coloca Silva et al., (2008) é fundamental que este possa garantir a continuidade da atenção em todos os níveis. Os componentes território e população tomaram nova forma a partir de 2009, em Jaboaão, tendo a secretaria de saúde o desafio de organizar sua rede, suas unidades a medida que concedam uma articulação tal, que proporcionem deste a atenção primaria, apoio ao diagnostico, serviços terapêuticos, assistência farmacêutica e de transporte de maneira integrada para que haja qualidade da assistência e aceitabilidade por parte dos usuários a medida que suas necessidades de saúde são atendidas.

A rede de serviços por regional devera estar equitativamente dividida de forma a contemplar a regionalização e descentralização dos serviços pautados no SUS, prestando assistência na atenção nos diversos níveis primário, secundário e terciário.

A proposta de regionalização colocada pela NOB's, procura assegurar a continuidade da assistência e organização dos serviços a fim de propiciar sua atenção o mais perto possível do usuário. .

Os fatores demográficos, econômicos, sociais devem ser observados ao exercer um papel relevante na rede de assistência.. Na atenção básica, o município possui uma cobertura de 51.26%, e a expansão na cobertura esbarra em dificuldades, que devem ser enfrentadas para que esse serviço, visto como uma das principais portas de entrada, os primeiros cuidados com o usuário. O desafio está em expandir a cobertura e oferecer mais serviços regionalizados nesse nível de atenção.

A atenção secundaria, que propicia o apoio, ainda não é vista em todas as regionais. O desafio é integrá-la a ponto que ofereça uma articulação entre os demais níveis de assistência. Nessa modalidade de assistência conforme dados da tabela 06 as regionais I, II, V são as que têm disponibilidade de oferta de serviços em maior quantidade nessa modalidade de atenção contando com maior numero de Centros de Referencia.

Na assistência de alta complexidade apenas a regional V conta com serviço Hospitalar conveniado ao Município, ou seja, um hospital Filantrópico que presta assistência aos usuários. O déficit na disponibilidade desse nível de atenção se expressa de forma relevante, visto que o município não possui um hospital publico municipal.

O município não dispõe de um hospital publico municipal que exerça essa modalidade de atenção, ficando a critério do Hospital Estadual, localizado também na V regional, o

exercício de ofertar atendimento no que compete a cirurgias, partos e demais ações desse nível de atenção.

No desenho de fluxo da rede a central de regulação envolve a dinâmica de organização da oferta de serviços, conforme desenho na figura II. Esse papel é essencial para garantir a integralidade nos níveis de atenção. .

A rede de serviços de saúde foi dividida acompanhando o processo administrativo municipal e as categorias de análise que foram explicitadas nesse estudo no tocante a aspectos geográficos, populacional, divisão de micro regiões, numero de bairros, leva a concluir que a disposição dos serviços deve atentar para as desigualdades e necessidades peculiares de cada regional.

As desigualdades entre as regionais de saúde, não devem ser vistas apenas como empecilho para a regionalização do SUS, pelo contrário, elas são intrínsecas e fazem parte da grande diversidade que encontramos no país, nos estados, nos municípios e teria de se encontrar nas regiões de saúde, mas, por conta delas é que se faz, cada vez mais urgente, uma regionalização de fato do sistema e da política que propicie condições estruturais para os territórios executarem com qualidade suas funções no tocante as políticas de saúde.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

8.1 Quanto ao processo de regionalização municipal e da saúde

Com a descentralização para os municípios, o comando único das ações e serviços de saúde, concedendo a possibilidade de gerir seus sistemas locais, com o caráter redistributivo de recursos financeiros, pautados a partir das Normas Operacionais do SUS, houve ganhos na organização dos sistemas locais.

O processo de descentralização com todos os problemas e críticas constitui-se como avanço no diálogo entre as políticas públicas e a sociedade ampliando espaços de diálogo político, de negociação e de consenso a partir de interesse locais.

Em Jabotão a partir de 2009, houve uma reorganização do município, dando maior abrangência ao caráter participativo da população a partir das novas divisões territoriais, contribuindo para o fortalecimento do controle social, visualizando-os como co-autores das políticas públicas municipais.

Na reflexão sobre a regionalização territorial do município e alguns rebatimentos na saúde, especialmente nas coordenações de regionais, essas, tiveram de inserir no processo de divisão administrativa elaborado a partir de 2009, onde a divisão, disposta na tabela 02, considerou aspectos sócio políticos e econômicos, porém, para saúde, há a necessidade de atentar e aprofundar para aspectos epidemiológicos e de organização do sistema a nível de território.

8.2 Quanto a estrutura das regionais de saúde

No caso das regionais de saúde a apreciação da estrutura deveria permitir responder a perguntas tais como: os recursos são suficientes para o conjunto de competências atribuídas, a organização administrativa favorece a continuidade de suas ações e gestão a nível local da rede de serviços.

Comparando-se os recursos da intervenção, os meios para a sua organização, os critérios e as normas. pode-se ser observado, no processo de avaliação, que a disponibilidade de recursos para estruturação das regionais deve ser repensada a partir das colocações expostas no estudo e sua reorganização priorizada, no tocante a recursos humanos, materiais e físicos, atentando para as diferenciações entre as regionais, na expressão de características

singulares que cada uma apresenta em todos os aspectos elencados para o efetivo exercício das diretrizes e princípios colocados no SUS.

As regionais de saúde apresentam fragilidade estrutural, nas instalações físicas, nos recursos humanos e capacidades técnicas, o que implica no melhor desempenho das ações, e faz-se necessário determinar onde investir mais para que se tenham melhores resultados. Garantir competências e habilidades-chave para força de trabalho em saúde nas sedes das regionais, fortalecerem a capacidade de gerenciamento através da provisão de RH nas maiores regionais e propiciar incremento de recursos materiais de acordo com as especificidades de cada regional são indicações de ações para melhoria nos resultados dessas coordenações.

8.3 Quanto à rede de serviços

As indicações do processo de regionalização colocadas pelo aparato jurídico das NOB, NOAS, Pacto pela saúde, respaldam o funcionamento do Sistema Único de Saúde de forma descentralizada e regionalizada, onde é necessário contemplar os três níveis de atenção: primária, média e alta de forma que esses sejam ofertados o mais próximo do usuário, com continuidade da assistência e objetivando a integralidade e das ações .

O desafio que retrata o desenho da rede no município está em organizar as orientações de acesso, a organização da oferta, através de estudo do diagnóstico situacional para que, interpretando a realidade, possa definir fluxos, canais de comunicação orientando o caminho pelo qual o usuário deve percorrer para atender sua necessidade de saúde. No processo de avaliação conclui-se que a necessidade desse desenho de rede, dos fluxos e meio de comunicação entre as unidades componentes das RAIS é o caminho, enquanto não se amplia a RAS, ofertando maior cobertura de atenção básica, média e melhor viabilização da atenção terciária sendo fortes fatores que colaboram com o papel ao qual o município está destinado segundo as legislações do SUS.

REFERENCIAS

BODSTEIN, Regina. Atenção Básica na agenda da saúde.: **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002

BRITO, Thaís Alves; JESUS, Cleber Souza de. **Avaliação dos serviços de saúde**: aspectos conceituais e metodológicos. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com>>. Acesso em: dez. 2009.

CHEBLI, Ivan Charles Fonseca; STEPHAN, Auta Iselina. O Arcabouço Jurídico-Normativo do Processo de descentralização e regionalização da saúde: Percurso de sua Consolidação. **Revista Aps**, Juiz de Fora, v. 13, suplemento 1, p. S75-S83, ago, 2010.

CHEBLI, Ivan Charles Fonseca; PAIVA, Marcelia Guimarães; SOUZA, Auta Iselina Stephan. **A Regionalização**: Desdobramentos da Descentralização.: **Revista Aps**, Juiz de Fora, v. 13, suplemento 1, p. S84-S94, 2010

CHIZZOTI, Antonio. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: Percurso de sua Consolidação. **Revista Portuguesa de Educação**, Braga, v. 16, n. 02. p. 221, 2003.

CONTANDRIOPOULOS, A. P et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro. Fiocruz, 1997.

D, INNOCENZO M; ADAMI, N. P, Cunha ICKO. O Movimento pela Qualidade nos Serviços de saúde e enfermagem. **Ver. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 84, jan/fev, 2006.

ECO, Humberto. **Como se faz uma tese**. São Paulo: Editora Perspectiva S.A, 1996.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Editora Atlas S.A, 1995.

GIL, A. C; LICHT, R. H. G; YAMAUCHI, N. I. Regionalização da Saúde e Consciência Regional. **HYGEIA. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 2, n. 3, p. 35-46, 2006.

GIOVANELLA, L. et al. (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

KLUCK, Mariza, **Indicadores de Qualidade para Assistência Hospitalar**. Rio Grande do Sul: FAMED – UFRGS, 2007. Disponível em: <www.cih.com.br/Indicadores.htm>. Acesso em: 15 de fevereiro, 2012.

HARTZ, Zilda. **Avaliação na área de saúde: dos modelos conceituais à prática da implantação de Programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MACHADO, Maria Helena. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde: gestão do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006.

MENDES, Eugenio Vilaça. **As Redes de Atenção a Saúde**. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2011.

REIS, E. J. F. B et al, Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde notas bibliográficas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.6, n.1. p. 50- 61, jan./mar. 1990.

ROUQUAYROL, Maria Zelia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia e Saúde: Modelos de atenção e Vigilância da Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

SANTOS, Fausto Pereira dos; MERHY, Emerson Elias. A regulação pública da saúde no Estado Brasileiro: uma revisão. **Comunicação, Saúde e Educação**, Rio de Janeiro, v.10, n.19, p.25-41, jan/jun, 2006.

SANTOS, E. A; SILVA, V. C. **Gestão do Trabalho nos Distritos Sanitários Mecanismo de fortalecimento das políticas de gestão do trabalho no âmbito da Secretaria de Saúde do Recife**. Monografia (Especialização) Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Recife, 2010.

SANTOS, N; AMARANTE, P. **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

SILVA, Silvio Fernandes da et al. (Org.). **Redes de Atenção a saúde no SUS**. Campinas- São Paulo: IDISA Conasems, 2008.

SOUZA, R. R. et al. A Regionalização no Contexto atual das Políticas Públicas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2003.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Monica. Uma revisão sobre conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, suplemento 2, p. S190-198, 2004.

VIANA, A. L. et al. Novas Perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 1 p.92 a 106. jan/jun, 2008.

VIEIRA, Mônica. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde: Recursos Humanos em Saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006.

Anexos

Documentos Ministeriais

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial Norma Operacional Básica 1993.

BRASIL. A - Ministério da Saúde. Portaria Ministerial n. NOB 96 1996.

BRASIL,. B - Ministério da Saúde. Portaria Ministerial n Norma Operacional de Assistência a Saúde 2001.

BRASIL. C - Ministério da Saúde. DECRETO Nº. 7.508, de 28/06/2011.

BRASIL. D - Ministério da Saúde. Portaria Ministerial Nº.399 de 2006 PACTO PELA SAÚDE. 2006.

BRASIL. E - Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011.

BRASIL. F - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. 248 p. (Coleção Projetores – Para entender a gestão do SUS, 9)

BRASIL. G - Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Gestão do Trabalho na Saúde – Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília, CONASS . 2007. (Coleção Projetores – Para entender a gestão do SUS)

BRASIL H – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venancio (Brasil) (Org.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde : Recursos humanos em Saúde Rio De Janeiro, 2006. p.308

Documentos Municipais:

PERNAMBUCO - Secretaria de Planejamento, 2009.

PERNAMBUCO A - Secretaria de Planejamento – Divisão Jaboatão 2020: **Processo de Regionalização Municipal**, 2010.

PERNAMBUCO B - Secretaria de Saúde – Gerencia de Planejamento – **Plano Municipal de Saúde 2010**.

PERNAMBUCO C - Secretaria de Saúde – Gerencia de Planejamento – **Organograma da Secretaria de Saúde**, 2012.

PERNAMBUCO D - Secretaria de Administração Regional - **Micro Regiões da V Regional**, 2009.

PERNAMBUCO E - Secretaria de Saúde – Gerencia de Atenção Primária. - **Rede de Atenção Básica**, 2009.

PERNAMBUCO F – Secretaria de Saúde – Coordenações de Regionais de Saúde – Coordenação de Recursos Humanos, 2011.

PERNAMBUCO G – Secretaria de Saúde – Gerencia de Planejamento **Rede de Serviços**, 2011.

