

## REGIONALIZAÇÃO DE SAÚDE: DESAFIOS PARA O VALE DO PARAÍBA PAULISTA

**Sodré, Janaína Joice Martins<sup>1</sup>; Silva, Cendi Gomes<sup>2</sup>; Souza, Islene dos Santos<sup>3</sup>; Vianna, Paula V Carnevale<sup>4</sup>**

<sup>1,2,3</sup> Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento- Planejamento Urbano e Regional- Universidade do Vale do Paraíba- UNIVAP, Av. Shishima Hifumi, 2911 – Urbanova, São José dos Campos- SP, e-mail: ipd@univap.br

<sup>4</sup> Univap/Programa de Mestrado em Planejamento Urbano e Regional, Av. Shishima Hifumi, 2911 – Urbanova, São José dos Campos- SP, e-mail: paulavianna@univap.br

**Resumo-** Apesar de a regionalização ser um princípio constitucional, não ocorreu de maneira uniforme em todo país. Na saúde refletiu na distribuição de serviços, mão de obra e qualidade de vida desiguais. Este artigo visa caracterizar a região do Vale do Paraíba Paulista quanto aos fatores dificultadores e facilitadores da regionalização, conforme proposto pelo Pacto de Saúde de 2006. Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, realizado a partir de fontes secundárias, que avaliará as condições de vida e saúde no Vale do Paraíba Paulista, bem como sua estrutura de serviços. Os fatores sócio-econômicos bastante heterogêneos, resultantes da evolução histórica recorrente de municipalização influenciam diretamente a estrutura da saúde no Vale do Paraíba Paulista.

**Palavras-chave:** Regionalização, Sistema Único de Saúde, Gestão em Saúde, Vale do Paraíba Paulista

**Área do Conhecimento:** Gerenciamento espacial e Gerenciamento de recursos.

### Introdução

O sistema de saúde pública instituído no Brasil com a Constituição de 1988 – o Sistema Único de Saúde, SUS - é internacionalmente reconhecido como uma efetiva política de inclusão social. A melhora dos indicadores de saúde e qualidade de vida da população nos últimos 30 anos, no entanto, não foi capaz de superar a histórica desigualdade que marca o território brasileiro (PAIM, 2011).

Uma das estratégias, na formulação de políticas, para reduzir as diferenças entre os municípios é a construção de políticas regionais. Apesar de a regionalização ser um dos princípios constitucionais, o SUS se desenvolveu de forma descentralizada diretamente para os municípios, que se tornaram responsáveis pelo provimento de serviços e organização de seus sistemas locais de saúde.

De acordo com Viana, Lima e Ferreira (2010), diversos fatores podem explicar o atraso na regionalização no SUS. Entre esses fatores, as autoras apontam o momento de constituição do SUS, marcado pela oposição à centralização que caracterizava o regime militar e pela possibilidade de fornecer maior democracia no nível local de governo. Além disso, não havia neste período uma proposta maior, estratégica e abrangente de regionalização para o Brasil como um todo.

Outro fator explicativo para a ausência de uma visão integrada é de natureza política e econômica e se relaciona a implantação de um modelo neoliberal de incentivo à competição entre os entes federativos (município, Estado, União) e a adoção de políticas setoriais, não integradas

(VIANA et. al., 2008). Desta maneira, as diferenças regionais do país em vez de diminuir agravaram-se: os municípios com maior renda e produção tecnológica concentraram investimentos em detrimento dos mais pobres.

Na saúde este processo se refletiu em uma rede concentrada, na qual os municípios maiores e de economia mais dinâmica detêm redes mais diversificadas de serviços de média e alta complexidade, com forte presença do setor privado (PAIM, 2011).

Os primeiros instrumentos legais a estabelecer estratégia de planejamento para construir redes regionais de saúde foram as Normas Operacionais de Assistência à Saúde do SUS 01/2001 e 01/2002 (NOAS SUS 01/2001 e NOAS SUS 01/2002). Essas portarias objetivavam “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviço de saúde”, exigindo um Plano Diretor de Regionalização e um Plano Diretor de Investimento em 2001 (BRASIL, 2006 p. 14)

A complexidade da NOAS dificultou a implantação da proposta e, em 2006, um processo participativo do Ministério da Saúde junto aos conselhos municipal, estadual e nacional de secretários de saúde (COSEMS, CONASS e CONASEMS) lançou o Pacto pela Saúde. No Pacto pela Saúde, a regionalização é definida como eixo estruturante da gestão do sistema, e a construção de um sistema de saúde baseado em regiões, e não em municípios, tornou-se prioridade. Nas Regiões de Saúde “as ações e serviços devem ser organizadas de forma a garantir o direito da população à saúde e a potencializar os processos de planejamento,

negociação e pactuação entre os gestores, além da estruturação dos Colegiados de Gestão Regional” (BRASIL, 2006 p. 14).

Este documento define sete pressupostos que devem ser seguidos para que a regionalização funcione adequadamente: diagnóstico do território; respeito às diferenças; cooperação; gestão conjunta; financiamento solidário; complementariedade de serviços e ações de diferentes níveis entre os municípios; participação e controle social.

Estudos recentes (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010) que avaliam como a regionalização tem sido conduzida, mostram que o funcionamento do colegiado de gestão regional (CGR) permite visualizar dois Brasis: “O primeiro conformado por uma situação socioeconômica menos desenvolvida e um sistema de saúde menos complexo, o segundo ao contrário com situação sócio econômica mais desenvolvida e um sistema de saúde mais complexo na região”. Esta divisão é geográfica e divide a região em norte e sul: a primeira possui 24% da população brasileira e a segunda 54%; as demais são tipos mistos”.

O estado de São Paulo foi dividido em 17 regiões de saúde, definidas em 2007 a partir da classificação de regiões administrativas elaborado e utilizado pela Fundação SEADE. A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) tem se organizado para realizar a articulação, tanto técnica como política, com os municípios. Porém, o sistema de saúde do estado é o mais complexo do Brasil, devido à concentração de investimento nas áreas da saúde, ciência e tecnologia, reforçadas pelo mercado consumidor de serviços suplementares e equipamentos de saúde. Este mix público-privado dá ao setor privado um grande poder na organização e regulação da saúde, influenciando as políticas estaduais e municipais.

Segundo Viana et al (2008) “o grande problema da gestão estadual é lidar com a diversidade de instâncias e instituições, sejam públicas sejam privadas, com ou sem fins lucrativos além da heterogeneidade de agentes e interesses, que atuam direta ou indiretamente na saúde”.

O Departamento Regional de Saúde XVII (DRS) de Taubaté engloba todos os 39 municípios componentes do Vale do Paraíba Paulista (VPP). É a terceira região do Estado em população e participação no produto interno bruto (PIB), atrás apenas da região metropolitana de São Paulo e Campinas, e à frente da Baixada Santista e Sorocaba.

Em 2007 possuía também a terceira maior rede de serviços de saúde do Estado, com alta porcentagem de serviços privados.

Definidos os aspectos do Brasil e de São Paulo, este artigo visa caracterizar a região do Vale do Paraíba Paulista quanto aos fatores

dificultadores e facilitadores da regionalização, conforme proposto pelo Pacto de Saúde de 2006.

## Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, realizado a partir de fontes secundárias que avaliará as condições de vida e saúde no Vale do Paraíba Paulista, bem como sua estrutura de serviços de saúde, tanto público como privados.

A caracterização sócio-econômica do município será feita com base nos dados disponíveis na Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) /Perfil municipal e dados da SES/SP. Compreenderá número de habitantes, PIB per capita, índice de saneamento, taxa de urbanização, crescimento populacional, proporção de idosos e Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS 2008).

A caracterização da saúde será feita a partir de alguns indicadores selecionados escolhidos entre os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, obtidos a partir do sítio DataSus do Ministério da Saúde para os anos de 2006 a 2010. Os indicadores selecionados foram: coeficientes de mortalidade infantil, materna, por câncer de mama, por doenças cardiovasculares e causas externas.

Para avaliar a conformação da rede de saúde foram selecionados o número de leitos por habitante, o percentual de população coberta pela estratégia de saúde da família, o percentual de médicos na atenção primária e a composição das ocupações de enfermagem; além da porcentagem de nascidos vivos cuja mãe realizou sete ou mais consultas de pré natal, para avaliar o acesso ao atendimento pré natal. Os dados serão obtidos por região de saúde e analisados comparativamente.

## Resultados e Discussão

A região de saúde do Vale do Paraíba Paulista (VPP) possui mais de 2.000.000 habitantes, divididos em quatro regiões de saúde (Figura 1).

Figura 1. Mapa do Vale do Paraíba Paulista, por região de saúde.

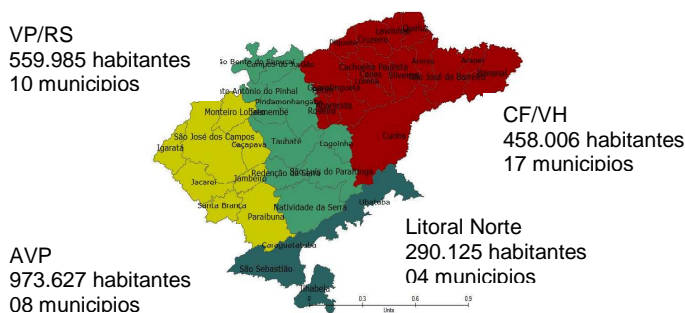


Tabela 1- Dados sócio-econômicos selecionados para o Estado de São Paulo, Vale do Paraíba Paulista e Regiões de Saúde, 2007.

INDICADOR	DRS	AVP	CF/VH	LN	VP/RS
População (2007)	2.281.803	973.627	458.066	290.125	559.985
Densidade Demográfica (2007)	140,26	253,28	75,56	146,75	127,7
Urbanização Censo - 2000	93	94,9	90,06	97,25	90,14
Crescimento Populacional 2000-2007	2,75	2,69	1,63	5,25	2,61
Proporção de Idosos (2007) % de municípios com < 10.000 habitantes (2007)	33,33	37,5	35,29	-	40
% municípios com mais de 100.000 habitantes (2007)	15	25	5,88	25	20
% municípios com IPRS nos Grupos 4 e 5 (2006)	66,67	50	88,24	-	70

AVP: Alto Vale Paraíba, CF/VH: Circuito da Fé/Vale Histórico, LN: Litoral Norte, VP/RS: Vale do Paraíba/Região Serrana.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2009.

O Alto Vale do Paraíba Paulista (AVP) possui São José dos Campos como seu município principal. É a mais populosa entre as quatro regiões de saúde; seus índices de densidade demográfica e crescimento populacional estão acima dos valores médios do Estado e sua população é relativamente jovem (Tabela 1).

A região do Circuito da Fé Vale Histórico (CF/VH) possui o maior número de municípios, em que se destacam o município de Cruzeiro e Guaratinguetá. É a região de menor urbanização e densidade demográfica e também a de menos crescimento populacional e maior índice de idosos (Tabela 1). Os municípios são pequenos e de baixo desenvolvimento sócio econômico.

O Litoral Norte (LN) é a região mais homogênea, devido ao menor número de municípios e às características geográficas, limitada pela serra e pelo litoral. São destaques a região portuária de São Sebastião e cidade de Caraguatatuba, que vêm recebendo crescentes investimentos em projetos de grande porte econômico. A densidade

demográfica e a urbanização são altas e o crescimento populacional supera em muito a média da região e se reflete numa baixa proporção de idosos.

A região do vale do Paraíba e Região Serrana (VP/RS) é a segunda maior em população com destaque para os municípios de Taubaté e Pindamonhangaba. Mescla municípios que possuem características rurais e outros industrializados. Tanto o crescimento populacional quanto crescimento de idosos estão na média da região. (Tabela 1).

### Os Sistemas de Saúde

A estrutura do sistema de saúde está relacionada ao cenário sócio-econômico apresentado (Tabela 3). O AVP possui a rede mais complexa e especializada, como pode ser observado pelo alto percentual de leitos de UTI, baixa cobertura da estratégia de saúde da família, bem como de médicos na atenção básica e alto número de ocupações em enfermagem (Tabela 2). É a região de saúde com melhor desempenho na oferta de pré-natal e a que possui maior percentual de população coberta pela saúde suplementar. A região possui 31, 7% da população cadastrada na estratégia de saúde da família e uma baixa média estadual de leitos por habitantes.

As regiões do AVP e CF/VH possuem indicadores de estrutura de serviços de saúde semelhantes entre si e intermediários, em relação às demais duas regiões, em relação à atenção primária fornecida por meio da estratégia saúde da família.

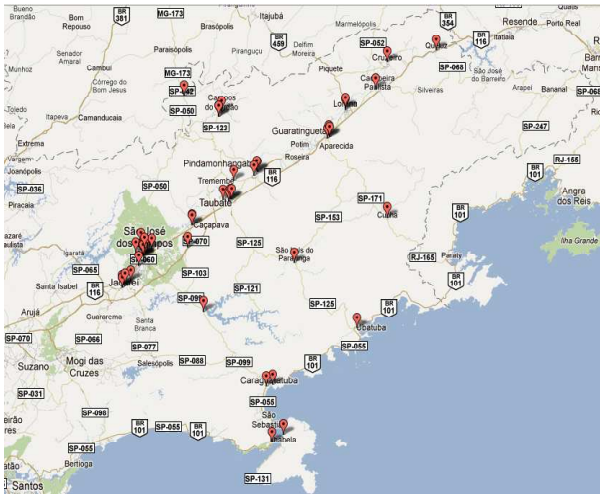
O Litoral Norte, por sua vez, tem a base do seu serviço estruturada sobre a atenção primária: é a região de maior cobertura populacional pela estratégia saúde da família e com maiores índices de médicos na atenção básica, o que se reflete no segundo melhor desempenho no atendimento de pré-natal e maior índice de ocupações para enfermeiros da região. Chama a atenção por possuir a menor cobertura de saúde suplementar, conferindo grande relevância ao sistema para a saúde da população.

Em 2010, a região possuía 66 hospitais gerais, concentrados na região do Alto Vale do Paraíba (50% do total dos hospitais, sendo 24 deles localizados na cidade de São José dos Campos). Taubaté possui o único hospital regional e universitário da região.

Há também uma concentração espacial dos hospitais, que se situam nas proximidades das rodovias (Figura 2)

Figura 2. Hospitais Gerais (públicos e privados) do Vale do Paraíba Paulista, 2010.





Fonte: Construído a partir de dados do CNES 2010, georeferenciados em Batchgeo.

Tabela 2- Ocupações de enfermagem/habitante em 2010 e variação no triênio 2007-2010, de acordo com a divisão regional de saúde, Vale do Paraíba Paulista.

Região	Enf/ mil hab		Téc/ mil hab		Aux/ mil hab	
	Índic e/ 1000 hab	vari açã o.	Índic e/ 1000 hab	vari açã o	Índic e/ 1000 hab	variaç ão
AVP Título	0,83	0,30	0,59	1,13	2,63	-0,01
CF/VH	0,66	0,26	1,52	0,29	0,98	0,03
LN	0,84	0,20	0,51	0,27	2,06	0,15
VP/RS	0,74	0,11	0,33	0,72	2,48	0,45

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir do CNES/DATASUS

Esta característica de tecnologia e mercados concentrados se reflete também na distribuição das ocupações de enfermagem. O AVP possui o maior índice de ocupações de enfermagem, com taxa crescente nas categorias de enfermeiro e técnico de enfermagem no triênio 2007-2010, reforçando a característica de serviços especializados da região. Por outro lado, o CF/VH possui a menor relação de enfermeiros/habitante entre as quatro regiões de saúde (Tabela 2)

Tabela 3 – Indicadores da rede de serviços do Vale do Paraíba Paulista, segundo regiões de saúde.

INDICADOR	DRS	AVP	CF/VH	LN	VP/RS
Leitos/1.000h ab. (2007)	1,39	1,24	1,42	1,00	1,83
% leitos UTI	8,04	12,26	6,9	6,23	4,31
Proporção da população cadastrada pela ESF (%)	31,7	11,5	40,45	82,08	33,57
Médicos atenção básica por 1.000 hab (2007)	0,27	0,22	0,27	0,35	0,3
% de nascido vivos de mães com mais de 7 consultas de pré natal (2007)	74,76	79,43	66,68	76,17	72,22
Cobertura pela saúde suplementar (2007)	31,1	43,24	23,98	14,26	25,34

AVP: Alto Vale Paraíba, CF/VH: Circuito da Fé/Vale Histórico, LN: Litoral Norte, VP/RS: Vale do Paraíba/Região Serrana.  
Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2009.

### A saúde no Vale do Paraíba Paulista

A condição de saúde reflete a combinação dos dados sócio-econômicos com a estrutura do sistema de saúde.

A mortalidade infantil, um indicador sensível da qualidade de vida, é mais elevado no Vale do Paraíba (14/1.000NV) que no estado de São Paulo como um todo (13/1000NV).

A saúde no Alto Vale do Paraíba, para os indicadores selecionados, é melhor avaliada em comparação com a média da região, embora se aproxime dela na mortalidade por câncer de mama e causas externas. Esses indicadores são muito influenciados pela cidade de São José dos Campos, e o perfil urbano e jovem da população pode contribuir para explicar esses achados.

Ressaltamos, ainda, que apesar do Alto do Vale incluir municípios com baixo IPRS e nível de urbanização inferior às outras regiões, existe uma concentração de indústrias e tecnologia que aumenta o poder econômico, com reflexo positivo para a área da saúde e oferta de serviço de maior complexidade hospitalar para a população. No entanto, a falta de investimento na atenção primária torna o sistema mais caro e por vezes menos resolutivo.

O Circuito da Fé e Vale Histórico por sua vez, com exceção da mortalidade infantil e da mortalidade por causas externas, possui coeficientes de mortalidade maiores do que a média da região. No caso da mortalidade por aparelho circulatório uma possível explicação é a alta proporção de idosos na população.

No Litoral Norte se destaca o coeficiente de mortalidade por causas externas, que pode estar correlacionado à rápida urbanização e crescimento demográfico do município, bem como as suas características geográficas e ambientais.

Embora os municípios tenham adequado índice de desenvolvimento, conforme medido pelo IPRS, a acentuada urbanização ocorreu de forma acelerada pelo crescimento populacional (Tabela 1), não acompanhada pela estrutura urbana para receber essa população, incluindo o sistema de saúde, que possui número de leitos insuficiente para a região; embora a cobertura de atenção primária seja a melhor entre as quatro regiões de saúde analisadas.

Tabela 3 – Regiões de Saúde do Vale do Paraíba Paulista, segundo indicadores selecionados do Pacto pela Vida.

INDICADOR	DRS	AVP	CF/VH	LN	VP/RS
Coefficiente de Mortalidade Infantil (2007)	14,05	13,38	12,95	14,87	15,75
Coefficiente de mortalidade materna (2007)	34,43	29,08	63,16	46,46	13,23
Coefficiente de mortalidade por Ca mama (2006)	12,33	11,44	13,77	10,4	8,61
Coefficiente de mortalidade por doenças do ap. circulatório (2006)	147,08	113,9	207,61	107,88	175,54
Coefficiente de mortalidade por causas externas (2006)	63,98	62,14	53,49	83,07	65,89

AVP: Alto Vale Paraíba, CF/VH: Circuito daFé/Vale Histórico, LN: Litoral Norte, VP/RS: Vale do Paraíba/Região Serrana.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2009

No Vale Paraíba/ Região Serrana observa se, como no circuito da Fé/Vale Histórico, um alto coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho circulatório. Observa se ainda, um alto coeficiente de mortalidade infantil que não seria de esperar dado à relativamente alto proporção de médicos na atenção básica, cobertura da estratégia de saúde da família e estrutura da rede hospitalar, apontando para a necessidade de avaliar a qualidade desses serviços.

### Conclusão

O processo de descentralização e regionalização ocorre de forma diferente nas diversas regiões do Brasil.

Os fatores históricos possuem grande relevância quando se analisa a característica de uma região, o que também implica na estruturação da saúde de cada município.

A municipalização decorrente da descentralização da saúde resultou numa forte fragmentação e aumento na desigualdade entre os municípios. Este cenário se enraizou de forma gradual e desconfigurou o perfil traçado pela constituição de 1988, quanto ao atendimento integral à saúde e à condução da regionalização nos estados brasileiros.

Diante desse cenário de persistência de desigualdades, a regionalização ressurgiu de forma abrangente e com diretrizes mais claras e participativas, com o Pacto pela Saúde, instituída em 2006 pelo Ministério da Saúde. O documento apresenta passos a serem seguidos pelos gestores de saúde de cada município para promover um trabalho em rede das unidades de saúde e minimizar as desigualdades na estrutura da rede de saúde entre as regiões.

Diante dos resultados apresentados, percebemos que os fatores sócio-econômicos, bastante heterogêneos, influenciam diretamente a estrutura da saúde no Departamento Regional de Saúde 17, Taubaté.

Destacamos que a região aparece marcada por alto índice de mortalidade infantil, o que indica uma combinação negativa de oferta de serviços de saúde deficientes e fatores sócio-econômicos que devem ser abordados, conforme demonstrado pelo baixo Índice de Responsabilidade Social (IPRS) de vários municípios – este índice inclui indicadores de renda, escolaridade e saúde – principalmente nas regiões do Circuito da Fé/Vale Histórico e Região Serrana.

No Estado de São Paulo, o processo de implementação da regionalização enfrentou obstáculos. Dentre eles, está a conscientização dos gestores de saúde quanto à execução das normas descritas no Pacto de Saúde, incluindo o escasso financiamento.

É possível, assim, observar que as desigualdades encontradas por Viana e Luciana (2009) para o país, acontecem também no nível regional. Reconhecer essas diferenças, compreender por que elas ocorrem e compartilhar tanto os problemas vivenciados como as soluções encontradas é um caminho para a superação e a construção de um sistema de saúde mais justo, que privilegie a todos, sem discriminação.

Ao mesmo tempo, no Brasil, sempre que tratamos de saúde devemos considerar tanto o setor público quanto o privado, e avaliar que, embora a saúde não seja somente o resultado da oferta e desempenho dos serviços de saúde, esses são fundamentais para diminuir o impacto negativo causado pela desigualdade social do país, a fim de contribuir para o bem-estar da população.

Com a regionalização, é possível reduzir essas diferenças, a partir da divisão administrativa de regiões de saúde, visando instituir um trabalho em rede que integre os serviços e se preocupe não somente com a quantidade de serviços ofertados, mas igualmente com a qualidade do atendimento. Este é um caminho necessário para a região do Vale do Paraíba Paulista.

#### Referências

- BRASIL. *Constituição (1988)*. 22<sup>a</sup>. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2004.

- BRASIL. Ministério da saúde. DATASUS. *Informações de Saúde; Epidemiológicas e Morbidade 2000-2007*, c2008. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>. Acesso em 12 set 2011.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, c2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde; v. 3)

- PAIM, J. et al. *O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*, 2011. (Series: A saúde no Brasil, 1). Disponível <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf> Acesso em 12 set 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8

- SÃO PAULO. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Fundação Seade) *índice paulista de responsabilidade social. 2008-2010*. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/> Acesso em 12 set 2011.

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

[http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01\\_07.pdf](http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_07.pdf) . Acesso em 12 set 2011.

- VIANA, A. L. d'Á.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500007&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 12 set. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500007..>