



A Regionalização da Saúde e as suas singularidades em Braga (Portugal) e em Santa Maria (Brasil)

**Miriam Cabrera Corvelo Delboni
Silvia Virginia Coutinho Areosa
Paula Cristina Cadima Remoaldo
Maria Clara Costa Oliveira**

Resumo

A compreensão das abrangências regionais em saúde, as suas particularidades e formas de assistência, permite que governos, serviços e profissionais possam planejar as ações em saúde. Dessa forma, este artigo tem como proposta avaliar como se configuram as redes de saúde, insistindo nas Regionalizações de Saúde em Portugal e no Brasil, tendo como base de pesquisa a Agência Regional de Saúde de Braga/Portugal (ARS/Norte) e a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde de Santa Maria no Rio Grande do Sul/Brasil (4ªCRS). Este não é um estudo comparativo entre os dois países, visto encerrarem realidades distintas, tanto em termos territoriais, como demográficos, políticos e culturais. Almeja apresentar como se configuram tais regionalizações em saúde, compreendendo estas como estratégias para a descentralização a partir de um estudo sobre a região Norte (Braga/Portugal) e a região sul (Santa Maria/Brasil), como dois modelos distintos em ofertar saúde para a população. A metodologia usada foi apoiada nos dados secundários dos Ministérios da Saúde e Secretarias de Saúde dos dois países. Conclui-se que há distinções na regionalização em saúde nas duas regiões estudadas e que Portugal possui uma rede em saúde mais consolidada do que o Brasil.

Palavras-chave: REDES.REGIONALIZAÇÃO.SAÚDE.POLÍTICA DE SAÚDE.

1 INTRODUÇÃO

Compreender a abrangência dos serviços de saúde ofertados à população, numa determinada região, é fundamental para se entender a rede de cuidados, levando em consideração que não são apenas as ofertas de serviços que garantem a qualidade ofertada, e muito menos asseguram a implementação das Políticas de Saúde. Entretanto, é preciso primeiro investigar, para depois concluir se tais fatos podem ser confirmados ou não. Dessa forma, compreender a regionalização da saúde é primordial para qualquer pessoa que utiliza a rede ou que trabalhe nela.

Para a discussão sobre região e regionalização, importa recordar Corrêa (2006), que define região como resultado de um longo processo de transformação da paisagem natural em paisagem cultural. Traduz-se na interface entre os arranjos das paisagens, dos habitats naturais, e nos traços culturais, reunindo o que conhecemos por gênero de vida. A região é vivenciada pelos seus habitantes que reconhecem a sua existência concreta. O mesmo autor enfatiza que, desde 1970, há três formas de constituição de uma região, sendo a primeira a que se assume como uma resposta



aos processos capitalistas, fruto dos processos sociais associados ao modo de produção capitalista. A segunda apoia-se na abordagem da geografia humanista, que considera a região como espaço vivido. E a terceira, na qual a região é considerada como meio de interações sociais e culturais, apoiado nos estudos de Raffestin (1993). Complementando esta teoria, Lencioni (1999) afirma que região e território podem ser influenciados na sua constituição histórica e nas dinâmicas institucionais, refletindo-se no cotidiano das pessoas.

Observa-se que, as compreensões sobre a regionalização possibilitam pensar em estratégias de cuidado em saúde numa nova perspectiva, a da necessidade de consciencialização dos atores locais dimensionada na perspectiva do empoderamento destes, no sentido de identificação social enquanto sujeito participativo no controle social decisório e de forma autônoma em relação às forças externas impostas ao seu destino enquanto usuário.

Portanto, a compreensão das abrangências regionais em saúde, permite que se identifique onde se localizam as referências e contra referências nas linhas de cuidado em saúde. Dessa forma, este artigo tem como proposta apresentar como se configuram as redes de saúde, ou melhor dizendo, as Regionalizações de Saúde em Portugal e no Brasil, tendo como base de pesquisa a Agência Regional de Saúde de Braga/Portugal (ARS/Norte) e a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde de Santa Maria no Rio Grande do Sul/Brasil (4ªCRS). Não é nosso objetivo realizar uma comparação dos dados entre os dois países, por serem realidades territoriais, demográficas e culturais distintas. São configuradas as regionalizações em saúde, a partir de um estudo sobre a região Norte (Braga/Portugal) e a região sul (Santa Maria/Brasil).

Para a elaboração desse estudo, apoiou-se na pesquisa de dados secundários através de documentos existentes nos Ministérios de Saúde e das Secretarias de Saúde dos dois países. Assim, trata-se de um estudo documental exploratório realizado no período de fevereiro de 2015 a dezembro de 2016.

Quanto a estruturação desse artigo, explana-se os seguintes resultados: A saúde de Portugal e como ocorre a regionalização, em seguida A Saúde Brasileira e a regionalização em Saúde e, por fim as considerações finais.



2 A saúde em Portugal e a Regionalização

Segundo Sousa (2009), com o objetivo de obter mais saúde para todos, tem-se assistido em Portugal a uma focalização do sistema de saúde português na intervenção em duas vertentes: as intervenções na família e no ciclo de vida e os problemas de saúde por meio de uma aproximação à gestão da doença. O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 apresentou uma visão de sistema de saúde, no qual tiveram lugar iniciativas efetivas e apoiadas em promoção de saúde e que proporcionam acesso a cuidados de saúde de qualidade compatíveis com os objetivos do sistema de saúde e com a qualidade dos instrumentos de governança disponíveis.

Entretanto, Portugal passou por diversas modificações contemporâneas, que, consoante Pisco (2007), foram transformações de grande importância no domínio da saúde e que ocorreram seguindo momentos políticos, econômicos e históricos distintos de cada época. Destaca-se o período da democratização e descolonização (1974), a entrada na Comunidade Econômica Europeia (1986) e a integração na União Monetária Europeia (2000). Para Sousa (2004) e Pisco (2007), as políticas de saúde do país evoluíram de modo significativo, conforme os períodos demarcados, pois, antes de 1974, o sistema de saúde era fragmentado e basicamente médico-sanitário de fundo caritativo, coordenado maioritariamente pelas Misericórdias. Nesse momento, o Estado desempenhava um papel supletivo nas questões da saúde, e o hospital era o modelo central do sistema e basicamente assumido pelas Misericórdias, que tiveram um papel primordial, articulando ações sociais e de saúde (SOUSA, 2009).

Foi com a Revolução Democrática de 25 de abril de 1974 e com a Constituição de 1976 que, de acordo com Sakellarides *et al.* (2006), Portugal mudou profundamente Portugal: novas políticas sociais; intervenção clara do Estado na definição da política de saúde, no planejamento e na execução; e, intervenção face às assimetrias regionais e sociais, com o reconhecimento do direito à saúde a todos os cidadãos. O Estado assume a responsabilidade do direito à proteção da saúde, em conformidade com a Constituição, e isso culmina na criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 1979.

A Lei do Serviço Nacional de Saúde (1979) declara que o acesso ao SNS deve ser garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição social ou econômica. Pisco (2007) explica que, na revisão da Constituição Portuguesa, em



1989, houve uma mudança de “serviço nacional de saúde gratuito” para “tendencialmente gratuito”, ou seja, tabelaram-se alguns serviços para a contribuição do SNS, de forma a incorporar, em 1990, a introdução de taxas moderadoras no acesso a determinados cuidados de saúde, com exceção para grupos de risco e economicamente desfavorecidos.

Sousa (2009) ressalta que a saúde portuguesa passa a ser da responsabilidade não só do Estado, mas também de cada indivíduo, bem como das iniciativas sociais e privadas, e destaca que, com a publicação da Lei de Bases da Saúde e do Estatuto do SNS (PORTUGAL, 1990), definem-se as entidades intervenientes no sistema de saúde. Destaca, ainda, que o sistema de saúde português passa a ser caracterizado pela coexistência de três sistemas articulados entre si:

O Serviço Nacional de Saúde (abrangendo todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde); subsistemas de saúde públicos de apoio (entidades públicas que desenvolvem atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde); e, todas as entidades privadas e todos os profissionais livres que acordem com o SNS a prestação de cuidados ou de atividade de saúde. (SOUSA, 2009, p. 887).

Isso significa que o SNS tem um serviço de saúde articulado entre parcerias público e privado, com o objetivo de coordenar os serviços, a fim de proporcionar resultados exitosos à população. Nesse sentido, o autor salienta que se tornaram necessárias as alterações de gestão para melhorar a efetividade e a eficiência do setor da saúde, entre as quais sobressaem:

Um novo papel para o sector privado – procura-se estimular a intervenção do sector privado na área da saúde, incluindo a gestão privada de instituições de saúde. – A regionalização e integração do SNS – Em 1993 foram estabelecidas cinco regiões administrativas de saúde (Administrações Regionais de Saúde) assim como “unidades funcionais” entre hospitais e centros de saúde. Estas últimas tinham como objectivo conseguir uma melhor integração entre cuidados primários, secundários e terciários. (SOUSA, 2009, p. 887).

Assim, Sakellarides *et al.* (2006, p. 112) afirmam que Portugal tem procurado deslocar o enfoque da governança do sistema de saúde dos “recursos” para os “resultados”, da “organização e financiamento da oferta” para a “melhoria do desempenho da oferta”, tendo como principal instrumento dessa transição os



processos de contratualização do desempenho. É nesse aspecto que a participação do usuário é valorizada como o beneficiário direto desses resultados e, portanto, o alvo principal quando se tenta identificar se os serviços estão dando respostas eficientes aos casos. No entanto, Sousa (2009) destaca que, mesmo com o esforço de melhorias na organização e na gestão do sistema de saúde; as reformas implementadas foram incompletas, quer por limitações da própria gestão, por resistência às mudanças ou por descontinuidade das políticas da saúde.

É necessário ressaltar de que forma ocorre a organização do SNS. Segundo Pisca (2007), o sistema é gerido pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e por cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS). A ACSS é responsável pela gestão central dos recursos financeiros, humanos, de equipamento e de instalações do SNS, bem como pelo estabelecimento de políticas, planos, regulamentos e normas de saúde. As ARS são responsáveis pela prestação de cuidados de saúde às populações de cada uma das cinco regiões de saúde (Norte – onde se localiza Braga –, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), além da execução regional do Plano Nacional de Saúde.

Para além de serem financiados pelo Estado, Pisca (2007) explica que os cuidados de saúde prestados pelo SNS são maioritariamente assegurados por estabelecimentos públicos de saúde, que incluem:

- Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) - asseguram maioritariamente a prestação de cuidados de saúde primários às comunidades locais. Cada ACES congrega vários centros de saúde, cobrindo cada um, normalmente, a área de um município. Cada centro de saúde pode ter uma ou mais extensões de saúde fora da sua sede, sendo também responsável por atender, com pessoal médico e de enfermagem, os postos médicos públicos locais, mantidos por algumas juntas de freguesia. Cada ACES inclui unidades especializadas de saúde familiar, de cuidados de saúde personalizados, de saúde comunitária e de saúde pública;
- Estabelecimentos hospitalares - prestam, maioritariamente, cuidados de saúde diferenciados. A maioria dos hospitais públicos integram centros hospitalares, os quais congregam e administram várias unidades hospitalares localizadas na mesma cidade ou região. Os hospitais não integrados e os centros hospitalares são



classificados como grupo I (locais), II (regionais), III (centrais) ou IV (especializados);

- Unidades locais de saúde (ULS) - congregam todos os centros de saúde e hospitais localizados em determinada cidade ou região, num único estabelecimento integrado, responsável pela prestação tanto de cuidados de saúde primários como de cuidados de saúde diferenciados.

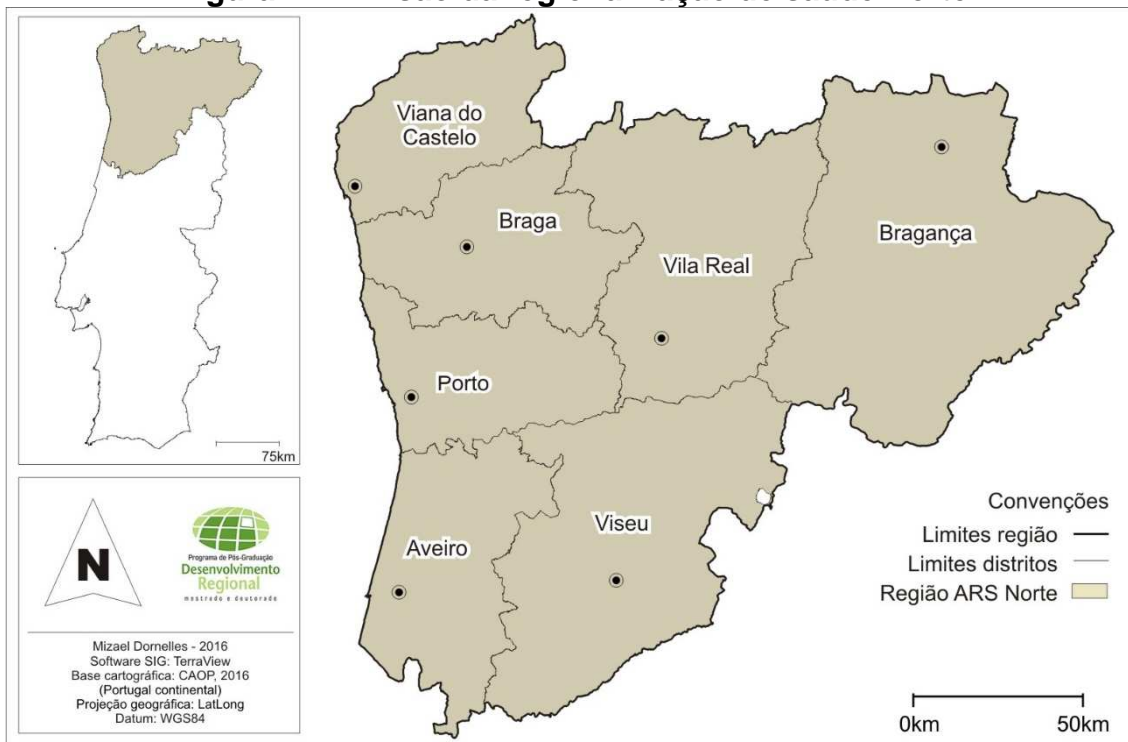
O SNS também mantém convênios com entidades privadas para a prestação complementar de cuidados de saúde aos seus usuários com as Instituições Público-Privadas em Saúde (IPPS), que se concretizam, na sua maioria, com as Misericórdias, principalmente no que se refere aos serviços continuados em saúde para os idosos, com Instituições de Longa Permanência e de Centros de Dia, Centros de Noite e demais Centros de Convivência para os idosos e pessoas em situação vulnerável.

O Ministério da Saúde possui também o serviço Linha Saúde 24, um serviço de informação disponível todos os dias, 24 horas por dia, e acessível via telefone ou por internet. Disponibiliza triagem, aconselhamento e encaminhamento em situação de doença, aconselhamento terapêutico, assistência em saúde pública e informação geral de saúde (SOUSA, 2009).

Quanto à ARS Norte, representada na Figura 1, se divide em 7 Distritos: Aveiro, Viseu, Porto, Braga, Vila Real, Bragança e Viana do Castelo. Nessa região, há 19 Centros de Saúde, 18 Hospitais, 3 Unidades Locais de Saúde, e, no caso do Distrito de Braga, são 5 Agrupamentos de Saúde (PORTUGAL, 2012).



Figura 1 – Divisão da regionalização de saúde Norte



Fonte: Elaborado por Mizaél Dornelles (2014).

Em resumo, observa-se que o SNS tem crescido sensivelmente. Além disso, o seu processo de gestão incrementou a busca pelos resultados, atualmente realizada por resolutividade, tendo se tornado a tônica da gestão na saúde portuguesa.

2 O Sistema de Saúde Brasileiro e a Regionalização

Por sua vez, no Brasil, em 1988, a Constituição Federal reconheceu a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado e estabeleceu a base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que se fundamenta nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação social. Esse reconhecimento constitucional do direito à saúde só foi possível após uma longa luta política e graças à atuação do Movimento pela Reforma Sanitária (MENDES, 2009).

Observa-se que a reforma da saúde no Brasil ocorreu onze anos após a reforma portuguesa e, segundo Escorel (2008), num contexto político e econômico desfavorável, que promovia a ideologia neoliberal, perspectiva reforçada por organizações internacionais contrárias ao financiamento público de sistemas de saúde nacionais e universais ou que defendiam etapas intermediárias para atingi-lo. A



implantação do SUS iniciou-se em 1990, quando foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), que especificou as atribuições e a organização do SUS.

O sistema de saúde brasileiro é formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, gerando uma combinação público-privada financiada, sobretudo, por recursos privados. O sistema de saúde tem três subsetores: o público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos âmbitos federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o privado (com fins lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados de diversas formas, com recursos públicos ou privados; e, por último, o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais. Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados, e, portanto, os usuários podem utilizar os serviços dos três subsetores (MENDES, 2009).

A própria Lei nº 8.080/1990 expõe, no artigo 7º, que as ações e serviços públicos de saúde, além dos serviços privados contratados ou convenionados, devem ser desenvolvidos de acordo com o manifesto realizado no artigo 198 da Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1990). Este artigo determina que a descentralização política e administrativa deve ter uma direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e uma regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

Desde 2006, com o Pacto pela Saúde, houve um acordo no qual os gestores de cada nível de governo assumiram compromissos mútuos sobre as metas e responsabilidades em saúde (BRASIL, 2006). Para administrar essa política descentralizada, os mecanismos de tomada de decisão foram ampliados no sistema, com participação social e construção de alianças entre os principais atores envolvidos (MAIO; LIMA, 2008). Além das conferências nacionais de saúde, foi institucionalizada uma estrutura inovadora, que estabeleceu conselhos de saúde e comitês intergestores nos âmbitos estadual (bipartite) e federal (tripartite), sendo as decisões tomadas por consenso (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

Na opinião de Miranda (2007), essas estruturas políticas representam uma grande inovação na governança em saúde no Brasil, pois permitiram que um maior número e variedade de atores participassem no processo de tomada de decisão e definiram áreas de responsabilidade institucional com mais clareza do que no



passado, assegurando que cada nível de governo apoiasse a implantação da política nacional de saúde.

O sistema de saúde brasileiro organiza-se para atender à população em níveis de atenção complementares, ou seja, atenção primária, atenção secundária e atenção terciária. A atenção primária em saúde (também conhecida como atenção básica) é responsável pelo atendimento dos acometimentos mais prevalentes na população. Assim, os profissionais que nela trabalham devem ter uma formação geral e abrangente (MENDES, 2009). Portanto, para a organização do SUS, foi primordial a regionalização do sistema, destacando-se a importância de se compreender o conceito de regionalização da maneira como ele ocorre no Rio Grande do Sul.

A regionalização da saúde como estratégia para a descentralização foi contemplada, no Brasil, na Constituição de 1988, e reforçada na Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/1990), além das consecutivas Normas Operacionais do SUS, que trataram do tema, como, por exemplo, a Norma Operacional Básica do SUS 01/93 (NOB SUS 01/93), que especifica a estratégia da regionalização, a partir de um enfoque na articulação e mobilização municipal, com o objetivo de garantir acesso à saúde e à estruturação de regiões de saúde (BRASIL, 1993).

Já a Norma Operacional Básica do SUS 01/96 (NOB SUS 01/96) teve, como meta, fomentar o desenvolvimento e consolidar a gestão municipal, além de reafirmar que a rede de serviços municipais deve ser organizada segundo as diretrizes da Constituição de 1988 (BRASIL, 1996). As Normas Operacionais de Assistência à Saúde do SUS 01/2001 e 01/2002 (NOAS SUS 01/2001 e NOAS SUS 01/2002) apresentam a efetivação da regionalização, como estratégia principal para a organização do sistema de saúde no território (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002a). Com o objetivo de promover mais equidade no acesso da população às ações e aos serviços de saúde, foram introduzidos os conceitos de módulos assistenciais, microrregiões, macrorregiões e regiões.

No ano de 2006, foi publicado, no Brasil, o Programa Pacto pela Saúde, no qual o conceito de regionalização foi ampliado para além da assistência e apresentado como eixo estruturante do Pacto de Gestão, sendo responsável por fomentar o processo de descentralização, fortalecendo Estados e municípios para exercerem o seu papel de gestores (BRASIL, 2006).



As Coordenadorias são unidades da Secretaria Estadual de Saúde (SES) descentralizadas, desempenhando um papel importante no auxílio às regiões na implantação e no controle das políticas públicas de saúde, entre outras funções. No entanto, o conceito de “região de saúde” foi resgatado no Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011a) e na Resolução nº 01, de 29 de setembro de 2011, sendo definido como

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

Todavia, para ser reputado como uma região, esse agrupamento de municípios deverá possuir os seguintes elementos constitutivos: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial e hospitalar especializada e vigilância em saúde (BRASIL, 2011a).

Uma das diretrizes que fundamentam o SUS é a regionalização, pois ela tem um papel fundamental na consolidação do sistema no país, desde a década de 1990, quando o Sistema Único de Saúde (SUS) foi inserido no território nacional, fazendo-se presente, progressivamente, em todos os municípios, que passaram a contar com gestão e serviços de saúde de base municipal, bem como com a participação social de diferentes atores, por meio dos Conselhos Municipais de Saúde, impondo, dessa forma, novos desafios aos gestores das três esferas do governo (BRASIL, 2003).

Contudo, foi na década de 2000, na reorganização do modelo de atenção à saúde, que os gestores municipais e estaduais focaram as discussões na agenda política sobre a regionalização da saúde, definindo as ferramentas de gestão, principalmente as relacionadas com a gestão colegiada, com o objetivo de organizar as demandas que surgiram frente às mudanças impostas pelo novo paradigma (BRASIL, 2003).

Segundo Paim (2009), a regionalização impele os gestores a dialogarem sobre a construção de condições de acesso a serviços de saúde, considerando garantir os princípios que regem o SUS, de forma a que eles se efetivem no território. Dessa forma, no sentido de garantir a produção de redes de atenção à saúde e a melhoria da qualidade do acesso às ações e aos serviços, percebe-se que o diálogo, a construção



e a pactuação de compromissos e responsabilidades compartilhadas entre os gestores são alguns dos dispositivos essenciais no território da região de saúde. Para Paim (2009, p. 49), a regionalização é:

[...] a articulação entre os gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, garantindo acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população. Significa organizar os serviços de saúde em cada região para que a população tenha acesso a todos os tipos de atendimento.

Para Righi (2010, p. 65) a discussão sobre a regionalização não pode estar dissociada da construção das redes de atenção à saúde. Essa questão é importante, pois:

As redes de saúde dão ênfase ao entorno funcional. O conceito de redes de saúde ou, de forma mais abrangente, de redes de produção de saúde, procura dar conta desta coprodução tensa entre a rede assistencial (com suas normas próprias – necessárias) e o território. Contudo, o território não é apenas espaço de demanda ou depositário de necessidades e recursos para a rede assistencial. O território também se produz na medida em que a localização de pontos da rede assistencial altera o espaço vivido. (RIGHI, 2010, p. 65).

No entanto, há de se superar a visão fragmentada, que, de maneira geral, está focalizada apenas no território do município. Pela regionalização, busca-se ampliar essa visão, de maneira a que os municípios se entendam enquanto conjunto, promovendo a cooperação e a solução dos problemas, que não são dificuldades individuais, mas coletivas (RIGHI, 2010).

O SUS é concebido como uma rede que, segundo Righi (2010, p. 75), “é mais do que a soma das partes, é mais do que um leque de serviços, estabelecimentos, ações e de programas”. Ao ampliar essa perspectiva, Santos e Andrade (2011, p. 37) aportam a seguinte compreensão:

Rede de serviços de saúde ou de atenção à saúde é a forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, de um determinado território, de modo a permitir a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais e organizações ali existentes, para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma



racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme uma lógica técnico-sanitária.

Os autores destacam a importância da regionalização, como uma das diretrizes do SUS e do conhecimento da realidade de uma população, numa área delimitada. Esse conhecimento da realidade deve contemplar todos os problemas, facilidades, características, formas de acesso, cultura e fluxos de transporte dessa população.

Apoiadas nesse conhecimento, e a partir dele, as equipes de saúde, no processo de regionalização, apropriar-se-ão da organização da região, das ações de vigilância epidemiológica e sanitária e das ações ambulatoriais e hospitalares, que deverão contemplar todos os níveis de complexidade. Essas ações, bem como a sua vinculação com os estabelecimentos de saúde, sejam eles, hospitais, unidades e/ou laboratórios, serão distribuídas de forma a contemplar as necessidades de determinada região.

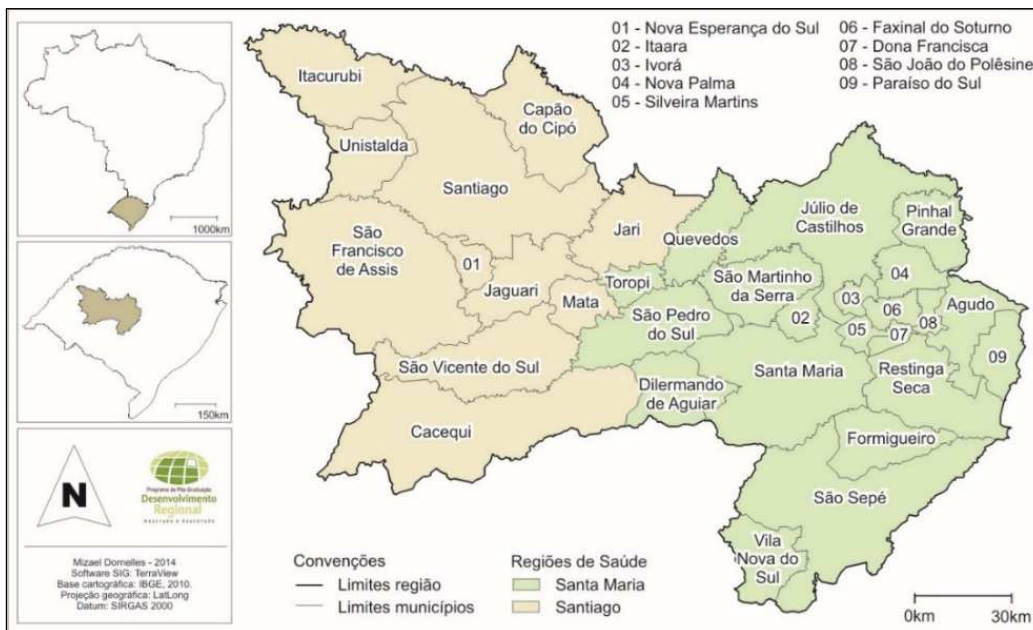
Para Santos e Andrade (2011), a criação dessa regionalização é um triunfo, mas, na prática, é um desafio que tem que ser enfrentado no cotidiano dos gestores e trabalhadores de saúde, protagonistas desse processo. Isso acontece porque se acredita que “qualquer proposta de regionalização da saúde no Brasil deverá contribuir para o fortalecimento da identidade local e de um determinado território no qual o poder político-institucional é exercido por um amplo conjunto de atores sociais envolvidos” (p. 37).

Assim como em todo o País, no Estado do Rio Grande do Sul, a regionalização de saúde também se encontra dividida em diversas coordenadorias regionais. A organização da rede de atendimento na região segue o que preconiza o Plano Diretor de Regionalização (PDR/RS), que distribui a região em macrorregiões de atenção integral à saúde, que atendem aos casos mais complexos, e microrregiões em saúde, com hospitais de referência microrregionais e unidades locais de saúde direcionadas para a baixa complexidade (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

No caso do Estado do Rio Grande do Sul, existem 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, sendo que a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS) corresponde à região de Santa Maria e a outros 32 municípios, conforme se observa na Figura 2.



Figura 2 – Composição da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde Santa Maria



Fonte: Elaborado por Mizael Dornelles (2014), a partir de dados da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (divisão vigente em 2016).

Num levantamento realizado sobre os serviços de saúde na região da 4ª CRS, encontraram-se: 15 Hospitais Regionais, 1 Hospital Universitário e 1 Municipal, 16 Unidades Básicas de Saúde, 3 unidades de emergência, 14 Estratégias de Saúde da Família, 1 Centro de Referência em Tuberculose, 5 Unidades de Saúde Distritais, 4 Centros de Atenção Psicossocial - CAPS (1 saúde mental, 2 álcool e droga e 1 infância), 1 ambulatório de saúde mental, e 10 Instituições de Longa Permanência, sendo 5 privadas e 5 filantrópicas.

Considerações Finais

Compreender a abrangência dos serviços de saúde ofertados na região é fundamental para se entender a rede de cuidados destinada à população. Entretanto, apenas as ofertas de serviços não garantem a qualidade do serviço ofertado, tampouco asseguram a implementação das políticas de saúde. Portanto, torna-se primordial interpretar os dados secundários e primários para as análises dos fatos.

Observa-se que tanto na Região Norte de Portugal, onde se localiza a ARS Norte, quanto no Rio Grande do Sul, com a 4ª CRS, houve um aumento no número de



habitantes e idosos inclusive, na última década. Portanto, torna-se necessária a efetivação de políticas que promovam a qualidade de vida e busquem equalizar as demandas para o Desenvolvimento Regional de cada país, tendo os usuários como protagonistas desse processo.

As duas regiões estudadas apresentam uma regionalização em saúde de acordo com a proposta de um bom modelo para o cuidado integrado. No entanto, salvo as devidas proporções da extensão territorial e do número de habitantes em cada região, a forma de se constituir a saúde em rede diferencia-se entre si. Em Portugal, é clara a existência de uma rede, e mais completa, do que a estudada no Brasil. A possibilidade de se fazer parcerias público-privadas, permite a Portugal articular ações de cuidados de outra esfera, como por exemplo os Centros de Convivência que são locais que permitem uma socialização e cuidados em saúde preventiva, já que proporcionam atividades grupais que propiciam a socialização e trocas de conhecimentos entre os participantes.

A descentralização por bairros (freguesias em Portugal) de todos os serviços, permite uma facilidade aos usuários em cuidar da saúde em seu entorno, sem a necessidade de grandes deslocamentos, facilitando o acesso aos serviços de saúde. No Brasil, apesar da rede estar constituída na legislação e, também se oferecer diversos equipamentos de saúde para os três níveis de atenção (primária, secundária e terciária), há uma fragilidade na constituição da rede, possuindo uma baixa articulação entre os níveis de atenção.

No entanto, essa é uma temática que merece um maior aprofundamento da pesquisa, já que neste estudo identificou-se apenas como se configuram as Regionalizações de Saúde, em Braga/Portugal e em Santa Maria/Brasil. Propõe-se para futuras pesquisa um melhor detalhamento de como são constituídas essas redes, quais são as fragilidades e pontos fortes para a efetividade de ofertas de serviços de saúde de acordo às necessidades das populações.

Referencias

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília-DF: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos



serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.

_____. **Lei nº 8.222, de 5 de setembro de 1991.** Dispõe sobre a Política Nacional de Salários, o salário mínimo, e dá outras providências. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8222.htm.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html.

CORRÊA, L. **Estudos sobre a rede urbana.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006. p. 15-57.

SCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 385-434.

LENCIONI, S. **Região e Geografia.** São Paulo: Edusp, 1999.

MAIO, M. C.; LIMA, M. T. Fórum. O desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, p. 1611-1613, 2009.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

MIRANDA, A. S. Intergovernmental health policy decisions in Brazil: cooperation strategies for political mediation. **Health Policy Plan**, v. 22, p. 186-192, 2007.

MOREIRA; M. R.; SCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, nº 3, p. 795-805, 2009.

PAIM, J. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. 148 p.

PISCO, L. **Reforma dos cuidados de saúde primários.** Reconfiguração dos Centros de Saúde Criação de Agrupamentos de Centros de Saúde, Viseu, 12 de junho de 2007.

PORDATA. **Base de dados Portugal Contemporâneo.** Disponível em www.pordata.pt/portugal.

PORTUGAL. **Constituição da República Portuguesa.** Texto originário da Constituição, aprovada em 2 de abril de 1976. Disponível em: <https://www.parlamento.pt/parlamento/documents/crp1976.pdf>.

_____. **Lei Constitucional nº 1/2001, de 12 de dezembro.** Quinta Revisão da Constituição. Disponível em: http://www.cne.pt/sites/default/files/dl/crp_1c_2001.pdf. Acesso em: ago. 2016.

_____. Direção-Geral da Saúde. **A saúde dos portugueses.** Perspectiva 2015. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2015. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/a-saude-dos-portugueses-perspetiva-2015.aspx>. Acesso em: jul. 2015.



- RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. França. São Paulo: Ática, 1993.
- RIGHI, L. Redes de saúde: uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da Atenção Básica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos Humaniza SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Belo Horizonte: Segrac, 2002. Disponível em: <http://www.agergs.rs.gov.br>. Acesso em: 17 ago. 2014.
- _____. Secretaria Estadual da Saúde. **Dados abertos/saúde**. Acesso em: 23 set. 2016.
- SAKELLARIDES, C. et al. **O futuro do Sistema de Saúde Português**. "Saúde 2015". Observatório do QCA III. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa/Escola Nacional de Saúde Pública, 2006.
- SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, nº 3, mar. 2011.
- SOUSA, P. A. F. O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. –22, Especial - 70 Anos, p. 884-894, 2009.