

A regionalização da saúde no estado da Paraíba: uma análise da rede de urgência e emergência na 9ª região de saúde

RESUMO

Elicely Cesário Fernandes

elicely_uir@hotmail.com

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Mossoró. Rio Grande do Norte. Brasil.

Ângelo Magalhães Silva

angelomagalhaes@ufersa.edu.br

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Mossoró. Rio Grande do Norte. Brasil.

Kennaline Késsia Egídio Andrade Saturnino

kennalinekessia@hotmail.com

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Mossoró. Rio Grande do Norte. Brasil.

Izídio Rocha da Silva Júnior

juninhoizidio@gmail.com

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Mossoró. Rio Grande do Norte. Brasil.

O presente artigo trata sobre a regionalização da saúde, especificamente a rede de urgência e emergência, com olhar voltado para o conhecimento da RUE na 9ª Região de Saúde da Paraíba, promovendo-se uma análise de seus arranjos intraestadual e regional. Visando atingir os resultados da pesquisa, o estudo foi realizado utilizando-se da metodologia de análise de dados no site do estado da Paraíba e do Ministério da Saúde, coletando informações por meio do SIC/PB. Também foi realizada análise documental dos Planos Estaduais de Saúde de 2016-2019 e 2020-2023, bem como do Plano Estadual da Rede de Urgência e Emergência da Paraíba do ano de 2011 e seus aditivos. Por meio do estudo formulado, conseguiu-se traçar um desenho da RUE do estado da Paraíba, especificamente da RUE na 9ª Região de Saúde, verificando a existência de algumas fragilidades, dentre elas o próprio acesso aos hospitais para o tratamento adequado. Verificou-se a necessidade de melhorias no sistema da RUE para fortalecer as ações de saúde na 9ª Região de Saúde da Paraíba para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), proporcionando aos indivíduos dessa região o acesso adequado e efetivo ao direito à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Regionalização da saúde; Rede de Urgência e Emergência; 9ª Região de Saúde da Paraíba.

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde foi concebido no ano de 1988 através da Constituição Federal Brasileira. Nesta o legislador previu o direito à saúde como direito social, listado no rol do art. 6º da Constituição Federal, ao lado da educação, da alimentação, do trabalho, da moradia, do transporte, do lazer, da segurança, da previdência social, da proteção à maternidade e à infância e da assistência aos desamparados (BRASIL, 1988).

Ao percorrer-se a Constituição Federal é possível observar que a saúde compõe o que se chama de tripé da Seguridade Social, ao lado da Previdência Social e da Assistência Social, tendo tão relevante destaque que o legislador apontou, no art. 196 da CF/88, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

No desígnio de efetivar o direito à saúde foi implantado o SUS (Sistema Único de Saúde), por meio da lei n. 8.080/90, que é conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, e a Lei n. 8.142/90, que regula as questões de financiamento e regulação da participação da comunidade no SUS, instituindo os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde (BRASIL, 1990).

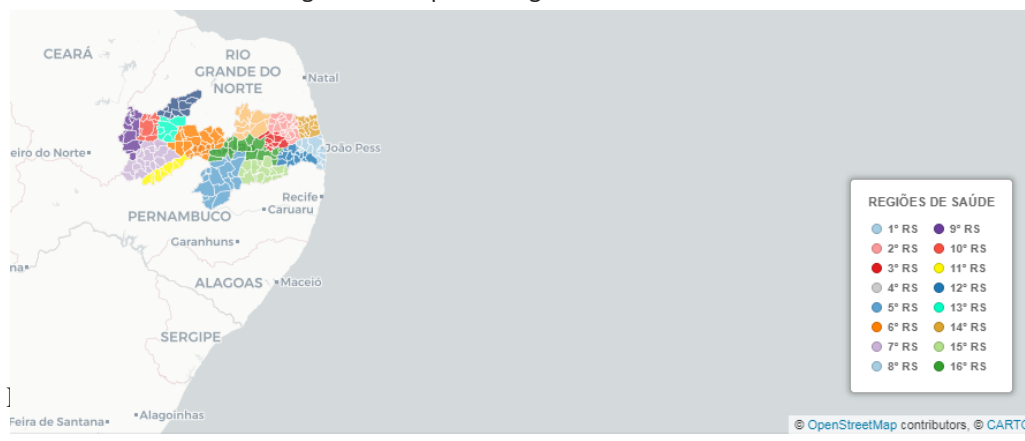
Criado o SUS sobreveio a dúvida sobre o modo de sua operacionalização, dado o imenso território brasileiro, suas diversas peculiaridades, características específicas em cada região constituída. Nesse momento, percebeu-se a necessidade de criar regiões dentro desse país continental imenso, para proporcionar o acesso à saúde a todo cidadão, descentralizando, ainda, o atendimento das demandas.

Além de trazer o direito à saúde, por meio da Constituição Federal/1988 também ficara decidido que a União definiria as normas gerais para o setor da saúde e que os municípios executariam com autonomia essa política de maneira adequada às suas condições locais. Nesse contexto, caberia aos estados o papel de coordenador, avaliador e intermediador da política de saúde entre os municípios (BRANDÃO, et al, 2012).

Conforme esclareceu Da Silva (2018), estabelecer-se a regionalização da saúde no país, foi importante para garantir a assistência à saúde de maneira descentralizada, hierarquizada e universal, oferecendo cuidado necessário o mais próximo possível do local de moradia do usuário. Então, cada estado brasileiro atuou de modo a dividir o seu território, conforme as proximidades entre um município e outro, agregando-se características parecidas entre esses municípios, constituindo as regiões de saúde. Isto fortaleceria o SUS e proporcionaria, como dito acima, que o usuários dos serviços pudesse ser tratado de seu problema mais perto de sua casa e de sua família.

Adequando-se à Constituição Federal e às leis que norteiam o acesso à saúde, fazendo parte desse processo de descentralização, o estado da Paraíba se organizou, estabelecendo as suas regiões de saúde, conforme figura 1.

Figura 1 – Mapa das regiões de saúde da Paraíba



Fonte: <http://portal.saude.pb.gov.br/infosaudef/ifremeR.php>

Desse modo, visando compreender o funcionamento da Rede de Urgência e Emergência do estado da Paraíba, especificamente a RUE da 9ª Região de Saúde, localizada no alto sertão do estado, averiguando as suas fragilidades, foi que se decidiu elaborar o presente artigo. Analisar toda a rede dentro do estado da Paraíba se mostra algo complexo, então optou-se por conhecer a rede de urgência e emergência da 9ª Região de Saúde da Paraíba, localizada no alto sertão, fazendo-se um desenho de sua composição, a fim de verificar se há o atendimento às demandas preconizadas pelo SUS de modo satisfatório, ao menos em sua estrutura.

Para a realização do trabalho foi utilizada a análise bibliográfica, tendo em vista a situação de pandemia, que impede que outros métodos de coleta de dados também possam ser utilizados, especialmente nesse momento em que a pandemia se agrava no estado da Paraíba, onde os leitos de hospitais estão em sua capacidade máxima, conforme dados do portal do Governo do Estado, sendo orientado que todas as atividades sejam realizadas por meio remoto e que os indivíduos mantenham o isolamento social (PARAÍBA, 2021).

Além da pesquisa bibliográfica, será feita uma verificação de dados fornecidos pelos sites oficiais do estado da Paraíba e do Ministério da Saúde, que demonstram a realidade atual da rede de urgência e emergência no território do sertão paraibano, especificamente a 9ª Gerência Regional de Saúde, analisando documentos públicos referentes aos planos estaduais de saúde e ao plano da RUE.

Ainda como base para a pesquisa, coletando dados e informações necessárias, será realizada consulta por meio do Sistema de Informação ao Cidadão, a fim de obter dados sobre os atendimentos realizados pelo estado referentes às urgências e emergências, isto também será adotado em decorrência da pandemia, protegendo-se os autores do artigo e aqueles profissionais que serão procurados para prestar a devida informação.

Ao final, acredita-se que será possível conhecer o funcionamento da RUE da 9ª Região de Saúde da Paraíba e se ela atende efetivamente aos usuários que a procuram.

2 TERRITÓRIO E A REGIONALIZAÇÃO

Antes de adentrar-se à temática sobre a regionalização da saúde no estado da Paraíba necessário tratar sobre a regionalização no Brasil. Para tanto, é preciso que se aborde sobre a temática território, ponto chave para iniciar o presente estudo. Contudo, quando se falar em território, esse assunto envolve muitas nuances, haja vista os mais diversos aspectos que envolvem esse termo e as especificidades existentes em torno dessa temática.

Assim, será feita uma explicação sintética sobre o termo território, apenas para situar o leitor e envolvê-lo no assunto pesquisado.

Pois bem, na lição de Saquet temos o seguinte entendimento:

O território é produzido por atores através da energia e da informação, ou seja, da efetivação, no espaço (este é anterior ao território, compreensão ratificada em Raffestin [2005]), das redes de circulação-comunicação, das relações de poder (ações políticas), das atividades produtivas, das representações simbólicas e das malhas. É o lugar de todas as relações, trunfo, espaço político onde há coesão, hierarquia e integração através do sistema territorial. O território é resultado das territorialidades efetivadas pelos homens, naquilo que Raffestin (1993/1980) denomina de conjunto de relações do sistema tridimensional sociedade-espaço-tempo (SAQUET e SPOSITO, 2009, p. 79).

Desse modo, como continua Saquet e Sposito (2009), é fundamental considerar a processualidade histórica e relacional, os tempos, os territórios e as territorialidades, as diversidades e unidades em cada relação espaço-tempo-território, para compreender que o território é produto social e condição, é o conteúdo das formas e relações materiais e imateriais, do movimento, e significa apropriação e dominação, também material e imaterial, em manchas e redes.

De acordo com Andrade (2004), o conceito de território não deve ser confundido com o de espaço ou de lugar, estando ligado intrinsecamente à ideia de domínio ou de gestão de determinada área, mantendo-se ligado à ideia de poder. Ao contrário do que Milton Santos (1978) trata, quando ele afirma que dar um conceito a território é uma tarefa árdua, posto que não seria algo fixo, imutável e eterno, ao contrário definir território abarca diversos fatores, sendo flexível e que permite mudanças. Santos (1978) afirma que a utilização do território pelo povo forma o espaço, e que o território antecede o espaço.

Isto posto, definir território está além dos conceitos geográficos, perpassa pela sociologia, filosofia, até mesmo pela biologia e outras ciências. Contudo, com o exposto acima, é possível compreender território como um espaço-lugar de apropriações e de dominações, realmente vinculados a ideia de poder, porém, na lição de Saquet (2008), o território é “compreendido como espaço de uma nação, delimitado e regulado”, contendo elementos fixos, que são resultados da ação do homem e do seu trabalho, sendo frutos ainda das relações humanas e sociais e das diferentes formas de ocupação e de produção. Ainda conforme Saquet (2008), o território “corresponde ao recorte do espaço pelo processo de formação de um Estado-nação”.

O Brasil possui um território definido, porém, imenso, cheios de peculiaridades, mas também cheio de riquezas naturais. O valor da extensão

territorial do Brasil é de 8.510.295,914 km², conforme publicado no Diário Oficial da União nº 94, de 19 de maio de 2020 (IBGE, 2020). São 5.568 municípios, mais o distrito insular de Fernando de Noronha e o Distrito Federal (IBGE, 2020). Por seu tamanho, vislumbrou-se a necessidade de organização territorial que pudesse proporcionar o melhor gerenciamento das ações para a população. Pensou-se nisso como uma estratégia social, política, institucional, econômica, cultural e por ser influenciada pela complexidade dos antigos e renovados fluxos internacionais e nacionais (UCHIMURA e VIANA, 2017). Então, o país se fez dividido, e compõe-se hoje por cinco regiões: Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

Dourado (2010) afirma que a questão do planejamento regional começou a ser considerada de modo mais efetivo a partir da década de 1950, tomando impulso nos anos de 1970. Porém, foi após a Constituição Federal de 1988 que isso se tornou mais evidente. O planejamento territorial saiu do âmbito da ordem econômica e passou a constar no contexto da organização federativa do Estado. Ademais, de acordo com o art. 24 da Constituição Federal, o planejamento regional urbano deixou de ser competência exclusiva da União e passou a ser matéria urbanística de responsabilidade dos estados-membros, concorrentemente à União (BRASIL, 1988).

O que se observa por meio da leitura do referido artigo 24 é que a competência sendo concorrente cabe à União a edição de normas gerais e aos estados-membros a edição de normas específicas sobre a matéria, conforme a realidade de cada um deles.

Cada estado federado possui suas divisões internas, justamente com o mesmo raciocínio em que se dividiu o país em regiões: necessidade de atender às demandas de um povo. Certo é que essa divisão também se faz por questões de interesses políticos, mas a regionalização é necessária, pois é imprescindível conhecer-se cada realidade, agrupar os entes com questões parecidas e atender a população conforme suas particularidades.

Com isso, a regionalização passou a ser matéria inerente ao estado federado, e, quando se observam as demandas de saúde, tem-se que foi essencial dividir cada estado em regiões, o que proporcionaria, em tese, maior acesso da população ao direito à saúde. Isto aconteceria porque, de acordo com Viana et al:

Nos últimos 25 anos dois fenômenos emergiram nas políticas públicas de saúde no Brasil, com impactos diferenciados segundo Estados e regiões. O primeiro, é o da descentralização da formulação, gestão e implementação das políticas de saúde; o segundo, o crescimento do número e tipo de atores envolvidos na oferta e gestão de serviços, com o incremento do papel e da importância de atores não governamentais nas atividades-fim. Esse processo associa-se ao surgimento de diversas iniciativas de contratualização privada para a gestão, gerência e oferta de ações e serviços de saúde (Souza; Carvalho, 1999; Viana; Lima, 2011). Ao mesmo tempo, as ideias "gerencialistas" (ênfase nas ações de melhor custo-benefício) para a governança operacional do sistema de saúde foram difundidas e passaram a ter centralidade na política (Barbosa; Elias, 2010) (VIANA et al, 2015, P. 414).

Nessa particularidade do direito à saúde temos o SUS (Sistema Único de Saúde). Como muito bem pontuou Santos et al (2015), o SUS possui como diretriz

constitucional a descentralização, ao mesmo tempo em que, também por conceituação constitucional (art. 198, caput), se constitui como o resultado da integração das ações e serviços públicos em rede regionalizada e hierarquizada. Então, nos últimos anos, ainda que não se trate de uma novidade, o debate sobre a região de saúde tem ganhado profundidade em razão da necessidade de se integrar o que a descentralização, por si, supostamente, fracionou sob o ponto de vista técnico, operativo e organizacional (SANTOS et al, 2015).

Então, a estratégia da regionalização do SUS é considerada prioritária, tanto que, como afirma Fernandes (2017), ela foi adotada como eixo estruturante do Pacto pela Saúde, firmado por meio da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, orientando “a descentralização das ações e serviços no Pacto de Gestão, assim como o planejamento e organização da rede de atenção à saúde e os processos de negociação interfederativa e pactuação intergestores”. Ainda segundo o mesmo autor, surgiram como principais instrumentos da Regionalização o Plano Diretor de Regionalização (PDR), a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI) e o Plano Diretor de Investimento (PDI) (FERNANDES, 2017).

Ainda é importante mencionar que a União editou o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, determinando ainda outras providências (BRASIL, 2011). Esse decreto estabelece novo arranjo para a descentralização da saúde, definindo que os serviços prestados permanecerão organizados em níveis crescentes de complexidade, em unidades geográficas específicas e para clientela definidas. Ocorre que, embora haja essa orientação, a oferta de ações e serviços do SUS está organizada a partir da constituição das regiões de saúde.

Conforme dispõe o Plano Estadual de Saúde da Paraíba dos anos de 2016 a 2019, o novo modelo de gestão do SUS dispõe sobre a sua organização em regiões de saúde, cujas ações e serviços de saúde de atenção básica, vigilância em saúde, urgência e emergência, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e a atenção psicossocial, estão organizados em redes de atenção à saúde de forma a garantir o acesso da população, bem como para potencializar os processos de planejamento, negociação e pactuação entre os gestores (PARAIBA, 2016).

A Regionalização procura avançar em direção à descentralização efetiva da gestão de saúde, porém isso depende da composição e construção de desenhos regionais que respeitem as realidades locais, dependendo ainda da força com que as comissões que compõem as regiões de saúde atuam na defesa de seus projetos e do acesso do povo à saúde, cumprindo os ditames dos instrumentos legais, sejam dos planos de orientação, seja das programações pactuadas integradas que cada estado possui.

Vejamos no tópico a seguir como está organizado o estado da Paraíba em termos de regionalização da saúde.

3 A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NA PARAÍBA

É importante esclarecer, como ressalta Silva (2017), que o primeiro documento existente na Paraíba para regulamentar sobre a regionalização da saúde foi o Plano Diretor de Regionalização da Paraíba – PDR, sendo um instrumento para potencializar a descentralização da saúde, visando fortalecer o estado e os municípios em sua função de gestores do sistema de saúde. Esse plano tinha como premissas expressar o processo de regionalização, que seria construído dentro da lógica de planejamento integrado, identificar as prioridades na atenção à saúde dos usuários dos sistemas municipais de saúde de determinada região sanitária, otimizar os recursos e possibilitar maior acesso das pessoas a todos os níveis de atenção à saúde, explicitando os diferentes interesses existentes em cada região (SILVA, 2017).

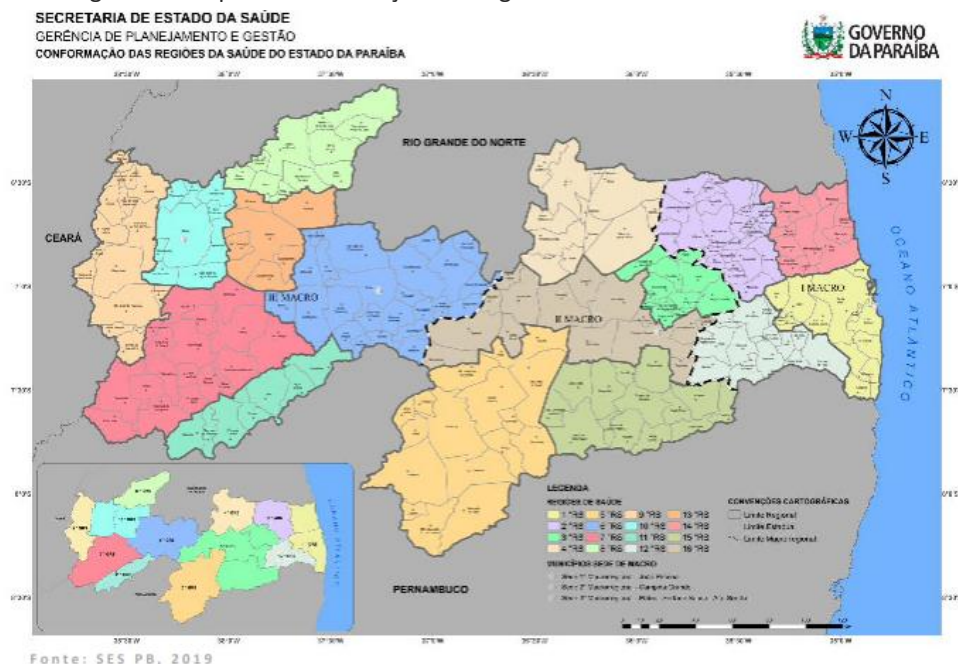
Atualmente, o Plano Diretor se chama Plano Estadual de Saúde, cuja renovação e atualização aconteceu no ano de 2019 e tem sua vigência para o período de 2020 a 2023, quando novamente será avaliado e atualizado (PARAÍBA, 2015). O novo plano foi aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde por meio da Resolução nº 151, de 06 de novembro de 2019, com edição revisada e aprovada pela Resolução nº 154, de 14 de agosto 2020 (PARAÍBA, 2020).

De acordo com o que orienta o Plano Estadual de Saúde da Paraíba, edição 2020-2023, a regionalização da saúde está configurada conforme a Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nº 203/2011, que foi atualizada nos termos da Resolução CIB nº 13/2015. Essas resoluções organizaram o estado em 16 Regiões de Saúde distribuídas em 04 Macrorregiões de Saúde, contemplando os 223 municípios que compõem esse ente federado (PARAÍBA, 2019).

Todavia, sobreveio a Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), sob o nº 37, de 22 de março de 2018, dispendo sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Com isso, foi aprovada em CIB a nova definição das Macrorregiões de Saúde do Estado da Paraíba, por meio da Resolução CIB Nº 43/18 de 25 de junho de 2018, definindo-se, a partir de então, três Macrorregiões de Saúde. A primeira Macrorregião de Saúde, composta por quatro Regiões de Saúde, com sede em João Pessoa; a segunda por cinco Regiões de Saúde, com sede em Campina Grande; e a terceira por sete Regiões de Saúde, com duas sedes, uma em Patos (Sertão) e outra em Sousa (Alto Sertão) (PARAÍBA, 2019).

Isso observa melhor por meio da Figura 2 a seguir.

Figura 2 – Mapa da conformação das regiões de saúde do estado da Paraíba.



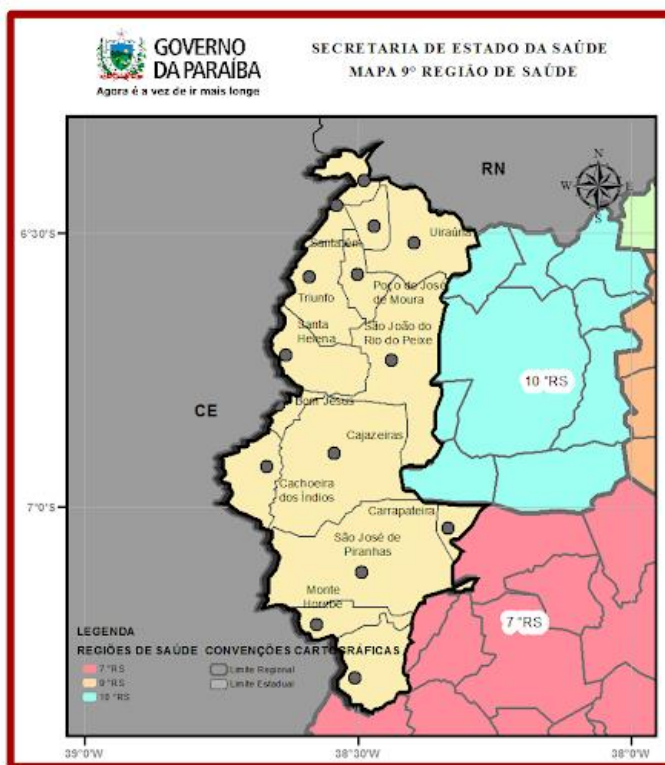
Fonte: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/PLANOS-ESTADUAL-DE-SAUDE-PB-2020-2023.pdf>

Ainda de acordo com o Plano Estadual de Saúde, a Paraíba possui ainda 14 unidades geoadministrativas da Secretaria de Estado da Saúde, que são denominadas Gerências Regionais de Saúde (GRS), todavia se encontram efetivamente implantadas, atualmente, 12 GRS (PARAÍBA, 2019).

As Gerências Regionais de Saúde possuem a missão de assumir a responsabilidade sanitária compartilhada no território de abrangência, oferecendo apoio técnico, crítico e reflexivo aos municípios, acompanhando o planejamento das ações e serviços de saúde e participando dos diversos espaços de gestão e cogestão entre os entes federados, fortalecendo o processo de regionalização no estado (PARAÍBA, 2019).

Na 9ª Região de Saúde, que é o foco desta pesquisa, há o total de 15 municípios, ficando o mapa especificado conforme a figura 4.

Figura 3 – Mapa da 9ª Região de Saúde da Paraíba



Fonte: Portal do estado da Paraíba

É importante considerar o que o Plano Estadual de Saúde traz como um dos seus objetivos o fortalecimento da regionalização da saúde no estado, com as seguintes metas a serem alcançadas: Ampliar o quantitativo de apoiadores institucionais nas regiões de saúde de 12 para 16; Qualificar em gestão da saúde 320 gestores e técnicos dos municípios; Realizar 16 Encontros Centralizados para qualificação do processo de trabalho do Apoio Institucional; Implantar três Comitês Executivos de Governança Macrorregional; Atualizar a Programação da Assistência em 100% dos municípios; Implantar o Planejamento Regional Integrado - PRI nas três Macrorregiões de Saúde (PARAÍBA, 2019).

É salutar considerar que no ano de 2012 foi editada a Lei Complementar n. 141, de âmbito federal, que introduziu significativas mudanças no planejamento do SUS, vinculando a premente necessidade de reformulação dos processo de programação das ações e serviços de saúde, a SES/PB iniciou, no ano de 2015, o processo de transição da Programação Pactuada e Integrada (PPI) para a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) (PARAÍBA, 2017).

A denominada PGASS é conceituada como um instrumento de gestão em saúde e consiste em um processo de negociação e pactuação intergestores em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos no âmbito de cada Região de Saúde (PARAÍBA, 2017).

O referido instrumento avançaria no processo de negociação e pactuação intergestores, em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos, no âmbito da região de saúde e não mais por ente federado, como preconizado pela PPI. De acordo com a Secretaria de Estado da Saúde, a PGASS avançaria também em relação a seu escopo, que

passa a abranger além das ações de assistência à saúde, as ações de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental) e de assistência farmacêutica (PARAÍBA, 2016).

A PGASS ainda não se encontra implantada, visto que é um processo mais duradouro e que requer tempo, sendo importante que os municípios adotem as condutas necessárias ali orientadas a partir do auxílio dos gestores do estado. No ano de 2019 foi editada uma nova Resolução CIB sob o n. 111, de 07 de outubro de 2019, que contam com a alteração da denominação do grupo condutor de implantação da PGASS, que passou a ser denominado de Grupo Condutor de Atualização da Programação da Assistência de Média e Alta Complexidade (CIB, 2019). Essa modificação foi necessária, de acordo com a resolução, tendo em vista que, para a programação, serão consideradas apenas as ações da assistência de média e alta complexidade (CIB, 2019).

Com isso, compreende-se que a PGASS ainda está em fase de elaboração para efetiva implantação.

Como tratado no Plano Estadual de Saúde, dentre tantos outros serviços estruturados, está a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, enfoque central do presente trabalho, sendo componente relevante dentro do estudo sobre a regionalização da saúde na Paraíba.

4 A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA PARAÍBA

É interessante anotar que conhecer a capacidade de atendimento das demandas de saúde dentro do estado se constitui de suma importância, compreendendo a capacidade ofertada pelo SUS, conhecendo os serviços disponíveis ao usuário nas suas necessidades particulares. Tal conhecimento contribui para que a tomada de decisão sobre a implementação e adequação dos serviços de saúde, dispostos em rede, seja mais eficaz.

Fernandes (2017) afirma que não se pode tratar sobre regionalização da saúde sem falar em rede. O autor aduz que se trata de um termo polissêmico, aplicado à atenção à saúde, para designar e focar a noção ambivalente de concentrar, entrelaçando ações, estratégias e políticas dispersas e diversas, para que, por meio de um esforço comum do poder público através da responsabilidade federativa que possuem os gestores do SUS, visando garantir a integralidade das ações na atenção à saúde, sendo isto um princípio básico do sistema.

Então, a regionalização estaria intrinsecamente ligada ao que se entende por rede, termo muito utilizado em diversos serviços e programas existentes no país, a exemplo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede Socioassistencial, dentre outras.

Sendo assim, a organização instituída dentro do próprio SUS fez surgir a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, cuja Política Nacional foi instituída pela Portaria n. 1.863, de 29 de setembro de 2003, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão (BRASIL, 2003).

Já alterando as determinações dessa Política, sobreveio a Portaria 1.600, de 07 de julho de 2011, que Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e

institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

De acordo com o art. 2º, da Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, constituem-se diretrizes da Rede de Atenção às Urgências os seguintes mecanismos:

I - ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;

II - garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes);

III - regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;

IV - humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;

V - garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional,

compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas

cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado;

VI - articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde,

constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de

atenção;

VII - atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;

VIII - atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;

IX - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;

X - articulação interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada;

XI - participação e controle social dos usuários sobre os serviços;

XII - fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos;

XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e

XIV - qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização. (BRASIL, 2011)

De acordo com o Plano Estadual de Saúde, a organização da RUE na Paraíba possui como finalidade precípua articular e integrar todos os equipamentos de atenção à saúde objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e/ou emergência nos serviços de saúde, de modo que sejam atendidos ágil e oportunamente (PARAÍBA, 2016).

Dessa maneira, é imperativo articular equipamentos e suas interconexões nas modalidades de promoção, prevenção e vigilância à saúde, atenção básica em saúde, Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h), salas de estabilização, SAMU 192, portas hospitalares de atenção às urgências, enfermarias de retaguarda, unidades de cuidados intensivos e atenção domiciliar, assim como, a utilização de protocolos e inovações tecnológicas nas linhas de cuidados definidas como prioritárias (PARAÍBA, 2016).

Assim, compõem a base do processo de atendimento de urgência e emergência, bem como dos fluxos assistenciais de toda a RUE, o serviço de acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção, devendo ser requisito de todos os pontos de atenção, priorizando as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica (PARAÍBA, 2016).

Desse modo, pautando-se nessas diretrizes federais do SUS, a Paraíba construiu seu Plano de Atenção às Urgências e Emergências no estado. Essa rede se encontra assim organizada: Promoção, prevenção e vigilância à saúde no Estado da Paraíba; Atenção básica em saúde – ABS; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192; Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h; Serviço de Atenção Domiciliar – SAD; SOS Emergências e, por fim, as Portas de entrada da rede de urgência e emergência, que estão definidas junto à Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, através do Plano Estadual de Urgência e Emergência, de acordo com cada macrorregião de saúde (PARAÍBA, 2011).

Esta organização também se encontra prevista no art. 4º, da Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, que é a base para que cada estado-membro possa organizar a sua rede (BRASIL, 2011).

No estado da Paraíba a Rede de Urgência e Emergência, conforme o Plano da RUE (2011) e o Plano Estadual de Saúde (2020) possui diversos estabelecimentos, dentre unidades básicas de saúde, hospitais públicos, UPAs, e outros equipamentos que compõem essa rede de urgência. Porém, como esse não é o objeto do presente trabalho, não serão aqui abordados, ficando limitadas as informações referentes apenas à 9ª Região de Saúde.

5 DESENHO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA 9ª REGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA

São integrantes assistenciais da RUE: os componentes pré-hospitalares (atenção básica, salas de estabilização, SAMU-192 e UPA), o componente hospitalar e a atenção domiciliar (PARAÍBA, 2011).

O'Dwyer et al (2017) preleciona que “a atenção às urgências tornou-se prioridade federal no Brasil em consequência do enorme desgaste vigente nos serviços hospitalares de urgências”, acrescentando que, a partir do ano de 2011, foi instituída a Rede de Urgência e Emergência (RUE), priorizando-se a integração entre os componentes da atenção às urgências e o investimento menos fragmentado em componentes individuais da política.

Conforme já tratado, a Regionalização da saúde foi determinada como princípio de organização na conformação da rede de serviços de forma hierarquizada e articulada, definida a partir de critérios epidemiológicos e de densidade populacional, considerando, na Paraíba, as potencialidades tecnológicas e operacionais da rede de serviços existente no Estado, que é composta por 33 hospitais (PARAÍBA, 2016).

Em 2012, por meio da Resolução n. 250/12, da Comissão Intergestores Bipartite, foi aprovado o Plano da Rede de Urgência e Emergência para a primeira Macrorregião de Saúde, que contava com 64 municípios e com a maior densidade tecnológica do estado (CIB, 2012). Já no ano de 2013, por meio da Portaria nº 1.524, de 24 de julho de 2013, do Ministério da Saúde, foi aprovada a Etapa I do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado da Paraíba e Municípios, alocando recursos financeiros para sua implantação (MS, 2013).

Observa-se que, de acordo com a nova portaria editada pelo Ministério da Saúde, foram alocados recursos para atender à Rede de Urgência e Emergência da primeira macrorregião de Saúde, atendendo aos seguintes hospitais paraibanos: Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity, Hospital General Edson Ramalho, Hospital Municipal Valentina, Hospital Regional Dr. Sá Andrade, Hospital Municipal Santa Isabel, todos na cidade de João Pessoa; Hospital Metropolitano de Santa Rita; Hospital Regional de Guarabira; Hospital Regional de Itabaiana; e Hospital Regional de Mamanguape (MS, 2013).

No ano de 2017, editando uma nova Portaria, sob o n. 3.041, de 16 de novembro de 2017, com mais um aditivo à etapa I do Plano RUE/PB, acrescentando 40 (quarenta) leitos de enfermagem clínica de retaguarda, sendo 20 (vinte) leitos novos e 20 (vinte) leitos já existentes, disponíveis ao SUS, do Hospital São Luiz, CNES 2399237, localizado no Município de João Pessoa/PB (MS, 2017).

Observa-se que a Rede de Urgência e Emergência na Paraíba estaria concentrada nos hospitais do que se chama de grande João Pessoa/PB.

Porém, a RUE não está limitada a atendimentos hospitalares. No que tange a Atenção Básica em Saúde, de acordo com o Plano Estadual de Saúde da Paraíba, versão 2020-2023, todos os 223 municípios estão habilitados na gestão plena de saúde, visando a ampliar o acesso e fortalecer o vínculo e responsabilização com o primeiro cuidado de urgências e emergências, em ambiente adequado, até o encaminhamento a outros pontos de atenção (PARAÍBA, 2019).

Com relação aos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), em torno de 100% da população do estado (4.018.127 habitantes) tem cobertura do SAMU 192, apresentando a cobertura necessária a um atendimento pré-hospitalar móvel de urgência (PARAÍBA, 2019).

Atualmente, a Paraíba dispõe de sete Centrais de Regulação Médica de Urgência (CRMU) do SAMU 192, instaladas e habilitadas nos municípios de João Pessoa (SAMU Metropolitano), Campina Grande (SAMU Regional), Patos (SAMU Regional), Monteiro (SAMU Regional), Piancó (SAMU Regional), Sousa (SAMU Regional) e Cajazeiras (SAMU Regional), que regulam as 102 bases descentralizadas, conforme se observa por meio da Figura 4 (PARAÍBA, 2019).

Figura 4 – Tabela com as centrais de regulação do SAMU/PB.

TABELA 24 - CENTRAIS DE REGULAÇÃO E MUNICÍPIOS REGULADOS.	
CENTRAL DE REGULAÇÃO	Municípios Regulados
João Pessoa	1ª, 2ª, 12ª e 14ª Regiões de Saúde
Campina Grande	3ª, 4ª, 15ª e 16ª Regiões de Saúde
Patos	6ª Região de Saúde
Monteiro	5ª Região de Saúde
Piancó	7ª e 11ª Regiões de Saúde
Sousa	8ª, 10ª e 13ª Regiões de Saúde
Cajazeiras	9ª Região de Saúde

Fonte: Plano Estadual de Saúde da Paraíba – Versão 2020-2023.

O SAMU/PB possui o total de 102 bases descentralizadas, localizadas estrategicamente em municípios paraibanos, para proporcionar atendimento a toda população que dele necessitar, conforme as diretrizes para seu atendimento (PARAÍBA, 2019). Vejamos a figura 5.

Figura 5 – Tabela com as bases descentralizadas do SAMU/PB

QUADRO 07 - CENTRAIS DO SAMU.				
MACRORREGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	BASES DESCENTRALIZADAS	USA	USB
1ª	João Pessoa	28	13	36
2ª	Campina Grande	27	10	33
2ª	Monteiro	06	1	6
3ª	Patos	08	3	11
3ª	Piancó	14	5	16
3ª	Sousa	11	5	15
3ª	Cajazeiras	08	2	8
		102	39	125

Fonte: Plano Estadual de Saúde da Paraíba – Versão 2020-2023.

Ainda complementando o atendimento das urgências e emergências no estado da Paraíba, tem-se as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), que perfazem o total de 17 unidades instaladas em toda a Paraíba, distribuídas em UPAs de porte I, II e III, conforme figura 6 a seguir (PARAÍBA, 2019).

Figura 6 – Quadro de UPAs da Paraíba

QUADRO 08 - UPAS EM FUNCIONAMENTO.				
MUNICÍPIO	NOME DA UPA	PORTE	GERÊNCIA	SITUAÇÃO
Cajazeiras	Upa Dra Valeria Macambira Guedes	I	Estadual	em funcionamento
Guarabira	Upa de Guarabira	I	Estadual/OS	em funcionamento
Monteiro	Upa Joaquina Pires Barbosa Henrique	I	Municipal	em funcionamento
Pombal	Upa de Pombal	I	Municipal	em funcionamento
Princesa Isabel	Upa de Princesa Isabel	I	Estadual/os	em funcionamento
Santa Rita	Upa Sta Rita	I	Estadual/os	em funcionamento
João Pessoa	Upa Oceania	II	Municipal	em funcionamento
João Pessoa	Upa Celio Pires De Sa	II	Municipal	em funcionamento
João Pessoa	Upa Cruz das Armas	II	Municipal	em funcionamento
João Pessoa	Upa Bancários	II	Municipal	em funcionamento
Bayeux	Upa Bayeux	II	Municipal	em funcionamento
Piancó	Upa 24 Horas	II	Municipal	em funcionamento
Campina Grande	Upa 24 Horas Dr Maia	III	Municipal	em funcionamento
Campina Grande	UPA 24HS Dinamerica	II	Municipal	em funcionamento
Sousa	Upa Sousa	II	Municipal	em funcionamento
Patos	Upa 24hs Patos – Bairro de Jatobá	I	Municipal	em funcionamento
Ingá	Upa Ingá	I	Municipal	em funcionamento

Fonte: Plano Estadual de Saúde da Paraíba – Versão 2020-2023.

Por fim, complementando a RUE, tem-se o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), o qual corresponde a um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) (PARAÍBA, 2019). Atualmente, estão habilitados no estado 17 Serviços de Atenção Domiciliar-SAD, conforme figura 7.

Figura 7 – Quadro SAD/PB

MUNICÍPIO	MUNICÍPIO AGRUPADO	ESTABELECIMENTO	EMAD tipo 1	EMAD tipo 2	EMAP
Conceição	Serra Grande	Centro de Especialidades Medicas de Conceição	0	1	1
Conde		Unidade de Saúde da Família N S da Conceição	0	1	0
Conde		Centro Municipal de Saúde Dr Jarbas Maranhão Vinagre	0	0	1
Cabedelo		Serviço de Atenção Domiciliar	1	0	1
Boqueirão	Cabaceiras/Caturité/ São Domingos do Cariri	Serviço de Atenção Domiciliar			0
Cuité		Hospital Municipal de Cuité	0	1	1
Guarabira		Complexo Neurofuncional Maria Moura de Aquino	1	0	1
Itaporanga		Centro Medico Dr Manoel Medeiros Maia Itaporanga	0	1	1
João Pessoa		Serviço de Atenção Domiciliar SAD João Pessoa	7	0	3
Monteiro		Upa Joaquina Pires Barbosa Henrique	0	1	1
Pombal		Centro de Saúde Awelino Queiroga	0	1	1
Queimadas		Nasf Tataguassu	1	0	1
Areia		Centro de Saúde/Unidade Básica	0	1	1
Caaporã		Usf Centro II	0	1	1
Cajazeiras		Centro de Saúde/Unidade Básica	1	0	1
Pedras De Fogo		Nasf Integrar	0	1	1
Piancó	Igaracy	Centro de Apoio a Saúde da Família	0	1	1
Sousa		Secretaria Municipal de Saúde de Sousa	1	0	1

Fonte: Plano Estadual de Saúde da Paraíba – Versão 2020-2023.

De acordo com o Plano Estadual de Saúde o processo de ampliação do acesso aos componentes da RUE para todo o Estado, por meio da adoção de novas diretrizes e parâmetros técnicos, acontece de forma pactuada com as regiões de saúde a partir de um novo diagnóstico das potencialidades e necessidades da rede

de serviços nas macrorregiões de saúde, sendo necessário, para a aquisição de qualquer componente da RUE, o cumprimento dos requisitos estabelecidos na legislação em vigor (PARAÍBA, 2019).

Pelo que observa por meio da leitura do Plano Estadual de Saúde, para o estado da Paraíba, a RUE estaria devidamente acobertada, pois possibilita ao cidadão o acesso às três linhas de cuidados prioritários preconizados na Portaria 1.600/2011, sendo eles cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica (PARAÍBA, 2019).

Avaliando-se as portas de entrada existentes no estado e escolhidas as que teriam potencialidade para servir de hospitais âncoras para os cuidados iniciais de estabilização, possibilitando a oferta de procedimentos necessários para tratamento de forma ágil e em tempo oportuno nas linhas prioritárias preconizadas pela RUE, é que deveria ser inserida a 4ª macrorregião de saúde Patos-Sousa no Plano Estadual da RUE, onde se encaixaria a 9ª Região de Saúde, com sede na cidade de Cajazeiras.

É de se considerar a relevância da regionalização dos atendimentos às demandas de saúde, posto que proporciona acesso à população aos mecanismos dispostos e existentes no SUS, dentro de cada estado brasileiro, pois permite ao cidadão ser atendido muito próximo a sua residência, perto de seus familiares, oferecendo-se um serviço de saúde de qualidade, com todo o suporte emocional necessário nos momentos em que o indivíduo se encontra mais fragilizado.

Elaborar-se o Plano da RUE onde se insiram as demais regiões de saúde seria algo exemplar, pois os pacientes do sertão da Paraíba não precisariam mais ser deslocados para a Capital a fim de ser assistidos em suas demandas de urgência e emergência, apenas o fazendo em casos mais críticos e especializados, que requerem um tratamento mais diferenciado. Porém, vejamos como está organizada a RUE na 9ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba e quais aparelhos estão disponíveis ao cidadão.

A 9ª Gerência Regional de Saúde do estado da Paraíba é composta por 15 municípios, sendo eles: Cajazeiras (onde se encontra a sede), Bom Jesus, Uiraúna, São João do Rio do Peixe, Triunfo, Poço Dantas, Bernardino Batista, Joca Claudino, Monte Horebe, Santa Helena, São José de Piranhas, Poço de José de Moura, Bonito de Santa Fé, Cachoeira dos Índios e Carrapateira (PARAÍBA, 2019).

Visando atender as demandas de urgências e emergência desses municípios, o estado da Paraíba, na 9ª Região de Saúde, tem implantado na cidade de Cajazeiras os seguintes equipamentos: um Hospital Regional; uma Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h; um Hospital Universitário (HUJB); uma Central de Regulação do SAMU, com ambulâncias de Suporte Avançado e de Suporte Básico.

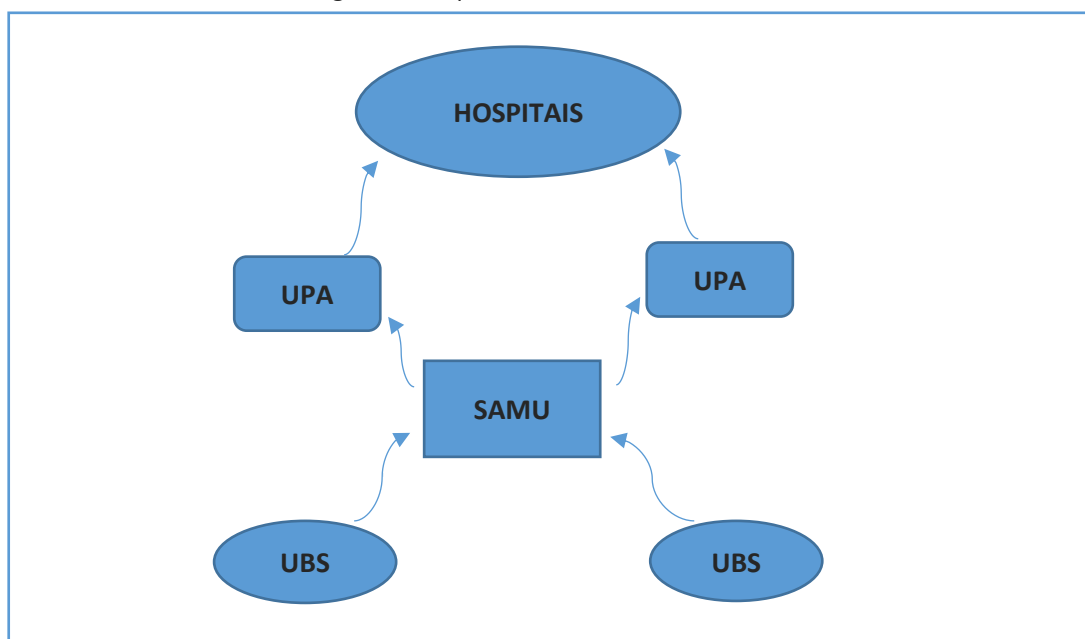
Por sua vez, tem-se o município de Uiraúna, que possui uma Base Descentralizada do SAMU, com ambulâncias de Suporte Avançado e de Suporte Básico. Os municípios de Bernardino Batista, Triunfo, Santa Helena, São João do Rio do Peixe, São José de Piranhas, Bonito de Santa Fé e Bom Jesus, possuem Bases Descentralizadas do SAMU, mantendo, cada um, uma ambulância de suporte básico.

Como rede hospitalar, além do Hospital Regional de Cajazeiras, temos a rede de quatro Hospitais Municipais, sendo um no município de São João do Rio do Peixe; um no município de São José de Piranhas; e dois do município de Uiraúna,

sendo estes dois hospitais filantrópicos, quais sejam, Hospital Menino Jesus e a Casa de Saúde Padre Costa.

Além disso, também compõem a RUE, como dito, a rede de atenção básica, da qual fazem parte as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), desde que possuam suporte para atender as urgências e emergências. Então, na 9ª Região de Saúde tem-se o total de 73 Estratégias de Saúde da Família (ESFs), distribuídas nos 15 municípios que compõem essa microrregião de saúde. Essas ESF estão dentro das UBS e estão habilitadas a prestarem o serviço. Nessa perspectiva, tendo a UBS como porta de entrada, é possível construir o seguinte esquema da figura 8:

Figura 8 – Esquema do acesso inicial e final da RUE



Fonte: Mapa elaborado pelas próprias autoras conforme o desenho da RUE

Realizar o que se apresenta no gráfico acima tem como objetivo evitar a “escalada” do paciente na hierarquia assistencial, dotando o fluxo de uma agilidade de tal modo que não tantos obstáculos para o acesso aos pacientes da solução para os seus problemas de saúde, aliviando-se ou reduzindo-se essa escalada na busca da cura nos primeiros atendimentos e nos níveis primários da rede assistencial (UFMA, 2015).

O Plano Estadual de Saúde, quando trata sobre a RUE, aponta que, deve ser dada total relevância ao acolhimento e à classificação de risco na “porta de entrada” da rede, procurando inserir os pacientes em um fluxo inteligente, rápido e efetivo (PARAÍBA, 2019). Com esse mecanismo, como bem pontou Mendes (2009, apud UFMA) seria possível atingir-se um padrão de atendimento muito mais humanizado e resolutivo, que se iniciaria nas UBSs.

É relevante esclarecer sobre o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), componente da RUE. Como bem tratado sobre sua abrangência na Paraíba, importante dizer que na 9ª Região de Saúde ele foi atualizado e corresponde, hoje em dia, a atenção básica que é prestada pelas Unidades Básicas de Saúde, especialmente através da Estratégia de Saúde da Família.

Então, na 9ª Região de Saúde existem três Equipes de SADs, quais sejam uma na cidade de Cajazeiras, uma na cidade de São João do Rio do Peixe, aderida em consórcio ao município de Triunfo, e a outra na cidade de São José de Piranhas. (indicar a fonte)

É salutar informar que, em matéria divulgada no site oficial do município de Uiraúna/PB¹, em 12 de maio de 2021, foi registrada assinatura de Termo de Compromisso pelos municípios de Uiraúna, Joca Claudino e Bernardino Batista, para implantação do SAD, em consonância com Portaria nº 825/GM/MS, de 25 de abril de 2016, no âmbito do Programa Melhor em Casa, que contemplará os 3 municípios (UIRAÚNA, 2021).

Por meio de todo esse desenho realizado da RUE na 9ª Região de Saúde da Paraíba é possível compreender que, tecnicamente a população desta região estaria acobertada, devidamente, em suas necessidades de urgência e emergência. Teria um hospital, uma UPA, bases de Samu e as UBSs de cada município. Contudo, observa-se, na prática que, o que se tem, é insuficiente, pois diversas demandas de saúde da rede de urgência e emergência são encaminhadas ao Hospital de Trauma de Campina Grande ou ao Hospital Metropolitano de Santa Rita.

Ainda não existe, localizado na região de saúde que compõe a 9ª Gerência Regional, nenhum serviço capaz de atender a todas as demandas, as quais os pacientes necessitam diuturnamente. A população do alto sertão da Paraíba ainda se vê desassistida. Muitos pacientes que sofrem problemas de saúde que devem ser enquadrados na rede de urgência e emergência precisam ser deslocados para a cidade de Campina Grande ou João Pessoa, na primeira e na segunda macrorregião de saúde, cerca de 500km distância, praticamente cortando todo o território da Paraíba em busca de auxílio.

É salutar pontuar que, chega a ser inadmissível que pacientes cuja necessidade seja de uma cirurgia cardiológica, por exemplo, ainda precise se deslocar por quilômetros de distância dentro do território do estado para obter a assistência médica adequada. É inadmissível que, pacientes com deficiências coronarianas que residem no interior do estado da Paraíba ainda necessitem fazer campanhas para realização de pequenos procedimentos cirúrgicos na modalidade cardiológica.

De acordo com dados obtidos do Governo da Paraíba, até o mês de junho de 2021, o Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires já efetuou o total de 1.236 cirurgias cardiológicas em pacientes adultos e crianças. De acordo com o estado, a chegada efetiva do Hospital Metropolitano trouxe melhorias no sentido de proporcionar o tratamento de diversas patologias cardíacas no próprio estado, evitando deslocamento para outros estados brasileiros, como acontecia há três anos (PARAÍBA, 2021)².

Ainda em conformidade com o que disponibilizou o estado da Paraíba em sua página oficial, atualmente, os procedimentos mais realizados no Hospital Metropolitano na área de cirurgia cardiológica em adultos são CRM, Implante de Marcapasso, Troca de Valva Mitrál e Troca de Valva Aórtica, já em crianças,

¹ <https://uirauna.pb.gov.br/informa.php?id=191>

² <https://paraiba.pb.gov.br/noticias/hospital-metropolitano-ultrapassa-a-marca-de-1-200-mil-cirurgias-cardiacas>

fechamento de CIV, Ligadura de Canal Arterial e Correção de Comunicação Interatrial (CIA) (PARAÍBA, 2021).

Ocorre que, embora tenha havido mudanças ao longo dos anos, os usuários do SUS que necessitam de uma cirurgia cardiológica ou neurológica precisam se submeter ao percurso de quase 500km para conseguir realizar o procedimento de que necessitam. O interior do estado ainda está desassistido e isso é fato público e notório.

É interessante pontuar também que, por exemplo, os usuários que sofrem acidentes simples, mas que tem algum trauma na face e que precisam ser submetidos a cirurgia por profissional Buco-Maxilo, apenas podem receber o tratamento no Hospital de Trauma de Campina Grande/PB, pois não há a disponibilização desse procedimento na 9ª Região de Saúde, nem mesmo no Hospital Regional de Patos.

Acidentes nas rodovias do sertão paraibano acontecem corriqueiramente, mas os pacientes graves não têm acesso aos procedimentos públicos ofertados pelo SUS na rede de urgência e emergência próxima de suas residências. Quando o quadro é grave a única maneira de manterem-se vivos é tendo que ser deslocados até Campina Grande, na segunda macrorregião de saúde.

Os parentes desses usuários do serviço de saúde, que, em sua maioria, são pessoas carentes, precisam sair de suas cidades no interior para acompanhar os pacientes e, muitas vezes, não possuem um lugar para se recolher em segurança. O SUS oferece o serviço longe de suas casas, mas não há meios para que os parentes possam ser acolhidos para acompanhamento do paciente.

Outro exemplo que pode ser mencionado diz respeito às cirurgias denominadas Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica ou CPRE, as quais, via SUS, apenas são realizadas na Paraíba no Hospital de Trauma de Campina Grande, podendo ser feita nos hospitais regionais instalados, sem a necessidade do deslocamento do usuário para localidades tão distantes de seu lar.

A Rede de Urgência e Emergência da 9ª Região de Saúde é composta por serviços básicos e ainda não é capaz de atender aos ditames preconizados pelo SUS, especialmente ao que regulamenta a Portaria n. 1.600/2011 do Ministério da Saúde, no que tange às diretrizes básicas e a todos os seus componentes básicos, quais sejam Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar; e Atenção Domiciliar.

É salutar considerar que, alguns fatores podem estar associados à problemática da efetividade do plano da rede e urgência. Como aponta Torres, Belisário e Melo (2015), o subfinanciamento do SUS pode acabar limitando a atuação dos gestores no cumprimento dos compromissos pactuados, bem como dificultar o pagamento, a manutenção e o investimento em qualificação dos profissionais de saúde, proporcionando também a manutenção de equipes meramente contratadas precariamente para atendimento aos pacientes, sem uma linha de continuidade.

Outro aspecto observado pelos autores diz respeito ao não cumprimento pelos municípios das ações pactuadas que acaba por refletir também no SAMU,

umentando viagens e custos operacionais. Além disso, é de se verificar ainda os valores pagos pelos procedimentos no SUS, considerados inadequados para o tipo especial de serviço que é a demanda de urgência. Esses fatores entram em contradição até com a própria concepção do que deve ser uma RUE, como já bem abordado neste artigo (TORRES, BELISÁRIO E MELO, 2015).

O Plano Estadual de Saúde da Paraíba foi atualizado no ano de 2019, nele incluído a RUE, compilando-se todos os serviços nesta rede inseridos. Contudo, pelo desenho que se apresenta, é de se compreender que ainda se está longe de atingir-se um ideal de prestação de serviços em urgência e emergência para a 9ª Região de Saúde e a população a ela vinculada.

Compreende-se que, desde o ano de 2011, quando se iniciou o processo de construção da RUE, que foi aprovada em 2012 na CIB, como visto, já houve avanços. No ano de 2011, por exemplo, na cidade de Uiraúna/PB não havia base descentralizada do SAMU, atualmente, no ano de 2021, existe uma base descentralizada, com duas ambulâncias, sendo uma de suporte básico e uma de suporte avançado, que atende a todos os pacientes que necessitam.

Há ainda, na cidade de Cajazeiras, uma UPA, atendendo a todos os pacientes dos 15 municípios que compõem a 9ª Região de Saúde, algo que, no ano de 2011, antes do Plano da RUE ser implantado, não existia.

Outro exemplo clássico é o SAD, quando não existia tal serviço na cidade de Uiraúna, Bernardino Batista e Joca Claudino no ano de 2020, passando a existir já no ano de 2021, como serviço contemplado na Rede de Urgência e Emergência.

Com relação ao SAD que foi implementado como parceria entre aqueles três municípios, o serviço foi denominado de “Melhor em Casa”³ e atende diversos pacientes acamados, que não podem se locomover, que possuem dificuldade em acessar os serviços de saúde por sua atual condição fisiológica. Nesse aspecto se observa que esse serviço tem sido relevante para que pacientes tenham acesso a um tratamento de saúde que apenas seria possível em hospital ou por uma equipe de Home Care que atende apenas por meio de pagamento particular ou por plano de saúde.

O serviço ofertado pelo Programa “Melhor em Casa”, nos termos explicitados pelo próprio município de Uiraúna em sua página oficial, é feita por uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD), que é composta por profissionais de saúde sendo eles Fisioterapeuta, Médico Clínico Geral, Técnico de Enfermagem e Enfermeiro, integrando a equipe um Motorista. Além disso, a assistência também é feita por uma Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), que é composta por Psicólogo, Fisioterapeuta e Nutricionista.

No caso do SAD em Uiraúna, Joca Claudino e Bernardino Batista ainda não se pode dizer sobre a sua efetividade e eficácia, haja vista que sua implementação se deu apenas no ano de 2022. Necessário aguardar-se o andamento das atividades e o atendimento dos pacientes e sua evolução para que seja possível compreender sobre a sua importância para a RUE.

Contudo, ainda se verifica carências, como tratado e explicado acima. Pacientes que necessitam de assistência em suas demandas coronarianas ou neurológicas devem ser deslocados até o Hospital Metropolitano Dom José Maria

³ <https://www.uirauna.pb.gov.br/informa.php?id=508>

Pires, localizado no município de Santa Rita/PB, na região metropolitana de João Pessoa. Muitos municípios ainda efetuam pactuações, diante da demora na existência de vaga no Hospital de Santa Rita, com outros hospitais particulares da capital, visando a atender à urgência do paciente de seu território, para não o deixar desassistido ou à longa espera de uma vaga.

É importante observar, no que tange ao atendimento feito pelo Hospital Metropolitano que ele foi inaugurado no dia 04 de abril do ano de 2018, com a finalidade de atender as demandas de urgência neurológicas e coronarianas, desafogando diversos hospitais públicos e abrindo espaço para o tratamento de pacientes graves pelo próprio SUS (PARAÍBA, 2020).

É importante conhecer ainda o porte do hospital Metropolitano, conforme detalhado pelo próprio estado da Paraíba:

O Hospital Metropolitano possui 135 leitos, entre Internações UTIs (adulto e pediátrico), 11 salas de cirurgias, Ambulatório, Centro Cirúrgico, além de um moderno Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI) de multimodalidade. O Complexo Hospitalar dispõe de um heliponto com 40 metros quadrados e capacidade para receber todos os modelos de helicópteros comerciais.

Contando com um maquinário de altíssima tecnologia, o CDI do Hospital Metropolitano é pioneiro no estado em ofertar exames e procedimentos na rede pública, como por exemplo: Angiotomografia coronariana; Ressonância Magnética cardíaca; Ecocardiograma com Strain; TAVI (implante de valva aórtica por cateter), entre outros.

A instituição também, é a primeira unidade pública de saúde da região nordeste, que dispõem de um dos mais modernos equipamentos na área de neurocirurgias, o Microscópio Zeiss Pentero 800. O Microscópio, possui lentes de alta resolução, iluminação controlada, vídeo angiografia e interação com neuronavegação. Ele é primordial para execução de Neurocirurgias, como: aneurismas cerebrais, malformações arteriovenosas tumores e patologias vasculares da medula espinhal. Sua alta tecnologia permite ao assistido uma melhor recuperação e qualidade de vida (PARAÍBA, 2020, p. 03).

Verifica-se com essa descrição que o Hospital Metropolitano possui uma super estrutura para atender a população do estado da Paraíba. No ano de 2019, de acordo com dados do próprio hospital, o Centro de Diagnóstico por Imagem do Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires, realizou de janeiro a dezembro 30.507 exames e procedimentos, o equivale a mais de 2.500 por mês (PARAÍBA, 2020).

Dentre os exames de imagem, a Tomografia foi o exame mais realizado naquele complexo hospitalar, que registrou naquele ano mais de 8.800 atendimentos. Em seguida vem o exame de Raio-X, com 7.277, e a Ressonância Magnética, que no ano de 2018 registrou a realização de 7.235 exames. Já na área de hemodinâmica cardíaca e neurológica, foram realizados mais de 2.700 procedimentos, estes números se referem a procedimentos de cateterismo, angiografia, embolização, trombectomia, angioplastia, entre outros (PARAÍBA, 2020).

Contudo, questiona-se sobre agilidade com que os pacientes são atendidos em sua urgências. O atendimento desse hospital é feito por meio de regulação e os pacientes aguardam a tão temida fila do SUS. O Hospital Metropolitano tem atendido a todas as demandas que surgem? Houve redução da “fila do SUS” após a inauguração do referido hospital? Como parte integrante da RUE, será se não seria possível implantar um hospital que pudesse estar mais perto da população do interior do estado, de modo a facilitar o acesso dos pacientes e de seus familiares na assistência necessária?

Em que pese toda a importância do Metropolitano, é de reconhecer a sua distância do sertão da Paraíba, onde estão localizados os 15 municípios que compõem a 9ª Região de Saúde. Ademais, esse hospital é para atendimentos de urgência e emergência coronariana e neurológica. Os demais casos e problema de saúde são tratados em outros hospitais da capital ou em Capina Grande, sempre no lado oposto do sertão.

Não há assistência especializada nem mesmo na cidade de Patos, que se localiza no sertão do estado, sendo o que se chama de “meio do caminho” entre o alto sertão e a capital. Veja que, mesmo as demandas especializadas de cirurgias oncológicas apenas são feitas nos hospitais da capital, quando se sabe que, na cidade de Patos está localizado o Hospital do Bem, de propriedade do estado para atender as demandas da patologia câncer. Quase sempre é necessário que o paciente percorra cerca de 500km para buscar a cura para sua doença, o que torna desgastante o processo de recuperação.

É necessário observar a realidade de quem reside no interior do estado, pois são cidadãos que possuem patologias que requerem atendimentos de urgência e emergência, mas, muitas vezes, sofrem a demora. É necessário proporcionar melhorias à rede de urgência e emergência, especialmente para permitir que os indivíduos sejam atendidos perto de suas residências e de suas famílias, sem percorrer o humilhante calvário em busca de saúde na capital do estado.

A regionalização da saúde é realidade, constitucionalmente e legalmente autorizada, contudo os serviços da saúde, notadamente os da RUE, devem ser dispostos ao cidadão de modo eficaz, saindo do desenho no papel e sendo colocado na prática. Diz-se mais, seria o caso de, talvez, reformular-se o plano da RUE e o Plano Estadual de Saúde para inserir os serviços especializados de urgência e emergência para a população residente no sertão, componente das regiões de saúde aqui localizadas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através de todos os dados coletados e aqui introduzidos, é possível compreender que a configuração dos serviços de urgência e emergência deve ser repensada pelos indivíduos que compõem a política pública de saúde na Paraíba. Acreditar que somente os hospitais estão capacitados para acolher as urgências e as emergências que chegam através dos diversos meios e portas de entrada é algo a ser desconstruído.

Os gestores locais da política pública de saúde precisam conhecer os mecanismos dispostos pelo SUS para atendimento da população, conhecendo também os meios de aquisição de recursos para implementação desses serviços. Com isso, talvez seja possível assistir o indivíduo em seu território, naquela demanda inicial que seja da competência da rede de urgência e emergência.

Ademais, necessário desburocratizar o atendimento prestado pela RUE no estado, por exemplo, o agendamento de procedimento cirúrgico precisa ser facilitado, estabelecendo-se um fluxo que proporcione ao indivíduo ter certeza sobre a data em que será feito procedimento, para não deixar o paciente que reside no interior do estado fazendo diversos percursos para a Capital.

Também precisa haver união entre os atores da política de saúde, a fim de buscar melhorias para os usuários do seu município, buscando implementar ações de ações em cada região. Se não se consegue a realização de cirurgia cardiológica Hospital Regional de Cajazeiras, mas poderia haver a conquista de cirurgias buco-maxilo para aqueles pacientes que sofrem trauma na face, evitando seu deslocamento para a cidade de Campina Grande.

Certo é que algumas mudanças foram implementadas na RUE da 9ª Região de Saúde da Paraíba, nos últimos 12 anos, contudo ainda está longe do que seria ideal. É preciso que haja ainda maior trabalho sobre a rede regionalizada de urgências e emergências, pois embora tenha acontecido a regionalização dos serviços ainda há fragilidades que precisam ser superadas.

Como visto, conhecer o território em que está se atuando é deveras importante, inclusive para reduzir as distâncias ao atendimento das necessidades da população. Mas, a vida em sua realidade cruel ainda faz com que muitos pacientes residentes no interior, habitantes da 9ª Região de Saúde, tenham que se deslocar pela Paraíba inteira para ter acesso ao direito à saúde, dentro da rede de urgência e emergência do estado.

The regionalization of health in the state of Paraíba: a design of the urgency and emergency network in the 9th health region

ABSTRACT

The present article on the regionalization of health, specifically the urgency and emergency network, with a view towards the knowledge of the RUE in the 9th Health Region of Paraíba, promoting a design of its intrastate and regional arrangements. Aiming to achieve the research results, the study was carried out using the methodology of data analysis on the website of the state of Paraíba and the Ministry of Health, collecting information through the SIC, in view of the pandemic situation. A documentary analysis of the 2016-2019 and 2020-2023 State Health Plans was also carried out, as well as the 2011 Paraíba Emergency and Emergency Network State Plan and its amendments. Through the formulated study, it was possible to draw a design of the RUE in the state of Paraíba, specifically the RUE in the 9th Health Region, verifying the existence of some weaknesses, including the very access to hospitals for proper treatment. There was a need for improvements in the RUE system to strengthen health actions in the 9th Health Region of Paraíba for the development of the Unified Health System (SUS), providing individuals in that region with adequate and effective access to the right to health.

KEYWORDS: Health regionalization; Urgency and Emergency Network; 9th Health Region of Paraíba.

REFERÊNCIAS

DA SILVA, João Paulo Teixeira. A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: UMA AVALIAÇÃO A PARTIR DA REDE HOSPITALAR. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/28036/1/Regionaliza%3%a7%3%a3osa%3%badeBrasil_Silva_2019.pdf. Acesso em: 23 de dezembro de 2020.

FERNANDES, Fernando Manuel Bessa. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4):1311-1320, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n4/1311-1320/>> Acesso em: 31 de maio de 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE atualiza dados geográficos de estados e municípios brasileiros. 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/27737-ibge-atualiza-dados-geograficos-de-estados-e-municipios-brasileiros#:~:text=O%20valor%20da%20extens%C3%A3o%20territorial,19%20de%20maio%20de%202020>> Acesso em: 31 de maio de 2021.

PARAÍBA. Infosaúde: Portal de Informações em Saúde do estado da Paraíba. Disponível em: <http://portal.saude.pb.gov.br/infosaudef/ifremeR.php>. Acesso em: 23 de dez 2020.

PARAÍBA. Alta Complexidade – Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires. 4ª ed. 2020. Disponível em: https://www.hospitalmetropolitano.pb.gov.br/pdf/Quarta_edicao_alta_complexidade4.pdf> Acesso em: 24 de março de 2022.

O'DWYER, Gisele. Et al. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2017.v33n7/e00043716/pt>. Acesso em: 23 dez 2020.

BRANDÃO, Isabel Cristina Araújo et al. Análise da Organização da Rede de Saúde da Paraíba a Partir do Modelo de Regionalização. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/1/11734/1/AkamilM_An%3%a1lise%20da%20organiza%3%a7%3%a3o%20da%20rede%20de%20sa%3%bade%20da%20para%3%adba%20a%20partir%20do%20modelo%20de%20regionaliza%3%a7%3%a3o_12799-23091-1-PB.pdf> Acesso em: 23 dez 2020.

SAQUET, Marcos Aurélio e SPOSITO, Eliseu Savério. (organizadores). *Territórios e Territorialidades: teorias, processos e conflitos*. 1.ed. São Paulo: Expressão Popular: UNESP. Programa de Pós-Graduação em Geografia, 2008.

SAQUET, Marcos Aurelio e SILVA, Sueli Santos da. Geo UERJ - Ano 10, v.2, n.18, 2º semestre de 2008. P. 24-42. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/geouerj/article/viewFile/1389/1179>> Acesso em: 31 de maio 2021.

ANDRADE, Manuel Correia de. A questão do território no Brasil. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

DOURADO, Daniel de Araújo. Regionalismo e federalismo sanitário no Brasil. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências. São Paulo, 2010.

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm> Acesso em: 25 de dez 2020.

BRASIL. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/redes-de-atencao-a-saude-3/rede-de-urgencia-e-emergencia-1/rue-leg/13181-po-1600-7-07-2011-modifica-politica-de-atencao-as-urgencias-e-emergencias-1/file>> Acesso em: 29 de dez 2020.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 05 set. 2021.

SANTOS, Lenir et al. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.2, p.438-446, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00438.pdf>> Acesso em: 25 de dez 2020.

PARAÍBA. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. 2016. Disponível em: https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/PB_Plano%20Estadual%20de%20Saude%202016_2019.pdf> Acesso em: 29 de dez 2020.

PARAÍBA. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/PLANOS-ESTADUAL-DE-SAUDE-PB-2020-2023.pdf>> Acesso em: 31 de maio de 2021.

PARAÍBA. Plano Estadual de Regionalização da Rede de Urgência e Emergência da Paraíba. 2011.

PARAÍBA. Resolução n. 81, de 09 de outubro de 2017. Disponível em:
<http://static.paraiba.pb.gov.br/2017/02/Resolucao-81-Instrutivo-da-PGASS.pdf>>
Acesso em: 31 de maio de 2021.

CIB. Resolução n. 111, 07 de outubro de 2019. Disponível em:
<file:///C:/Users/Elicely/Downloads/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20CIB%20N%C2%BA%20111%20-%20Alter%C3%A7%C3%A3o%20Grupo%20Conductor%20PGASS.PDF>> Acesso em:
31 de maio de 2021.

PARAÍBA. Portaria nº 1.524, de 24 de julho de 2013: “Aprova a Etapa I do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado da Paraíba e Municípios, e aloca recursos financeiros para sua implantação”.

TORRES, Soraya Figueiredo de Sousa, BELISÁRIO, Soraia Almeida e MELO, Elza Machado. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. *Saúde Soc. São Paulo*, v.24, n.1, p.361-373, 2015. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/mjs7Wfdw3tjbZFcvhmcr3JQ/?lang=pt>> Acesso em: 01 de jul. 2021.

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência - RUE/Marcos Antônio Barbosa Pacheco (Org.). - São Luís, 2015. Disponível em:
http://repcursos.unasus.ufma.br/rede_atencao/modulo4/und1/media/pdf/livro.pdf> Acesso em: 30 de dez 2020.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila e UCHIMURA, Liza Yurie Teruya. O Processo de Regionalização no Brasil: influência das dimensões Política, Estrutura e Organização. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife*, 17 (Supl.1): S45-S61 out., 2017. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/YVkpKNzP7bb77LW7X4RPnhb/?lang=pt>> Acesso em: 31 de maio de 2021.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde Soc. São Paulo*, v.24, n.2, p.413-422, 2015. Disponível em:
<https://www.scielosp.org/article/sausoc/2015.v24n2/413-422/pt/#>> Acesso em: 31 de maio de 2021.

Recebido: 28 jul. 2024.

Aprovado: 25 ago. 2024.

DOI: 10.3895/rbpd.v13n3.15300

Como citar: FERNANDES, E. C.; SILVA, A. M.; SATURTINO, L. K. E. A.; JÚNIOR, I. R. S. A regionalização da saúde no estado da Paraíba: uma análise da rede de urgência e emergência na 9ª região de saúde.

R. Bras. Planej. Desenv. Curitiba, v. 13, n. 03, p. 754-781, set./dez. 2024. Disponível em:

<<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbpd>>. Acesso em: XXX.

Correspondência:

Elicely Cesário Fernandes

Av. Prof. Antônio Campos - Pres. Costa e Silva, Mossoró - RN

Direito autoral: Este artigo está licenciado sob os termos da Licença Creative Commons-Atribuição 4.0 Internacional.

