

## **Efeitos de implantação da rede interestadual de saúde do Vale do São Francisco**

Effects of implementation of the interestal network of health of the San Francisco Valley

Gabriella dos Santos Wrublewski<sup>a</sup>

Claudia Cavalcanti Galindo<sup>b</sup>

Raquel Miguel Rodrigues<sup>c</sup>

Nayara Mendes Cruz<sup>d</sup>

Maria Grasiela Alves de Figueiredo Lima<sup>e</sup>

Avelar Batista dos Santos<sup>f</sup>

### **Resumo**

A Rede Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco foi implantada para o fluxo de acesso aos serviços de referência hospitalar da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco e da Macrorregião Norte da Bahia. Assim, o objetivo do artigo foi cartografar os efeitos da implantação da Rede Interestadual. O método do estudo foi de natureza qualitativa, por meio da cartografia, através dos relatos dos autores que participaram do processo de pactuação e efetivação da Rede. A pesquisa mostrou que não houve, até o momento, produção de um documento, contrato ou algum outro dispositivo que sistematize todas as pactuações produzidas no percurso da implantação da Rede. A Rede Interestadual é uma estratégia política essencial para a Região, uma vez que apresentou melhoria na interiorização do acesso aos usuários que anteriormente eram direcionados, muitas vezes, para as capitais dos Estados.

**Palavras-chaves:** Serviços de saúde; Acessibilidade aos serviços de saúde; Assistência à saúde.

---

<sup>a</sup> Psicóloga especialista em Saúde da Família. Universidade do Vale do São Francisco-UNIVASF

<sup>b</sup> Especialista (mestranda). Universidade do Vale do São Francisco-UNIVASF. Petrolina-PE, Brasil.

<sup>c</sup> Doutorando do Programa Bioética, ética aplicada e saúde coletiva. Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ.

<sup>d</sup> Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB.

<sup>e</sup> Enfermeira especialista em Saúde da Família. Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas – FACISA. Campina Grande-PB, Brasil

<sup>f</sup> Especialista em Gestão de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro – RJ, Brasil

Autora Correspondente: Gabriella dos Santos Wrublewsk

E-mail: gabriellasantospsi@gmail.com

**Abstract**

The Interstate Health Network of the São Francisco Valley was implemented of access to hospital reference services in the Pernambuco Region and the Northern Macroregion of Bahia. Thus, the role of cartography was to produce the Interesting Network. The method was qualitative in nature, through cartography, through to reports of authors who participated in the process of agreement and effectiveness of the Network. A research that has not been carried out so far produces a document, contract or some other device that to systematize all the pacts produced without the course of the deployment of the Network. The Interstate Network is an essential political strategy for the Region, since it presented improvement in the internalization of access to users that were previously directed, often, to the capitals of the States.

**Keywords:** Health services; Accessibility to health services; Health care.

**Introdução**

A Rede Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco Pernambuco-Bahia, Rede PEBA, é um produto da articulação entre pessoas, ações e serviços de saúde, sobretudo de urgência e emergência, entre os 53 municípios integrantes das Regiões de Salgueiro, Petrolina e Ouricuri (IV Macrorregião de Pernambuco) e as Regiões de Paulo Afonso, Juazeiro e Senhor do Bonfim (Macrorregião Norte da Bahia). Os municípios sedes dessas regiões são Petrolina-PE e Juazeiro-BA<sup>1</sup>. A população total da Rede PEBA está estimada em 2.082.092 habitantes<sup>2</sup>.

A Rede PEBA dispõe de serviços organizados de média e alta complexidade hospitalar de forma a racionalizar e a otimizar a utilização de recursos, constituindo assim referência interestadual, pioneira no Brasil<sup>3</sup>.

Anteriormente, existia uma troca informal entre os serviços dos municípios de Juazeiro-BA e Petrolina-PE, mas somente em 2008 os gestores de ambos os municípios tentaram formalizar essa pactuação entre os Estados, porém a legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), no período, não permitia. Dessa forma, os gestores municipais em articulação com os gestores estaduais (PE/BA) levaram essa demanda ao Ministério da Saúde (MS), que contribuiu com a construção do diagnóstico da Rede PEBA, contratando o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), como forma de verificar a viabilidade dessa implementação.

Esse processo foi formalizado pela Portaria Ministerial nº 1.989 em 2008, instituindo o Grupo de Trabalho (GT), em que participaram como representantes:

Ministério da Saúde, através das Secretarias Executiva, Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica e Participativa; além da Secretaria de Estado de Saúde (SES) da Bahia e de Pernambuco; e Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da região de Juazeiro e Petrolina<sup>4</sup>. Em 2009, através de nova Portaria Ministerial nº 1.453, foi incluído um representante da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) no GT para a implantação da Rede<sup>5</sup>.

O GT adotou um formato de funcionamento, através de oficinas, que contemplou o alinhamento conceitual e metodológico, a pactuação dos compromissos, a elaboração do Mapa de Saúde da Região e a formulação dos objetivos, metas e suas principais linhas de ação como primeira fase. Havia previsão também de estabelecimento de custos, Plano Diretor de Investimentos (PDI), para a implantação dos componentes acima mencionados até a assinatura do Termo de Compromisso Interestadual, a Carta do Vale do Médio São Francisco, como etapa final do processo<sup>1</sup>.

A primeira pactuação formal da Rede aconteceu em 2009, através da Carta do Vale do Médio São Francisco, contendo as assinaturas dos representantes do MS, SES e as SMS envolvidos, como uma forma de assumir o compromisso de propiciar condições para o alcance dos 10 objetivos.

É nesse percurso de implementação da Rede que será traçado o caminho que surgiu através desse acordo político, para organizar uma rede colaborativa entre os serviços dessas duas cidades de referência. Assim, o objetivo do presente estudo foi cartografar os efeitos da implantação da Rede Interestadual.

Este estudo complementa as produções já publicadas da pesquisa nacional “RAC: Rede de Avaliação Compartilhada - Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa” (2013-2016), pesquisa nacional financiada pelo MS<sup>1</sup>.

## **Método**

Trata-se de um estudo qualitativo, que traz à cena, por meio da cartografia, relatos dos autores que participaram do processo de pactuação e efetivação da Rede PEBA. Segundo Rolnik, o método cartográfico:

(...) se propõe a captar não apenas o momento, mas o movimento em que se produz o cuidado, uma avaliação que pega não apenas o fato, estando mais próxima de um filme que demonstra a dinâmica dos acontecimentos, seu desenvolvimento e o modo como se produziram nos cenários de prática de cuidado, do encontro entre trabalhador e usuário, os afetos que circulam entre os sujeitos em relação<sup>6</sup>.

Assim, o cartógrafo será como uma espécie de observador-analista que deverá imergir no cenário junto com os participantes do estudo, para poder captar a nuance das dinâmicas relacionais referentes à produção do cuidado. Segundo Merhy<sup>7</sup> é no espaço micropolítico que a cartografia acontece; através da ferramenta mapas-analíticos é possível desenhar a forma como a linguagem se constitui naquele ambiente na produção de trabalho, como um trabalho “vivo em ato”.

Contou-se com análise documental, relatos de autores sociais, observação participante e diário cartográfico. Os encontros foram gravados e transcritos, após consentimento livre e esclarecido dos participantes. Utilizou-se também dados secundários referentes ao funcionamento e organização de alguns serviços da Rede do ano de 2010 a 2015 disponibilizados pelo MS.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer n. 560.597.

Neste estudo, foi utilizada a Carta do Vale do Médio São Francisco a fim de estabelecer parâmetros de comparação entre o que foi pactuado em 2010 e o que foi desenvolvido em 2015 relacionado à organização e ao funcionamento da Rede PEBA, possibilitando conhecer os efeitos da implantação dessa Rede.

## Resultados e Discussão

A Carta do Vale do Médio São Francisco produziu efeitos relacionados à organização e ao funcionamento da Rede, através dos compromissos assumidos pelos gestores, solidariamente, propiciando condições para o alcance dos seguintes objetivos:

1. Definir instância de cogestão da Macrorregião Interestadual;
2. Elaborar diagnóstico de saúde, identificando os principais problemas da região;
3. Implementar as linhas de cuidado de Atenção priorizadas no Pacto pela Saúde;
4. Fortalecer a Atenção Básica de Saúde;
5. Redimensionar os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT);
6. Reorganizar o modelo de Atenção Especializada Hospitalar e Ambulatorial;
7. Participar da Elaboração e Implantação do Plano Diretor de Investimentos (PDI);
8. Participar da Elaboração e Implantação da Programação Pactuada e Integrada (PPI);
9. Desenvolver mecanismos da Região de Saúde para integrar a Regulação;
10. Fortalecer os Colegiados Regionais de Gestão.

A fim de facilitar a análise dos compromissos estabelecidos, será apresentada a

situação de andamento da ação, se fora ou não alcançada.

Em relação aos compromissos *Definir instância de cogestão da Macrorregião Interestadual (1)*, *Fortalecer os Colegiados Regionais de Gestão (10)* e *Desenvolver mecanismos da Região de Saúde para integrar a Regulação (9)*, destaca-se como ocorreram às discussões para alcançar esses objetivos. Inicialmente, foi instituído em 2010, a Comissão de Cogestão da Rede Interestadual de Saúde Pernambuco e Bahia (CRIE), sendo aprovado o Regimento da CRIE através das Resoluções CIB/Bahia nº 89/2010 e CIB/Pernambuco nº 1.471/2010.

O CRIE é uma instância colegiada de articulação, negociação e pactuação entre os entes federativos das esferas de governo envolvidas, e constitui-se num espaço de decisão por meio da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma Rede Interestadual de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva<sup>8:9</sup>.

O primeiro produto do CRIE, construído após três oficinas das Regiões de Saúde, foi a implantação, em 05 de agosto de 2011, da primeira Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL) do país, com sede no município de Juazeiro-BA<sup>3</sup>.

A CRIL é um dispositivo que ordena o acesso aos leitos de urgência e emergência para as unidades de referências previamente acordadas. Todavia, para que seu trabalho seja efetivado é necessária a pactuação entre os gestores que compõem essa Rede, através do CRIE, acompanhando a dinamicidade da Rede. A CRIL segue este movimento contínuo de entrada e saída de prestadores de serviços de saúde e gestores, redefinição de perfil de serviço, potenciais mudanças de situação de saúde-doença da população, por exemplo.

Nesse sentido, existem dois dispositivos que operam a Rede PEBA, um *dispositivo de gestão*, que é uma instância colegiada de pactuação entre gestores, a CRIE; e um *dispositivo de regulação de acesso* hospitalar, a CRIL. Esses dispositivos compõem um corpo da Rede PEBA. De um lado, gestores necessitam dispor suas condições de oferta de leitos em um cenário de saúde-doença-intervenção; de outro, a regulação opera o fluxo, sendo acionada para otimizar a regulação de paciente para ser encaminhado ao leito, segundo a oferta de vaga no serviço<sup>1</sup>.

Destaca-se que a CRIL é também um *observatório da Rede PEBA*, que acompanha a situação real dos pontos de atenção hospitalar, bem como menciona as potencialidades e fragilidades dos serviços, contribuindo para a tomada de decisões dos gestores estaduais.

O fortalecimento deste espaço de discussão entre gestores (CRIE) é fundamental, pois, muitas vezes, impõe à CRIL a tomada de decisões, tornando-a fragilizada por ser ferramenta da rede e não a rede em si. Tal fato é solicitação frequente dos trabalhadores: "(...) realizamos na CRIL o que deveria ser pactuado no

*CRIE, o apoio inicial que tivemos já não existe mais, desde 2013 não temos reuniões regularmente (...)*” (gestor 1).

Após o Decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, as Comissões Intergestores Regional (CIR) da Rede se fortaleceram. Esse Decreto define a CIR como instância de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS<sup>10</sup>.

Como forma de organização de saúde do SUS, o Decreto 7.508/11 institui as Regiões de Saúde, considerando-as 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<sup>10</sup>.

Voltando aos objetivos e compromissos da Carta, no que tange ao objetivo *Elaborar diagnóstico de saúde, identificando os principais problemas da região (2)*, foi elaborado o diagnóstico da Rede pelo GT e discutido no II Fórum Macrorregional através do documento “Projeto de implementação da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio do São Francisco” (2009)), porém não houve, até então, atualizações deste diagnóstico.

Sobre o objetivo *Implementar as linhas de cuidado de Atenção priorizadas no Pacto pela Saúde (3)*, revela-se que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) que deveriam compor os planos de ação das regionais envolvidas não foram totalmente pactuadas, conforme **Tabela 1**:

**Tabela 1.** Pactuação das Redes de Atenção à Saúde na Rede PEBA.

<b>Rede de Atenção à Saúde</b>	<b>Macrorregião Norte da Bahia</b>	<b>IV Macrorregião de Pernambuco</b>
Rede Cegonha	Pactuado, aguardando recurso do ministério	Pactuado, aguardando recurso do ministério
Rede de Urgência e Emergência	Pactuado, aguardando recurso do ministério	Pactuado, aguardando recurso do ministério
Rede de Atenção Psicossocial	Pactuado, aguardando recurso do ministério	Pactuado às VII e IX Regional, aguardando recurso do ministério. A VIII GERES não pactuou.
Rede da Pessoa com Deficiência	Não pactuada	Não pactuada
Rede da Pessoa com Doença Crônica Não-Transmissível	Não pactuada	Não pactuada

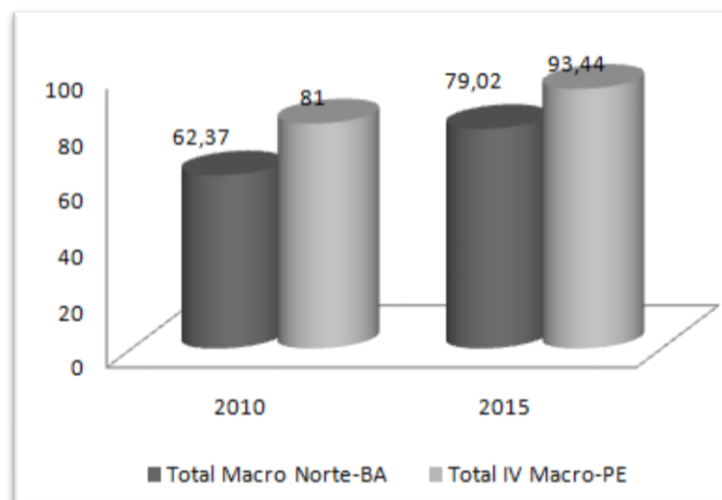
Fonte: Pesquisadores locais, 2016.

Durante a coleta do material para a pesquisa, verificou-se que os gestores municipais queixavam-se do volume exacerbado de informações exigidas (análise dos dados demográficos, epidemiológicos e de produção) para os processos de pactuações regionais, sem o retorno efetivo dos incentivos financeiros destinados à implantação das RAS, o que provocou fragilidades na Rede, conforme evidenciado na seguinte fala: “(...) como não havia novas pactuações diante das mudanças da oferta de prestadores de serviços, a própria equipe se viu produzindo acordos informais com prestadores locais de serviços, o que não garante o acesso” (gestor 2).

Em relação ao objetivo *Fortalecer a Atenção Básica de Saúde (4)*, observou-se, após análise comparativa dos anos de 2010 e 2015, um crescimento na implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) tanto da região norte da BA quanto da região da IV macro de PE (**Gráfico 1**).

Observou-se que a região do norte da BA teve um crescimento da cobertura de ESF de 16,55% no comparativo dos anos de 2010, e a região da IV macro de PE, um aumento de 12,44% no mesmo período, acompanhando assim o ritmo crescente do país. Esses dados sugerem o interesse da gestão de ambas as regiões de saúde no fortalecimento da atenção básica.

**Gráfico 1.** Percentual da Cobertura da Estratégia de Saúde da Família da população da Região Interestadual do Médio do Vale do São Francisco por Região de Saúde de origem, 2010 e 2015.



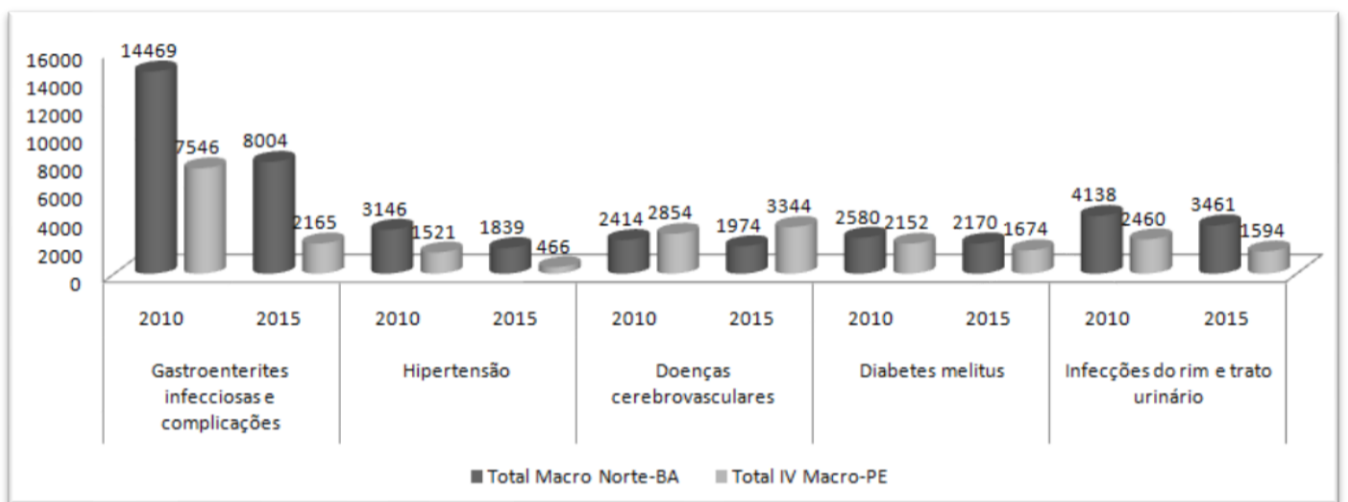
Fonte: MS/SAS/DAB. Última Atualização outubro/2016. Dados Captados em 08/12/2016.

Ao analisar as taxas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) na Rede PEBA (**Gráfico 02**), identificou-se que em 2010, o índice dessas internações era bem maior quando comparado com 2015, o que pode ser justificado pela ampliação das ESF durante este período.

Considerando apenas as internações por ICSAP, nas Regiões de Saúde da

Rede PEBA, os cinco grupos que internaram com maior número de casos em 2010 foram: as gastroenterites infecciosas e complicações; infecção no rim e trato urinário; doenças cerebrovasculares; diabetes mellitus e hipertensão. Em 2015, as gastroenterites infecciosas e complicações continuaram sendo a primeira causa de internação, seguido das doenças cerebrovasculares (**Gráfico 2**).

**Gráfico 2.** Número de internações por causas sensíveis à Atenção Primária na Região Interestadual do Médio do Vale do São Francisco por Região de Saúde de origem, 2010 e 2015.



Fonte: TabWin SIH. Dados Captados em 20/01/2017

Percebe-se que as internações decorrentes por doenças cardiovasculares têm ampliado no período analisado, o que pode estar relacionado a uma baixa adesão ao tratamento e/ou a permanência de uma alta prevalência de fatores de risco nas comunidades. Esse excesso de internações representa um sinal de alerta para os gestores e profissionais do SUS, pois implica diretamente na rede de serviços.

É notório, portanto, que o impacto da atenção primária em saúde na redução das internações por condições sensíveis à atenção primária é um indicador importante para o monitoramento e avaliação do desempenho do sistema de saúde.

Em relação ao objetivo *Redimensionar o SADT (5) e Reorganizar o modelo de Atenção Especializada Hospitalar e Ambulatorial (6)*, foi elaborado o diagnóstico da Rede PEBA, porém, até o momento, não houve atualizações deste diagnóstico.

Nos objetivos e compromissos *Participar da Elaboração e Implantação do PDI (7) e Participar da Elaboração e Implantação da PPI (8)*, inicialmente, houve um processo de discussão para formulação da PPI interestadual, mas não foi consolidada. Por outro



lado, o PDI foi elaborado, porém não houve investimento dos entes federados na rede, o que dificultou a sua implantação.

É importante ressaltar que não houve, até o momento, a produção de um documento único ou termo que sistematizasse todas as pactuações produzidas no percurso. Nesse sentido, não foi construído um Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) ou algum outro dispositivo de gestão que formalizasse os acordos construídos pelos gestores que participam da Rede PEBA.

Destaca-se também o extenso intervalo para as reuniões da CRIE, que poderiam forjar, dentro dos princípios e diretrizes do SUS, mais ferramentas de pactuação entre gestores articulados com a governança da Rede PEBA.

## **Conclusão**

Na pesquisa foram sinalizadas algumas potencialidades e fragilidades, após a implantação da Rede Interestadual. Como fragilidades entende-se o enfraquecimento das reuniões da CRIE como dispositivo de cogestão, colegiado de suma importância para a concretização da Rede. A não realização das reuniões do CRIE impede a formulação das novas pactuações para organização das RAS e dos serviços, abrindo espaço para as contratualizações informais entre os entes. Nesse sentido, em decorrência do esvaziamento do CRIE, fica a cargo da equipe da CRIL promover articulações fora deste colegiado e mais diretamente com gestores dos serviços de saúde, ou mesmo com gestores dos municípios e até das SES envolvidas.

Um dos principais efeitos dessa desarticulação foi a não efetivação das pactuações realizadas dos desenhos das principais Redes de Cuidado em Saúde da RAS, além de ausência da PPI e do PDI que seriam instrumentos importantes de gestão que poderiam incrementar os recursos financeiros.

Apesar das fragilidades elencadas, acredita-se que a Rede PEBA é uma estratégia política essencial para a Região de Saúde do Vale do Médio São Francisco, e que se constitui em uma forte aliança que produz marcas indelévels de subjetivações entre as pessoas, ações e serviços de saúde que constituem a tessitura dessa Rede.

Outros avanços podem ser citados, como a implantação de uma instância de cogestão e de regulação, ampliação da cobertura da ESF, redefinição dos perfis hospitalares na região interestadual, antes referenciados para as capitais, muito distantes dos seus municípios de origem. Antes, muitos pacientes transitavam pela rede como bolas de “ping-pong”, sem um destino certo ou garantia de atendimento, realidade que foi transformada após a implantação da CRIL.

O caminho é longo, os obstáculos são frequentes e os desafios constantes, porém competem a todos os atores, usuários, trabalhadores e gestores fortalecer esta ligadura que entrelaça a vontade de persistir nesta jornada, na tentativa de concretizar a existência de um sistema de saúde interestadual mais integral e de qualidade.

São escassas as publicações em relação à Rede Interestadual, única Rede de Saúde interestadual no país. Esta pesquisa veio potencializar os encontros entre os pesquisadores e atores sociais, através de uma vivência cartográfica, trazendo à luz a experiência singular no compartilhamento de conhecimentos. A cartografia veio auxiliar, capturando falas e nuances destes colaboradores que constituem esta rede viva.

## Referências

1. Feuerwerker, LC; Bertussi, DC; Merhy, EE. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016, v. 02.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Estatística, Município, População [acesso em 27 mar 2005]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
3. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da saúde, Investimentos e desenvolvimento. Unidade de Gestão do Projeto – UGP. Subprojeto Regional QualiSUS-Rede. Tecnologia da Informação: uma proposta de integração da Rede de Saúde do Vale do Médio São Francisco. Brasília, 2012. [acesso em 06 de mar 2015]. Disponível em <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/agosto/08/Subprojeto-Qualisus-BAePE-web.pdf>.
4. Portaria nº 1.989, de 23 de setembro de 2008. Constitui Grupo de Trabalho para Implementação da Rede de Atenção à Saúde Interestadual na Macrorregião do Vale do Médio São Francisco, compreendendo as regiões de Juazeiro – BA e de Petrolina – PE. 23 set 2008.
5. Portaria nº 1.453 de 30 junho de 2009. Altera o art. 2º da Portaria nº 1.989/GM de 2008, que constitui o Grupo de Trabalho para Implementação da Rede de Atenção à Saúde Interestadual na Macrorregião do Vale do Médio São Francisco, compreendendo as regiões de Juazeiro, no Estado da Bahia e de Petrolina, no Estado de Pernambuco. 30 jun 2009.
6. Guatarri, F; Rolnik, S. Micropolítica: cartografias do desejo. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.
7. Merhy, EE. O cuidado é um acontecimento e não um ato. Conselho Federal de Psicologia, I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e

políticas para avançar o SUS,69-78, 2006. [Acesso em: 15/08/2016]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-17.pdf>

8. Resolução CIB Bahia Nº 089 de 15 de abril 2010 aprova regimento interno do Colegiado de Co-gestão Interestadual de PE/BA. 15 abr 2010.
9. Resolução CIB Pernambuco N.º 1.471 de 03 de maio 2010 aprova regimento interno do Colegiado de Co-gestão Interestadual de PE/BA. 03 mai 2010.
10. Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. 28 jun 2011.