

# PROCESSO DE PLANEJAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: Um estudo de caso

*Quésia Postigo Kamimura<sup>1</sup>, Vera Lúcia Ignácio Molina<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. E-mail: [gkamimura@uol.com.br](mailto:gkamimura@uol.com.br)

Universidade de Taubaté. Rua Visconde do Rio Branco, 210 - centro, 12020-040, Taubaté, SP.

<sup>2</sup>Universidade de Taubaté. Rua Visconde do Rio Branco, 210 - centro, 12020-040, Taubaté, SP. E-mail: [vlim@uol.com.br](mailto:vlim@uol.com.br)

**Resumo** - Este artigo tem como objetivo conhecer a motivação e o processo de planejamento e implementação da regionalização da saúde em uma microrregião da Regional de Saúde de Campinas, Estado de São Paulo. Numa abordagem qualitativa utilizou-se da técnica de entrevista semi-estruturada junto aos gestores municipais de saúde e representantes da Secretaria de Estado da Saúde, responsáveis pelo projeto de microrregionalização. Os principais resultados demonstram que, no caso em estudo, o processo de implementação foi impulsionado pela iniciativa dos municípios e do Estado, na busca por respostas às demandas de saúde da população. Esse processo ascendente, com reuniões sistemáticas para discussão dos problemas e integração entre os serviços, não é recente, pois surgiu muito antes das normas operacionais publicadas pelo Ministério da Saúde. Caracteriza-se pela evolução natural da própria região, visto que não houve planejamento sistematizado prévio e que a principal motivação é a expectativa da garantia do atendimento na atenção secundária e terciária.

**Palavras-chave:** regionalização; planejamento em saúde; gestores de saúde.

**Área do Conhecimento:** Ciências da Saúde

## Introdução

A saúde sempre foi considerada pelo ser humano como um bem dos mais importantes para a vida. Desde os povos mais antigos até os dias atuais, a preocupação com as doenças se faz presente. Na evolução das sociedades, a saúde esteve ligada a muitos outros valores, como capacidade de trabalho, fertilidade e conceitos de beleza, além de outras influências culturais associadas à idéia de saúde.

No Brasil, com o processo de municipalização dos serviços de saúde e a responsabilidade cada vez maior dos municípios no equacionamento dos problemas de saúde, os avanços alcançados nos últimos anos indicam a necessidade de organização e integração de redes regionais. O tema regionalização é contemporâneo e ficou evidenciado com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde - NOAS 01/01 (2001) e NOAS 01/02 (2002) - e com o Pacto de Saúde (2006).

A produção de serviços especializados muitas vezes exige escala de produção incompatível com a demanda da população local residente. Poucos são os municípios do País com população suficiente para que se justifique a oferta de todos os níveis de complexidade que um sistema de atendimento integral exige (TEIXEIRA *et al.*, 2002). Assim, entende-se a necessidade de promover a articulação e integração dos sistemas municipais de modo que garantam o acesso dos usuários a serviços de saúde de graus de

complexidade compatíveis com a resolução de seus problemas. Entende-se, também, que as articulações microrregionais são uma forma de disponibilizar os níveis mais complexos de atendimento necessários ao bem-estar.

Para Carvalho (2002), a regionalização é a organização dos serviços que cobrem determinada região, complementando-se. Os serviços de saúde devem ser organizados obedecendo-se à hierarquia entre eles, de tal modo que as questões menos complexas sejam atendidas em local de menos recursos. Essa hierarquia é feita, desde as unidades básicas de saúde, passando pelas unidades especializadas, pelo hospital geral, até o hospital especializado. Sendo assim, a organização deve ser em forma de rede, com características regionais, e de forma hierarquizada, cuja ordem seja dos atendimentos mais simples aos mais complexos.

Este artigo tem como objetivo conhecer a motivação e o processo de planejamento e implementação da regionalização da saúde em uma microrregião da Regional de Saúde de Campinas, Estado de São Paulo, por meio de entrevista semi-estruturada junto aos gestores e responsáveis por projetos pautados no tema-objeto desta pesquisa.

## Metodologia

Parte-se do pressuposto de que o estudo de caso é uma forma de investigar o real, a análise da

trajetória e a reconstrução dos fenômenos ocorridos em relação ao processo de planejamento e implementação de um programa de microrregionalização no Estado de São Paulo.

Numa abordagem qualitativa, o pesquisador tem, na entrevista, um mecanismo importante para entrar em interação social com o processo de planejamento e implementação da microrregionalização da saúde em uma microrregião da Regional de Saúde de Campinas, Estado de São Paulo: a interação entre o pesquisador e os sujeitos é essencial, e a amostragem qualitativa privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que ele pretende conhecer.

A escolha dos atores sociais entrevistados baseou-se em seu envolvimento com projetos, processos, ou implementação, de fato, de regionalização ou microrregionalização do caso em estudo (MINAYO, 2000). A compreensão é obtida a partir de um estoque de experiências pessoais e de outros fatores baseados na experiência e no conhecimento.

Utilizou-se a técnica de entrevista semi-estruturada, que oportuniza ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto e permite que os representantes das experiências possam expor, com certo grau de liberdade, sua participação como gestores de saúde na trajetória de planejamento e implementação da microrregionalização na área da saúde (MINAYO, 2000; CHIZZOTTI, 2001). Os entrevistados estão apresentados como E1, E2, E3, E4, E5 e E6.

Para a análise das entrevistas, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. A análise temática aplicada ao *corpus* das entrevistas, que corresponde ao conjunto das falas dos respondentes, vem fornecer uma visão das estruturas internas dos sujeitos considerados nesta pesquisa: os gestores e os diretores das regionais de saúde das regiões em que se realiza o estudo de caso (BARDIN, 1977).

## Resultados

Considerando, segundo Malta (1993), que “[...] o planejamento microrregional consiste na alternativa moderna e positiva de articulação regional por possibilitar integração das forças políticas públicas e privadas; a utilização de mecanismos de descentralização e desconcentração”, e que a análise das falas dos informantes sobre o planejamento e a implementação da microrregionalização foi subdividida em motivação e processo, apresentam-se, a seguir, as evocações mais significativas.

Os entrevistados são unânimes, quando afirmam que a **motivação** para o planejamento e implementação da microrregionalização se deu

como **uma possibilidade de resolver a demanda reprimida nas ações de saúde mais complexas** (31,8%); pela expectativa da **garantia do atendimento na atenção secundária e terciária** (31,8%); por **exigência legal** (18,2%); e, como uma expectativa de **melhoria no financiamento** (18,2%).

Para E2, “a demanda de outros municípios ao atendimento básico, grande repressão de demanda, total falta de casamento entre os serviços e a epidemiologia” também motivaram para impulsionar o processo de microrregionalização. E5 traz que “com a municipalização, o município assumiu o seu usuário, mesmo a ação de alta complexidade, embora não seja de competência [...] me sinto na obrigação de dar andamento e ver essa ação de alta complexidade sendo realizada. Acho que a intenção é que o SUS (Sistema Único de Saúde) saia do papel e estar respondendo em maior ou menor grau”.

Para E1, o que incentivou o planejamento e implementação da microrregionalização, foi “**exigência legal e fazer planejamento de acordo com as necessidades locais – sobrevivência**”. Na fala de E3, foi pela “**necessidade da organização de um sistema de encaminhamento para a atenção secundária e terciária, com referência e contra-referência e garantia do atendimento**”; nesse sentido, há busca de soluções para os problemas de acesso à atenção secundária e terciária, E6 volta ao fato histórico e geográfico pela proximidade e à “**questão do desenvolvimento**”, lembrando que o município de referência “**foi historicamente de maior população, de tecnologia mais avançada, ter hospital capacitado para média e alta complexidade [...] então, com certeza, a maior motivação foi essa, a questão tecnológica, a capacidade instalada para que seja um centro de referência**”. E4 “**buscar resolver os problemas dos pacientes**”.

Todos os entrevistados expressaram, como **processo** de planejamento e implementação da Microrregionalização: **a pactuação entre os municípios da região e a DIR (Diretoria Regional de Saúde)** (29%), e **uma aproximação e organização dos municípios para discussão dos seus problemas** (29%).

No sentido de sistematização do processo de implementação, as evocações apontam ter sido **por iniciativa própria frente à necessidade de dar resposta às demandas** (21%) e, para tal, foram realizados **diagnósticos e reuniões periódicas para discussão, no sentido de organizar critérios e protocolos** (21%).

Segundo E6, o processo de planejamento da microrregião em que seu município está inserido “[...] não é uma coisa que surgiu ontem, que

começou no ano passado, isso já existe desde... antes dessa reestruturação da saúde a nível de regionalização. Jundiá sempre foi referência para esses nove municípios, desde NOB 93 [Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 93], NOB 96 [Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 96], sempre foi, não num contexto de PPI [Programação Pactuada Integrada] como está sendo agora. O início disso já veio até por questão geográfica [...] por ser um centro médico avançado. Não foi uma coisa que veio ... ah! agora saiu a NOAS (Norma Operacional de Assistência à Saúde) e está saindo a PPI e nós vamos criar o centro de referência – NÃO. [...] isso é uma coisa que já vinha, não foi um processo assim... que veio a partir da NOAS ou da NOB96, vinha muito antes disso [...] Hoje, isso está se organizando de uma forma mais formal, dentro de um plano de regionalização já traçado dentro do contexto da PPI [...] é uma coisa que está sendo incrementada [...] a gente está tentando aprimorar”.

E2 elucida que o processo de planejamento se deu inicialmente por conta própria do município de referência, que “[...] se apropriou das informações disponíveis dos municípios da nossa microrregião, em seguida programou a atenção conforme real necessidade e disponibilidade de cada município [...] inclusive a sede”.

Na experiência de E3, o processo se deu “[...] através da história natural da própria região, da organização populacional, da localização dos serviços e da facilidade de transportes [...] não foi algo programado ou planejado, mas aconteceu a partir da experiência dos próprios municípios em se reunirem para discussão de seus problemas e busca de soluções”.

Assim, segundo Santos (1988), deve-se reconhecer o espaço urbano e regional como um produto social, “[...] resultado da ação dos homens agindo sobre o espaço, através dos objetos naturais ou artificiais”. No planejamento, esse entendimento faz com que o espaço urbano e regional seja analisado em seu contexto histórico, político, social e cultural.

Percebe-se claramente, pelas evocações dos entrevistados E6, E2, E3 e E5, que o processo de microrregionalização em que eles participam/participaram foi ascendente. Carvalho (2002) defende que o processo de regionalização e hierarquização seja feito por meio da descentralização, com ênfase na municipalização e com regionalização ascendente, e não como um processo pactuado de cima para baixo.

Nas evocações apresentadas no sentido de sistematização do processo de implementação, segundo E2, houve “[...] discussão sobre a necessidade da regulação local e partilhamento de responsabilidades e [...] das evidentes vantagens do planejamento conivente”. Para E1: “[...]

organizar protocolos de acesso e organização de referência e contra-referência”. Na experiência de E5, “[...] primeiro houve uma avaliação da nossa capacidade de atendimento [...] depois houve uma negociação a nível de intersetorialidade e ainda está tendo alguns foros, [quanto à] urgência e emergência [...] estamos negociando”. E7 manifesta que “[...] houve com certeza muita conversa, muita sessão dentro da microrregião”.

Quanto às etapas dessa sistematização, E2 aponta três: “1ª, discussão das demandas, 2ª, discussão das limitações dos serviços e 3ª, adoção de critérios de divisão, estabelecimentos de protocolos e regulação”. E4 também entende que a sistematização se deu em três etapas, sendo elas: “[...] etapa1 - levantamento dos serviços e necessidades, etapa 2 – avaliação e classificação de cada município e etapa 3 – criação de um mapa regional com suas microrregiões definidas”.

Para os entrevistados E1 e E6, as etapas ainda estão em processo, e nas palavras de E1, “em processo de implantação”.

Segundo o entrevistado E4, as avaliações desse processo foram realizadas junto ao Estado, em “reuniões na regional e nas microrregiões.”

Embora entendendo que o processo ainda esteja em fase de implantação, E1 coloca que as etapas “[...] são avaliadas em processo contínuo [...] conta com equipe de gestão [...] o acompanhamento contínuo leva a constantes correções e também apaga incêndios”. Para E5, a avaliação é “[...] através da UAC [Unidade de Avaliação e Controle] a gente faz levantamento da demanda, da necessidade [...] a gente fez levantamento do total do ano, aí pleiteou essas vagas para o próximo ano através da PPI [...] dessa forma, acredito que o município de referência conseguiu se organizar melhor também”.

## Discussão

A microrregião do caso em estudo, anteriormente a NOAS, por iniciativa local, vem evoluindo no processo de planejamento e organização quanto à regionalização e transposição das tantas dificuldades ao acesso, apesar da não formalização de um planejamento específico.

Nota-se que quanto à motivação e ao processo para o planejamento, os entrevistados não se lembram da participação do cidadão.

## Considerações Finais

Os gestores entrevistados fortalecem, em suas evocações, a idéia da necessidade de pactuação, entendendo-a como uma aproximação entre os

municípios. Evidenciam-se dificuldades nas pactuações, não pela estratégia de microrregionalização, mas pela diversidade de projetos políticos que essa pactuação possa amenizar.

As evocações manifestadas demonstram que transpor as barreiras do acesso aos serviços de saúde, principalmente no tocante às ações mais complexas, é, para todos os entrevistados, a força motivadora ao planejamento e implementação da microrregionalização.

A preocupação em cumprir os princípios organizacionais e operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) parece que está paulatinamente sendo alcançada. Na experiência analisada, a Microrregionalização afirma-se, para os gestores entrevistados, como uma estratégia de melhoria de acesso aos serviços de média e alta complexidades e como uma forma de avançar nos processos de negociações intermunicipais.

## Referências

- SANTOS, M. **Metamorfoses do Espaço Habitado**. São Paulo: Hucitec, 1988.
- TEIXEIRA L.; DOWEL, M. C. M.; BURGARIN, M. **Incentivos em Consórcios Intermunicipais de Saúde**: Uma abordagem da teoria de contratos. Texto para discussão nº 894 Ipea. Brasília, 2002.
- CARVALHO, G.C.M. **O Financiamento Público Federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001**, 2002. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo.
- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001. (Biblioteca da Educação. Série 1. Escola; v. 16).
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977.
- MALTA, F. J. N. C. **Diretrizes para o Planejamento e sua Gestão no Litoral Norte Paulista**. 1993. Tese de Doutorado, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo – Universidade de São Paulo, São Paulo.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Ed. Abrasco, 2000, p. 9-197.