

PROCESSO DE PLANEJAMENTO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO

Quésia Postigo Kamimura¹, Vera Lúcia Ignácio Molina²

¹Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. E-mail: gkamimura@uol.com.br
Professora na Universidade de Taubaté. Rua Visconde do Rio Branco, 210 - centro, 12020-040, Taubaté, SP.

²Professora no curso de Mestrado da Universidade de Taubaté. Rua Visconde do Rio Branco, 210 - centro, 12020-040, Taubaté, SP. E-mail: vlim@uol.com.br

Resumo- Este artigo tem como objetivo conhecer 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 NOAS 01/01 (2001) e NOAS 01/02 (2002) e 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 em 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 e até hospital especializado. Sendo assim, a organização deve ser em forma de rede, com características regionais e de forma hierarquizada, cuja ordem seja dos mais simples atendimentos aos mais complexos.

Este artigo tem como objetivo conhecer 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

Partindo 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, tem na entrevista um mecanismo importante para que o pesquisador possa entrar em interação social com processo de planejamento e implementação da microrregionalização da saúde na microrregião de Jundiá, no 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 o investigador pretende conhecer.

A escolha, dos atores sociais entrevistados se deu por seu envolvimento com projetos, processos, ou implementação de fato, de regionalização ou microrregionalização do caso em estudo (MINAYO, 2000). A compreensão se dá 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 a discorrer sobre o tema proposto e permitir 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, p.102-113; CHIZZOTTI, 2001, p. 84). Os entrevistados estão apresentados como E1, E2, E3, E4, E5 e E7.

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 investigados 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 subdividido em processo, motivação e

financiamento, apresenta-se a seguir, as evocações mais significativas.

Todos os entrevistados, expressaram como processo de planejamento e implementação da Microrregionalização: **a pactuação entre os municípios da região e a DIR (Direção Regional de Saúde) (28%), e uma aproximação e organização dos municípios para discussão dos seus problemas (28%).**

No sentido de sistematização do processo de implementação, as evocações apontam ter sido **por iniciativa própria frente à necessidade de dar resposta às demandas (20%)** e, para tal, foram realizados **diagnósticos e reuniões periódicas para discussão no sentido de organizar critérios e protocolos (20%).**

Segundo E7, o processo de planejamento da microrregião a 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, NOB 96, sempre foi, não num contexto de PPI 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 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, este entendimento faz com que o espaço urbano e

regional seja analisado dentro de seu contexto histórico, político, social e cultural.

Percebe-se claramente, pelas evocações dos entrevistados E7, E2, E3 e E5, que o processo de microrregionalização em que eles participam/participaram foi ascendente. Carvalho (2002, p. 256), 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 internação 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”*.

Quando às etapas dessa sistematização, E2 esclarece três etapas *“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: *“etapa 1 - 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 E7, as etapas ainda estão em processo, nas palavras de E1 *“em processo de implantação”*.

Segundo os entrevistados E4 e E6, as avaliações desse processo foram realizadas junto ao Estado, sendo para E4 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”*.

Os entrevistados são unânimes em 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%)** e 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%)**.

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. Os aspectos socioeconômicos e culturais da região merecem destaque como possíveis facilitadores, como a localização geográfica e facilidade de transporte, próxima a dois grandes centros econômicos (Campinas - São Paulo), o entroncamento viário Anhanguera-Bandeirantes e proximidade da Rodovia Dom Pedro II; o crescente desenvolvimento industrial, comercial e de serviços; o Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS da região é 1, que indica alto desenvolvimento econômico e social (IBGE, 2000). Outro aspecto a destacar é a formação dos gestores, um deles, com três especializações e doutorado e todos os demais, com mais de uma especialização.

Considerações Finais

Os gestores entrevistados fortalecem nas evocações a idéia da necessidade de pactuação, entendendo-se como uma aproximação entre os municípios. Evidencia-se dificuldades nas pactuações, não pela estratégia de microrregionalização, mas pela diversidade de projetos políticos, e que essa pactuação possa amenzar.

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

Referências

- 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