



# Processo de regionalização da saúde na percepção dos gestores

Quesia Postigo Kamimura<sup>1</sup>  
Edson Aparecida Araujo Querido Oliveira<sup>2</sup>

## Resumo

O objetivo do artigo é analisar o processo de regionalização, no tocante à motivação, planejamento, processo de implementação e financiamento, na percepção dos gestores de saúde. Partiu-se da revisão do tema central com base nos preceitos constitucionais, a construção do SUS norteia-se pelos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade. Os princípios que regem a sua organização são a regionalização e hierarquização. Por meio da abordagem qualitativa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas junto a sete gestores de uma região de saúde no Estado de São Paulo e utilizou-se da técnica análise de conteúdo para a análise. O processo foi ascendente, impulsionado pela iniciativa dos municípios junto ao Estado na busca por respostas às demandas da população e perceberam a necessidade de integração entre os serviços e de construção de uma rede intermunicipal. Houve um significativo incremento de recursos próprios municipais no financiamento da saúde. Há desigualdades no financiamento e há conflitos a serem superados na alocação de recursos entre os municípios.

**Palavras-chave:** regionalização; saúde pública; financiamento

---

*Recebimento: 4/10/2011 • Aceite: 11/10/2012*

<sup>1</sup> Doutora em Saúde Pública (USP). Docente do Mestrado em Planejamento e Desenvolvimento Regional da Universidade de Taubaté. End: Rua Expedicionário Ernesto Pereira, 225. Centro. Taubaté - SP, Brasil. E-mail: qkamimura@gmail.com

<sup>2</sup> Doutor em Organização Industrial – ITA. Pró-reitor de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade de Taubaté. Docente do Programa de Pós-graduação em Planejamento e Desenvolvimento Regional – Universidade de Taubaté – UNITAU, Taubaté, Brasil. E-mail: edson.oliveira@unitau.com.br

## **Regionalisation process of health in perception of managers**

### **Abstract**

The aim of this paper is to analyze the process of regionalization, with regard to motivation, planning, financing and implementation process, the perception of health managers. We started from the review of the central theme based on constitutional principles, the construction of SUS is guided by the principles of universality, equity and integrity. The principles governing the organization are regional and hierarchical. Through qualitative approach, semistructured interviews were conducted with seven managers in a health region in the state of São Paulo and used the content analysis technique for the analysis. The process was ascending, driven by the initiative of the municipalities within the State in search for answers to the demands of the population and realized the need for integration between services and building a network of intercity. There was a significant increase of own resources in municipal health financing. There are inequities in funding and no conflicts to be overcome in the allocation of resources among municipalities.

**Keywords:** regionalization; public health; finance

## 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.

Na área da saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um modelo de organização dos serviços de saúde que tem como uma das suas características primordiais valorizar o nível municipal. Assim, tem como proposta de organização a implantação dos sistemas de saúde municipal articulados regionalmente; em outras palavras, sistemas regionalizados com base municipal, num processo de negociação permanente e dinâmica entre os níveis de governo municipal, estadual e federal, para assegurar melhor atenção à saúde da população (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA, 2001; ALMEIDA, *et al*, 2010).

A Constituição de 1988 incorporou conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da saúde, expressos nos artigos 196 a 200. Estabeleceu, no artigo 196, 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 a sua promoção, proteção e recuperação”. É instituído o Sistema Único de Saúde – SUS, **regionalizado e hierarquizado**, que tem como principais diretrizes a descentralização, a integralidade e a participação, conforme artigo 198 (CONSTITUIÇÃO FEDERATIVA DO BRASIL, 1988) [grifos nossos].

O Sistema Único de Saúde, segundo o artigo 4º da Lei Federal número 8080/90, considerada Lei Orgânica da Saúde, pode ser definido como “[...] o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público”, e, complementarmente “[...] pela iniciativa privada”.

A Lei número 8142, de 28 de dezembro de 1990, resgata a proposta de regulamentação da participação social, assegura aos Conselhos e Conferências de Saúde o caráter deliberativo e também trata da transferência intergovernamental de recursos financeiros na saúde.

Com base nos preceitos constitucionais, a construção do SUS norteia-se pelos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade. Os princípios que regem a sua organização são a

regionalização e hierarquização – objetos deste estudo, no sentido de analisar o processo de regionalização em relação ao planejamento, processo de implementação e financiamento, na percepção dos gestores de saúde.

No contexto do sistema de saúde - regionalização visa propiciar vínculos participativos e construtivos mais efetivos e duradouros entre uma determinada clientela e uma determinada rede específica de serviços, configurando, assim, sub-sistemas de atendimento integral específicos para determinadas parcelas de população bem caracterizadas, segundo critérios determinados, confiáveis e de fácil constatação para cada cidadão. Para tanto, o critério usual é o territorial e de moradia dos cidadãos.

A instituição do sistema SUS, regionalizado e hierarquizado, remete à constituição de rede de serviços regionalizada e hierarquizada. Seixas (1999) defende a hierarquização como um princípio administrativo de dispor, às diferentes instituições e aos diferentes serviços afins, uma condição de subordinação recíproca que os agregue e, de forma tal, que se estabeleça entre eles uma escala de autoridade que não se aplica bem quando se trata das relações entre os serviços de três esferas do poder público: federal, estadual ou municipal. São esferas autônomas, sem subordinação hierárquica formal, ainda que, na prática, sofram restrições nesta autonomia.

Na abordagem de Almeida, Castro e Vieira (1998, p. 17), a regionalização de serviços de saúde não deve ser considerada apenas do ponto de vista burocrático-administrativo, mas representar a melhor distribuição técnico-espacial dos serviços de saúde numa determinada área, possibilitando o acesso da população a todos os níveis de atenção, a todas as ações de saúde. A hierarquização das ações de saúde e distribuição dos serviços é reconhecida como atenção primária, atenção secundária e atenção terciária.

Para Carvalho (2002, p. 27), a regionalização é a organização dos serviços que cobre determinada região, complementando-se. Os serviços de saúde devem se organizar obedecendo hierarquia entre eles, de tal modo que as questões menos complexas sejam atendidas em local de menos recursos. Esta hierarquia é feita desde as unidades básicas de saúde, passando pelas unidades especializadas, pelo hospital geral e até hospital especializado; 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.

A oferta de todos os serviços e tecnologias a cada bairro ou município fica inviável pelo alto custo e pela ociosidade, desperdício e prejuízo.

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.*, 2000)

O pequeno porte da maior parte dos municípios brasileiros traz dificuldades de capacidade do planejamento do sistema, da regulação de prestadores e construção de redes assistenciais adequadas para o atendimento da população, já que não é possível garantir oferta de serviços de média e alta complexidade em todos os municípios brasileiros.

Um dos principais avanços da implementação do SUS, ao longo da década de 1990, relaciona-se ao acelerado processo de descentralização político-administrativa, com progressiva transferência de responsabilidades e recursos do nível federal para os gestores estaduais e municipais.

Se, por um lado, defende-se que esse processo de provisão descentralizada pode aumentar o bem-estar, ao ampliar a variedade de bens e serviços oferecidos e sua adaptação às condições locais além da ampliação e participação da população, por outro lado trouxe ineficiências devido à perda de escala e de escopo, à fragmentação dos serviços e à dificuldade de cooperação das ações. Um dos desafios impostos passou a ser o de compatibilizar uma escala adequada de produção dos serviços com a proximidade dos problemas locais de saúde da população (TEIXEIRA *et al.*, 2002; CARVALHO, 2002; KAMIMURA, 2004).

Em relação a esse problema de escala, Teixeira, Dowell e Bugarin (2002) evidenciam o fato de a organização de sistemas de saúde funcionais não estar necessariamente restrita aos territórios municipais, há necessidade em se 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.

A ausência de uma visão de integração regional pode provocar dispersão de esforços, duplicidade de investimentos e não favorecimento de atendimentos, como os mais complexos, que exigem estruturas e equipamentos de custos elevados - remete à importância de implementação de estratégias que visem evitar a dispersão dos

recursos públicos e privados, maximizando o aproveitamento dos recursos financeiros, materiais e humanos alocados na região.

Assim, para se buscar/garantir acesso aos serviços de saúde de forma eficaz e eficiente, há de se levar em conta a forma hierarquizada em se que considere a autoridade e a complexidade técnica e administrativa, por mecanismos complexos e com negociações, protocolos ou pactuações públicas.

Cabe ainda colocar que a regionalização é uma diretriz do sistema de saúde brasileiro que procede da necessidade de integrar seus componentes com o intuito de efetivação do direito à saúde e que para a sua consolidação demanda o desenvolvimento das relações intergovernamentais e implementação de estratégias configuradas em arranjos institucionais entre entes federativos não necessariamente coincidentes com as divisões administrativas do território, mas que considere o histórico e a dinâmica dos agentes na configuração do tecido social.

Este estudo insere-se no contexto das políticas públicas de saúde e tem como objetivo analisar o processo de regionalização do setor saúde na percepção dos gestores municipais e estaduais da região de Jundiaí, Estado de São Paulo, buscando descrever a motivação, planejamento, processo de implementação e financiamento.

## **Método**

Optou-se pela abordagem qualitativa devido a sua característica de interação entre pesquisadores e membros das situações investigadas, envolvendo posições valorativas, neste estudo – processo de regionalização do setor saúde. A pesquisa qualitativa é considerada rica em dados descritivos, obtidos no contato direto do pesquisador com a situação estudada, e enfatiza mais o processo do que o produto, preocupando-se em retratar a perspectiva dos participantes (TRIVIÑOS, 1987).

Trata-se de pesquisa exploratória, ao proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses, por permitir ao pesquisador aumentar sua experiência e aprofundar seu estudo em uma realidade específica, neste estudo – região de Jundiaí - Estado de São Paulo, acerca da temática processo de regionalização do setor saúde (TRIVIÑOS, 1987).

A escolha da região pesou por sua histórica organização e planejamento dos serviços de saúde nas iniciativas de atuar como região de fato, e, também, pela localização geográfica e facilidade de acesso do pesquisador. Outro fator importante e decisivo na escolha foi

a pronta disposição dos atores locais e dos diretores, da Regional de Saúde de Campinas.

Procedeu-se a pesquisa de campo com a aplicação de entrevista semiestruturada junto a cinco secretários municipais de saúde e um representante da Secretaria de Estado da Saúde, com o objetivo de obter informações importantes, trazer à luz as experiências dos gestores, diretores e responsáveis na área da saúde, no processo de regionalização, especificamente quanto à motivação, planejamento, processo de implementação e financiamento.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Taubaté. Os entrevistados foram convidados a contribuir com a pesquisa, sendo informados sobre os seus objetivos e solicitados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos.

Para a análise dos dados da pesquisa utilizou-se o método análise de conteúdo, buscando compreender a fala dos entrevistados que completasse os conteúdos, manifesto e latente, presente nas respostas.

Quanto às questões abertas, os resultados permitiram uma avaliação qualitativa a partir da frequência dos conteúdos manifestos e do sentido e significado alcançado pela leitura flutuante. Os temas emergiram a partir da leitura flutuante das falas transcritas e da construção da grelha de esquema de análise proposto por Bardin (1977). Os entrevistados foram denominados E1, E2 e assim consecutivamente até o E6. As falas literais apresentam-se transcritas em *itálico*, e os cortes foram indicados por reticências entre colchetes, da seguinte maneira: [...].

## Resultados e discussão

A análise das falas dos sujeitos investigados apresenta-se com base no levantamento dos dados provenientes das entrevistas realizadas juntos aos secretários municipais de saúde e representante da diretoria estadual da área de saúde, da região de Jundiá/SP.

### ▪ Percepção sobre a estratégia regionalização

Dos depoimentos analisados, a maioria dos participantes acredita que a regionalização é **uma estratégia que busque maior equidade nos atendimentos às necessidades de saúde (24%)**. Esta evocação confirma a importância do conceito de equidade utilizado por Cordeiro (1991, p. 100) uma vez que expressa ações que asseguram os serviços de saúde em todos os níveis, independente do local de moradia do cidadão.

Segundo Lima (2000), as articulações em formas regionais são uma forma de disponibilizar os níveis mais complexos de atendimentos necessários ao bem-estar, e, também, de otimizar recursos, contribuindo para que estes serviços sejam oferecidos. O artigo 1º da Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 01/01, traz “o processo de regionalização como estratégia da hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade”, essa política mostra-se fortalecida no Pacto da Saúde, que elegeu a regionalização como um dos seus pilares fundamentais (MINISTERIO DA SAUDE, 2006 e 2011).

A maioria dos entrevistados entende que a política de regionalização é uma forma de **relacionar-se com outras cidades de forma organizada, visando facilitar a oferta de serviços** segundo necessidades (24%), no sentido de “*suprir deficiências que os municípios têm em maior ou menor grau*” (E 5), a fim de **garantir o acesso** (24%). Para o entrevistado E1, “*é uma condição de sobrevivência do SUS*”. Uma preocupação presente em alguns dos informantes é quanto à **questão financeira** (8%), enfatizada por E6, que aponta o financiamento como um dos entraves ao processo de regionalização “*só poderá dar certo se houver injeção de recursos*”.

As evocações expostas aproximam-se das definições de alguns autores, como Almeida *et al* (1998, p. 17), para quem a regionalização dos serviços de saúde representa a melhor distribuição técnico-espacial dos serviços de saúde numa determinada área, possibilitando o acesso da população a todos os níveis de atenção, e de Carvalho (2002, p. 27), em que a regionalização é apontada como a “organização dos serviços que cobre determinada região”, complementando-as.

Os gestores de saúde percebem a estratégia de regionalização como uma **forma mais justa e qualitativa de distribuição de serviços e recursos** (30,4%), no sentido do **direito de ter acesso aos serviços de maior complexidade** (30,4%), que exigem estrutura física, equipamentos e recursos humanos adequados para um atendimento especializado mais complexo (17,4%). Defendem, ainda, que é o **próximo passo de efetivação do SUS** – sistema de saúde para todos os cidadãos independente de raça, cor, sexo, religião, etc.; **uma relação de responsabilidade do poder público e atenção integral aos cidadãos** - responsabilidade dos municípios e demais níveis governamentais quanto à atenção integral aos cidadãos (21,8%).

#### ▪ O processo de regionalização e efeitos à sociedade brasileira



Os informantes, ao relacionarem o processo de regionalização e respectivos efeitos para a sociedade brasileira, apontam que esse **processo efetiva o SUS (17,4%), que é uma relação que envolve o poder público nos três níveis, e o cidadão (21,8%);** que para a sociedade brasileira, por ser tão desigual, essa política favoreça para uma **alternativa mais justa e equalitária (30,4%), e uma forma de viabilizar o acesso (30,4%).**

Para os entrevistados, esse processo favorece o desenvolvimento da cidadania na pessoa usuária do sistema, no sentido da garantia dos direitos mínimos (SOARES, 1993, p. 1). Sachs (2004), ao discutir acerca de estratégias de desenvolvimento, corrobora com a defesa do acesso universal aos serviços sociais de base, como “educação, saúde, saneamento e moradia” (SACHS, 2004, p. 25).

À medida que os achados evidenciam que o processo de regionalização pode ser uma maneira mais justa de distribuição de serviços e recursos e que traz à tona o direito ao acesso, confirma-se a idéia de cidadania como mudança na organização social (SOARES, 1993, p. 1).

O E6, remete à Constituição Federal “saúde é direito de todos” [...] *o acesso a essas ações de maior complexidade é direito do cidadão*”, e cita um exemplo, “*paciente que está com câncer, ele teria que estar sendo atendido dentro de um centro de oncologia, um CACON, que é um centro altamente especializado em tratamento de câncer e não estar sendo feito paliativo dentro do município e nem sempre resolutivo, faz-se no desespero porque não acha referência, opera-se, mas não numa condição técnica de fazer mapeamento, estadiamento [...] A regionalização organizada vem como forma de estar garantindo a população desse tipo de tecnologia, de assistência e ter facilidade no acesso*”.

O E2 associa a importância desse processo à sociedade brasileira como “*importante passo do SUS se associado à PPI [Programação Pactuada Integrada], pois o contrato entre os municípios objetiva as responsabilidades de cada município, quanto a atenção integral aos seus cidadãos, sendo esta desenvolvida no próprio município ou em município referenciado. É objetivo nesse pacto as quantidades e qualidades de procedimentos a serem desenvolvidos por cada participante da microrregião e mesmo da região [...] Esse cidadão tem a garantia contratual publicada junto à DRS [Diretoria Regional de Saúde], promotoria pública, conselhos de saúde e entre os diversos gestores da microrregião, do atendimento dos quesitos quando, onde, como, com quem, de que forma, etc.*”.

Na percepção do E4 *“meu município é pequeno, apresenta boa resolutividade, temos hoje uma rede básica organizada e um hospital contratado que oferece suporte para as especialidades básicas, e, sem a microrregionalização ficaríamos sufocados por não comportarmos especialidades e estaríamos também sem retaguarda para alta complexidade”*.

Diferentemente dos demais entrevistados, E5 faz uma crítica no sentido de que *“a sociedade brasileira não está preparada. A sociedade não sabe o que é o SUS, a Constituição [...] Ela não está preparada para os direitos e deveres do SUS [...] é um avanço que tem que começar do usuário também”*.

Remetendo-se à cidadania e participação da sociedade, Cohn (2000, p. 4) traz que cidadania não é simplesmente o acesso dos cidadãos às necessidades sociais básicas, mas também à participação na definição das agendas municipais de saúde; pois é a partir desse exercício que se pode conquistar identidade e autonomia.

- **Papel do Estado na percepção dos gestores**

O Estado, não se distancia da sua função histórica e social de mediar conflitos por meio de políticas públicas que garantam o acesso dos membros da sociedade aos bens por ela produzidos (ALMEIDA, 2001, p. 13). Tal fato se reflete nas evocações dos gestores participantes desta pesquisa.

Na percepção dos gestores de saúde entrevistados, recaiu sobre o papel do Estado enquanto regulador, mediador e facilitado desse processo (55,6%); apresentado como **ordenador exigente** (22,2%). Segundo E1 *“foi passador de ordens e exigências de cumprimento de normas; desde 88 mais de 870 documentos normativos foram publicados e caíram como cascata no município”*. Nesse sentido, E5 coloca *“você tinha duas semanas para fazer isso, vindo da diretoria [DRS] mesmo”*. Dois dos entrevistados não responderam à questão (22,2%).

Para E1, a participação do Estado, enquanto papel regulador do processo de microrregionalização, *“foi um espaço de discussão e aprovação e deixou muito a desejar”*. Segundo E4 *“o Estado tem apresentado um papel regulador através da DIR [...] e algum recurso para alta complexidade. Ao meu ver o Estado deveria participar mais, principalmente com recursos financeiros”*.

E6 considera o papel do Estado *“como mediador, extremamente importante [...] tem acesso a muito mais informação que muitos municípios não tem, acesso a muito mais dados”*. Esse gestor

levanta, nessa relação de mediação do Estado, a presença de órgãos representativos do setor saúde “*então esse papel é do Estado, do Ministério da Saúde, do Cosems [Conselho dos Secretários Municipais de Saúde], Conass [Conselho Nacional de Secretários de Saúde], todos órgãos que são [...] importantes [...] como órgãos representativos [...] junto ao Estado, no sentido de estar sugerindo medidas ou sugestões de aprimoramento nesse processo*”, e finaliza que, na sua opinião, “*se não houvesse essa mediação esse processo não evoluía*”.

A evocação de E6 evidencia o processo de descentralização, no sentido de pressupor diálogo, negociação e pactuação entre os atores para constituir a base de legitimação das decisões, representada pelas três esferas de governo e foros de negociação e deliberação - Comissões Intergestoras e Conselhos de Saúde (ALMEIDA *et al*, 2001, p. 43). Entende-se que a descentralização político-administrativa do setor de saúde trouxe uma redistribuição de responsabilidades gestoras entre os três níveis de governo – federal, estadual e municipal, e que no âmbito do SUS, durante a década de 1990, as Normas Operacionais Básicas de Saúde constituíram-se instrumentos bastante efetivos.

Desde a Norma Operacional Básica - NOB 93, as comissões intergestoras foram defendidas como espaços de formação de consensos para operacionalização dos sistemas, e na NOB 96 foram reforçadas como mecanismos colegiados de negociação entre os gestores no âmbito federal e estadual. No federal, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems); Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Ministério da Saúde. No âmbito estadual, Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e da Secretaria de Estado de Saúde (SES) (GUIMARÃES, 2002, p. 55).

Os mecanismos de gestão e processo decisório em relação às regiões de saúde devem ser realizados, conjuntamente, pelas esferas estaduais e municipais no âmbito dos Conselhos Gestores Regionais (CGRs), exercidos, segundo o Ministério da Saúde, de forma “solidária e cooperativa” e “sendo as suas decisões sempre por consenso”, pressupondo o “envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

#### ▪ **A Programação Pactuada Integrada (PPI)**

Ao buscar efetivar o processo de descentralização via regionalização, a PPI (Programação Pactuada Integrada) foi prevista na NOB 93 e na Norma Operacional Básica NOB 96 e enfatizada na

NOAS 01/01 e NOAS 01/02 (GUIMARÃES, 2002, p. 61). No contexto do Pacto pela Saúde, o processo de elaboração da PPI deve estar em consonância com os indicadores estabelecidos pelo Pacto pela Vida e é um instrumento importante na definição de limites financeiros de média e alta complexidades por municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Para Carvalho (2001, p. 192), a PPI é um instrumento que precisa ser pactuado e que envolve estabelecimento de objetivos, metas e recursos financeiros, entre outros. O Pacto de Gestão estabelece diretrizes para o aprimoramento da gestão do SUS em oito aspectos, dentre eles, enfatiza a PPI (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

As evocações da maior parte dos entrevistados apresentam a **PPI como um instrumento de fato para planejar e programar as ações de saúde** (33,3%), e, nesse sentido, segundo Carvalho (2001, p.192), a ênfase é dada ao planejamento nos três níveis de atenção.

Em relação à PPI **enquanto implementação, são manifestadas, por parte dos municípios, dificuldades quanto à fase de implementação financeira** (26,6%).

Embora a PPI seja um importante instrumento de planejamento e de negociação entre os municípios, aparece em quatro evocações de seis respondentes o fato de se **ter feito várias programações e que o funcionamento ainda é comprometido** (26,6%).

Um dos informantes manifesta que **o processo de pactuação é complicado** (6,7%) e um dos entrevistados não respondeu essa questão (6,7%).

A PPI, como instrumento de planejamento das ações de saúde, é considerada para E2 *“no quesito [...] proposta local de serviços e necessidades de saúde, muito boa”*. E5 traz que *“em termos de planejamento [...] avançamos muito porque vimos local a local do município, o que precisa, [...] para o próximo ano, o que vai usar, o que não vai usar [...] os municípios tem como se programar [...] foi um avanço nesse sentido”*.

As dificuldades em relação à PPI, bastante expressivas. E2, por exemplo, *“no que concerne a implementação vejo enormes problemas, aliás em todo o Brasil, pois alguns municípios não têm tudo o que precisa para assumir a PPI”*. Levanta alguns questionamentos, tais como *“tal município terá quanto tempo para implementar o serviço? Tal município receberá os recursos econômicos dessas atividades antes da implementação ou após? se for antes o que continua fazendo terá que bancar os custos do serviço sem receber? se for depois, como ele operacionalizará o novo serviço? [...] como abordar as limitações*

*impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal? O município que eventualmente deixar de realizar algo que sempre fez, fará o que com seus contratos cujos vencimentos não são coincidentes com o início dos trabalhos pactuados na PPI? Ou o que fazer com os profissionais concursados que foram contratados exatamente para desenvolver os serviços que não farão mais parte do rol de atividades a serem desenvolvidas por esse município? Para este entrevistado “é natural que isso possa ser mudado” porém, percebe-se que o sentido de que “entender que a PPI não é só pactuar numa reunião da DRS ou na mesa de algum município-sede”.*

### **Análise do processo de planejamento e implementação**

A análise das manifestações sobre o planejamento e a implementação do processo de regionalização foi subdividida em processo, motivação e financiamento.

#### Processo:

O processo de planejamento e implementação representa para os entrevistados como a **pactuação entre os municípios da região e a DRS** (Diretoria 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 E6, o processo de planejamento e pensar de forma regionalizada “*não é uma coisa que surgiu ontem na região, 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 [...] o início disso já veio até por questão geográfica [...] por ser um centro médico avançado. Não foi uma coisa que veio ... ah! saiu a NOAS, a PPI, o Pacto e nós vamos criar o centro de referência – NÃO. [...] isso é uma coisa que já 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 região e 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 E6, E2, E3 e E5, que o processo de regionalização do qual eles participam/participaram foi ascendente. Carvalho (2002, p. 256) defende que o processo de regionalização e hierarquização seja feito de forma ascendente, que se faça uma descentralização, com ênfase na municipalização e na 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 [...] 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.. E6 manifesta que “houve, com certeza, muita conversa, muita sessão dentro da região”.*

Quanto 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: *“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 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 DRS*

e nas regiões” e nas palavras de E6 “os técnicos da Secretaria de Estado da Saúde estavam presentes”.

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”.

### Motivação

Entendendo o planejamento como uma alternativa aos problemas, uma possibilidade para o surgimento de soluções e uma nova forma de ação mais propositiva (Matus, 1989), 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%)**.

As manifestações 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 do processo de regionalização. O cumprimento da lei e a expectativa de melhorar o financiamento não é enfatizado por todos os respondentes, embora importantes e decisivos.

Ubierna (mimeo *apud* BAHIA, 1998, p. 27) traz “o alcance da acessibilidade por superar importantes barreiras, não físicas [...] mas tremendamente potentes: nos referimos às barreiras psicológicas, culturais e sociais”.

Para E2, “a demanda de outros municípios ao atendimento básico, repressão de demanda, falta de casamento entre os serviços e a epidemiologia” também motivaram para impulsionar o processo ascendente. 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 saia do papel e estar respondendo em maior ou menor grau”.

Para E1, o que incentivou o planejamento e implementação foi “**exigência legal e fazer planejamento de acordo com as necessidades locais – sobrevivência**”. E3 aponta que 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, E7 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*”.

Nota-se que quanto à motivação para o planejamento, os entrevistados não se lembram da participação do cidadão no processo embora em vários momentos, expressam a busca pela garantia do direito dos cidadãos à saúde. Percebe-se também, que há expectativa de melhoria do financiamento.

#### Financiamento das ações e dos serviços de saúde

Carvalho (2001, p. 14) traz à luz essa visão pelo prisma da garantia do direito à saúde, como direito fundamental de cidadania, baseando-se nas diretrizes constitucionais (financiamento tripartite), salientando que não se trata apenas de um instrumento ou ferramenta em busca da eficiência e da eficácia.

A maioria dos entrevistados afirma que **não houve incentivo financeiro (45,4%); teoricamente o município de referência deveria receber pelos procedimentos (27,3%), e houve incentivo financeiro através de programas específicos e realização de convênios (27,3%)**.

Observa-se diferenças entre as respostas quanto a recursos financeiros. Enquanto E1 afirma ter sido contemplado por incentivo financeiro dos níveis federal, estadual e municipal, em “*investimento em reforma do hospital local, equipamentos como ultrassonografia, endoscopia, entre outros*”, E3 entende que houve “*através dos programas especiais criados pelo Ministério da Saúde e suas normas operacionais, além de outros reivindicados por cada município, através de emendas parlamentares ou termos aditivos para custeio e investimento*”.

Já para E2, a resposta em relação ao recebimento de incentivo financeiro para a implementação foi “*nem em sonho*”. E7 também afirma que “*não houve nenhum*” incentivo financeiro e para E4 o que houve foi “*melhor distribuição*”.

E5 entende que “*quem recebe pela ação mais complexa é a referência, isso no caso da PPI, e a partir do momento que for assinado, toda ação de maior complexidade ao invés do município estar recebendo quem vai receber é Jundiaí*”. Nesse sentido, E6 expressa que “*o financiamento está sendo discutido*” e explica que



*“quando nós municipalizamos [...] naquela época, já existia no contexto histórico de referência [...] um teto financeiro para atender nosso município.*

Porém, lembra que o critério utilizado para a fixação dos tetos financeiros para o desenvolvimento das ações de média e alta complexidade, quando da municipalização, foi o de série histórica. E6 enfatiza que *“não houve dinheiro novo [...] no contexto de regionalização ou de PDR [Plano Diretor de Regionalização] ou de centro de referência”*. Assim, *“a regionalização ocorre dentro de um teto financeiro de cada município, que já existia [...] estamos com o nosso teto estourado”*.

As evocações evidenciam um significativo incremento de recursos próprios municipais no financiamento da saúde. Nas palavras de E1 *“a região está em franca expansão [...] oportunidade para o município em termos de orçamento [...] e investimentos na saúde”*. O gestor E5 diz *“o meu município arca com quase 95% das ações, meu município é meio independente do governo federal. Isso de certa forma facilita um pouco, porque quando não consigo o exame, eu compro [...] faço cotação [...] garanto o acesso ao meu usuário”*.

Um dos aspectos presente entre as diretrizes para o aprimoramento do SUS no documento Pacto pela Gestão é o financiamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Embora o mecanismo de adesão ao Pacto reconfigura as relações do Ministério da Saúde com os estados e municípios, quanto ao aspecto da transferência de responsabilidades e recursos financeiros, segundo Lima *et al* (2012), não se altera de imediato o volume de recursos financeiros repassados pela União para o custeio do SUS, nem amplia a autonomia no gasto descentralizado deste recurso.

Quanto aos principais desafios a enfrentar, os gestores municipais destacam a regulação do acesso, a revisão da Programação Pactuada Integrada, a insuficiência no financiamento e inalteração dos dispositivos que regem a distribuição de grande parte dos recursos financeiros.

## **Considerações Finais**

Os achados fortalecem a necessidade de pactuação e aproximação entre os municípios, de levar em consideração a evolução histórica dos atendimentos no processo de planejamento e implementação da regionalização, e também evidenciam dificuldades em efetivar as pactuações, não pela estratégia de regionalização, mas pela diversidade de projetos políticos.

O processo foi ascendente, impulsionado pela iniciativa dos municípios junto ao Estado na busca por respostas às demandas da população e perceberam a necessidade de integração entre os serviços e de construção de uma rede intermunicipal. Essa experiência de implementação “de baixo para cima”, retrata um processo pioneiro e histórico de negociação e busca de solução dos problemas de saúde entre os gestores locais.

A Programação Pactuada Integrada é um importante instrumento na regionalização e ainda pesa na efetiva implementação, o aspecto financeiro.

O papel do Estado é mencionado como importante elemento enquanto regulador, mediador e facilitador desse processo e que também apresenta-se, também, como um ordenador.

As evocações 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.

Prevalece a importância de se valorizar as formas coletivas de organização desses serviços de saúde, considerando a região como um todo, com o intuito de garantir o acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção. É grande a preocupação com o atendimento aos pacientes, mas pouco foi mencionado sobre a participação dos cidadãos no processo de planejamento e implementação.

Os princípios organizacionais e operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) estão paulatinamente sendo alcançados. Os gestores entrevistados entendem o processo de regionalização como uma estratégia de melhoria de acesso aos serviços de saúde, principalmente no tocante à média e alta complexidades, e como uma forma de avançar nos processos de negociações intermunicipais.

Como o financiamento do setor público de saúde é compartilhado entre os três níveis de governo, os achados apontam para um significativo incremento de recursos por parte dos municípios.

A maioria das evocações aponta para a possibilidade de melhor utilização dos recursos existentes e, além disso, revelam que de forma coletiva, juntos, podem ser ouvidos conseguindo mais recursos e aprimoramento do sistema regional. Por outro lado, os recursos são insuficientes e os conflitos quanto à alocação de recursos financeiros entre os municípios fazem-se presente.

Segundo Dowbor (1996), quando os recursos são insuficientes para cumprir com as responsabilidades assumidas e os processos de decisão não são acompanhados dos fluxos financeiros, emperra. Ao

olhar o financiamento das ações de saúde sob o prisma do direito à saúde (Carvalho, 2001, p. 14), conclui-se que o emperrar significa a não garantia do direito à saúde, à vida, e muito menos, à cidadania.

## Referências

ALMEIDA, E.S.,CASTRO, C.G.J.; VIEIRA, C.A..L. **Distritos Sanitários: Concepção e Organização**, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 1998.

ALMEIDA, H.M.; VILLAS-BOAS, J.; MESQUITA, M.; NUNES, A.M. A descentralização e a regionalização na organização do sistema estadual de saúde. In: Conselho Nacional de Saúde. Realidades e perspectivas da gestão estadual do SUS. Brasília (DF), 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977.

ALMEIDA, E.S.,CASTRO, C.G.J.; VIEIRA, C.A..L. **Distritos Sanitários: concepção e organização**, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 2001.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. **Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispões sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.699, de 30 de março de 2006. **Diário Oficial da União**, 03 de abril, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília (DF), 2011.

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.

COHN, A. **Cidadania e Formas de Responsabilização do Poder Público e do Setor Privado pelo Acesso, Equidade, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde**. 11<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 2000.

CORDEIRO, H. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991.

DOWBOR, L.& BRAVA,S.C. Políticas Municipais de Emprego. In: BRAVA, S.C. org., **Desenvolvimento Local**, Polis, n<sup>o</sup> 25, 1996.

GUIMARÃES, L. **Política de Saúde em Mato Grosso: Dois mandatos para a construção da regionalização**. In Regionalização da Saúde em Mato Grosso : Em busca da integralidade da ação. Júlio Strubing Müller Neto (org.). Cuiaba : SES, 2002.

KAMIMURA, Q. P. Microrregionalização: uma proposta metodológica, organizacional e estratégica para os serviços de saúde de alta e média complexidades no litoral norte paulista. Dissertação de Mestrado. Universidade de Taubaté, 2004.

LIMA, A. P.G. **Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000, p. 985-996.

LIMA, Luciana Dias de et al . Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, July 2012 .

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.

SACHS, I. **Inclusão social pelo trabalho decente: oportunidades, obstáculos, políticas públicas**. *Estud. av.* [online]. 2004, vol.18, n.51, pp. 23-49. ISSN 0103-4014.

SANTOS, M. **Metamorfoses do Espaço Habitado**. São Paulo: Hucitec, 1988.

SEIXAS, José Carlos. **Sistema de Saúde: As necessidades de “Saúde-Doença”**. São Paulo, 1999 (mimeografo).

TEIXEIRA, C. F. **Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde**. Caderno da 11<sup>a</sup> Conferência Nacional de saúde. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2000.

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.

UBIERNA, J. J. Entorno urbano accessible: barreras y soluciones. Mimeo. In: BAHIA, Sergio Rodrigues et al. (coord.) **Município e acessibilidade.** Rio de Janeiro: IBAM/DUMA, 1998.