

Quésia Postigo Kamimura

**MICRORREGIONALIZAÇÃO: UMA PROPOSTA
METODOLÓGICA, ORGANIZACIONAL E ESTRATÉGICA
PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE DE ALTA E MÉDIA
COMPLEXIDADES NO LITORAL NORTE PAULISTA**

Taubaté – SP

2004

Quésia Postigo Kamimura

**MICRORREGIONALIZAÇÃO: UMA PROPOSTA
METODOLÓGICA, ORGANIZACIONAL E ESTRATÉGICA
PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE DE ALTA E MÉDIA
COMPLEXIDADES NO LITORAL NORTE PAULISTA**

Dissertação apresentada para obtenção do Título de Mestre em Ciência pelo Curso de Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional do Departamento de Economia, Contabilidade e Administração da Universidade de Taubaté.

Área de Concentração: Planejamento e Desenvolvimento Regional.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Ignácio Molina

**Taubaté – SP
2004**

QUÉSIA POSTIGO KAMIMURA

MICRORREGIONALIZAÇÃO: UMA PROPOSTA METODOLÓGICA,
ORGANIZACIONAL E ESTRATÉGICA PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE DE ALTA E
MÉDIA COMPLEXIDADE NO LITORAL NORTE PAULISTA.

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ, TAUBATÉ, SP

Data: _____

Resultado: _____

COMISSÃO JULGADORA

Prof. Dr. _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Assinatura: _____

*Aos meus pais e ao Wilson,
companheiro de todas as horas, que
com carinho e compreensão me
incentivam.*

*Aos pacientes, que são o motivo destas
reflexões.*

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Vera Lúcia Ignácio Molina, orientadora deste trabalho, por conduzi-lo com segurança, competência intelectual e dedicação, expresse minha profunda gratidão.

Ao Prof. Dr. Edson Aparecida de Araújo Querido Oliveira, pelo entusiasmo e determinação em ampliar nossos horizontes e nos preparar para novos desafios, agradeço pela dedicação dispensada à viabilização deste trabalho.

À Profa. Dra. Olga Maria Panhoca da Silva, pela amizade e atenção disponibilizada.

À Profa. Dra. Edna Maria Querido de Oliveira Chamon, pela amizade, apoio e incentivo.

À Profa. Dra. Marilsa de Sá Rodrigues Tadeucci, pelo apoio no desenvolvimento do estudo, motivação e colaboração com sugestões positivas.

Ao Prof. Dr. Eurivaldo Sampaio de Almeida, um agradecimento especial pelo apoio, e também pela atenção e desprendimento sempre demonstrados.

Ao Dr. Marcos da Silveira Franco, pela disposição em colaborar com a pesquisa.

Ao Prof. Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho, pelo apoio e reflexões proporcionadas.

Ao Prof. Dr. Fabio Ricci, pelas sugestões.

Ao Dr. Roberto, da DIR de Campinas, pela pronta disposição em colaborar com a pesquisa, e à Lígia, de Jundiáí, pelo acolhimento nas visitas realizadas e pelo fornecimento de cópia dos documentos.

À Dra. Júlia Maria Tenório Levino, diretora de Planejamento da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas, pela contribuição à pesquisa.

Ao Teco e ao André, de São Sebastião, Cristina e Dr. Colucci, de Ilhabela, Dercy, de Caraguatatuba, Conceição do Núcleo Regional de Saúde de Caraguatatuba e Jocelen da Direção Regional de Saúde – DIR21 de São José dos Campos, pela atenção dispensada nas visitas realizadas nesses municípios, e pela colaboração, fornecendo dados e informações para a realização desta pesquisa.

A todos os professores do curso, minha gratidão.

Aos colegas do Mestrado, pelo companheirismo e amizade.

Ao Sóstenes, irmão mais novo, que por morar em São Paulo, teve em vários momentos a incumbência de buscar e levar livros às bibliotecas.

À secretária Alda Aparecida dos Santos, pela colaboração sempre presente.

A todos os gestores e diretores de saúde que se dispuseram a ser entrevistados e a dedicar parte do seu tempo e do seu conhecimento para a realização deste estudo.

E sobretudo à Deus, pela oportunidade de vida.

EPÍGRAFE

CANÇÃO CAIÇARA

“Eu vi”

Eu vi o sol brilhar lá no horizonte
Eu vi foi mais um amanhecer
Eu vi a natureza se encantando
Eu vi foi mais uma noite a se morrer

Ai como é lindo o mundo
Ai como é lindo viver
Ah, se não fosse a morte
Ah, se não precisasse morrer

João Alegre

KAMIMURA, Quésia Postigo. **Microrregionalização: Uma proposta metodológica, organizacional e estratégica para os serviços de saúde de alta e média complexidade no Litoral Norte Paulista.** 2004. 178 p. Dissertação (Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional) – Departamento de Economia, Contabilidade e Administração, Universidade de Taubaté, Taubaté.

RESUMO

A presente dissertação, um estudo de caso, tem como objetivo propor a estratégia microrregionalização dos serviços de saúde de alta e média complexidades para a região litoral norte paulista, utilizando o planejamento estratégico situacional. Num primeiro momento, partiu-se da reconstrução histórica, por meio de entrevistas de dois casos de microrregionalização existentes, Jundiaí/SP e Penedo/AL, com gestores e diretores envolvidos nos projetos e análise de documentos oficiais. Entre os resultados mais significativos, a microrregionalização é apontada como uma estratégia que busca maior equidade, permite uma sinergia entre os municípios, favorece a otimização de recursos e que, na prática, tem proporcionado melhoria ao acesso às ações mais complexas de saúde. Destaca-se, também, a necessidade de negociação entre os municípios, e o planejamento microrregional consiste em alternativa moderna e positiva de articulação regional que possibilita operacionalização e organização dos sistemas municipais de saúde. Os resultados nortearam a proposta de microrregionalização por meio do Planejamento Estratégico Situacional (PES), pela característica metodológica de agregar técnicas que facilitam o desenvolvimento da cidadania pela participação popular em todos os momentos do planejamento, seja dos atores vinculados aos Conselhos Municipais de Saúde ou dos demais movimentos sociais existentes em cada um dos quatro municípios da região. A proposta abrange cada momento do PES, incluindo sugestões retiradas dos documentos e das entrevistas, realizadas para facilitar a compreensão do processo de planejamento. Conclui-se que se cada um dos momentos do PES forem observados, como indicam os casos analisados, é possível que se consiga vontade política para que se organize a microrregionalização em direção ao alcance dos princípios de equidade e acessibilidade, como também, de participação popular e cidadania. Destaca-se que a diversidade dos interesses políticos dos poderes locais podem viabilizar ou impedir a perspectiva da microrregionalização como estratégia facilitadora dos princípios operacionais e organizacionais do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: saúde pública, microrregionalização, planejamento estratégico situacional, descentralização, participação popular, gestão de saúde.

KAMIMURA, Quésia Postigo. **Microregionalization : a proposal of strategy, organization and methodology for health services of high and medium complexity on the North Cost of São Paulo State.** 2004. 178 p. Dissertation (Master in Management and Regional Development) – Department of Economics, Accounting and Administration, University of Taubate, Taubaté, BRAZIL.

ABSTRACT

This presentation, a case of study, has as objective to consider the strategy micro-regionalization of the health services of high and average complexities for the São Paulo northern coastal region, using the situational strategy planning. At a first moment, it was broken of the historical reconstruction of two existing cases of micro-regionalization, Jundiaí/São Paulo state and Penedo/Alagoas state, through interviews, with managers and directors involved in these projects, as well as official document analysis. Among the most significant results, the micro-regionalization is pointed as a strategy that searches greater fairness, allows an exchange of energy between the cities, favoring the better use of resources and that, in a practical way, has made improvements to the access to the most complex actions in the health system. It is also remarkable the necessity of negotiation between the cities and, the micro-regional planning consists of modern and positive alternative of regional group work that makes possible operation and organization of the municipal systems of health. The results guided the proposal of micro-regionalization by the Situational Strategy Planning (PES), for the methodological characteristic to add techniques that facilitate the development of the citizenship for the popular participation in all through the planning, either with the actors working for the City Health Councils or the other existing social movements in each one of the four cities of the region. The proposal includes each moment of the PES, including suggestions taken from documents and interviews so as to facilitate the understanding of the planning process. It is possible to concludes that if each one of the moments of the PES is observed, as analyzed cases show, it is possible that we get political interest to organize the micro-regionalization to obtain the principles of fairness and accessibility, and also, of popular participation and citizenship. It is to observe, that the diversity of local political interests can make it possible or hinder the perspective of the micro-regionalization as a facilitating strategy of the operational and organizational principles of the One System of Health (SUS).

Keys-word: public health, micro-regionalization, situational strategy planning, decentralization, popular participation, management of health.

SUMÁRIO

Resumo	06
Abstract	07
Lista de Figuras	10
Lista de Quadros	11
Lista de Tabelas	12
Lista de Siglas	13
1 Introdução	16
1.1 Objetivos Gerais	17
1.2 Objetivos Específicos	18
1.3 Justificativa	18
1.4 Delimitação do Trabalho.....	19
1.5 Organização do Trabalho.....	20
2 Revisão da Literatura	21
2.1 Políticas públicas e políticas de saúde.....	22
2.1.1 O Sistema Único de Saúde	28
2.2 Políticas Locais e Poder Local	33
2.3 Saúde e Cidadania.....	37
2.3.1 Da Participação e Controle Social.....	38
2.4 Descentralização e Acessibilidade	41
2.5 Teoria da Eqüidade.....	46
2.6 Teoria da Qualidade em Serviços	50
2.7 Consórcio Intermunicipal de Saúde	53
2.7.1 Surgimento dos Consórcios de Saúde no Brasil	54
2.7.2 Fases de Desenvolvimento dos Consórcios de Saúde	55
2.7.3 Vantagens e Desvantagens do Consórcio.....	56
2.8 Regionalização e Microrregionalização.....	57
2.9 Planejamento: Formas e Estratégias.....	62
2.10 Estudos Recentes	66
3 Proposta	70
3.1 Objeto de Estudo.....	72
3.2 Espaço de Análise.....	73
4 Metodologia	84
4.1 Técnicas para a coleta de dados	86

4.1.1	Pesquisa Documental.....	87
4.1.2	Entrevista	87
4.1.2.1	Pré-teste do Roteiro da Entrevista	88
4.2	Sujeitos da Investigação.....	89
4.3	Análise de Conteúdo.....	90
5	Resultados	93
5.1	Resultado da Análise dos Documentos Oficiais.....	93
5.2	Análise das Falas dos Gestores	107
5.2.1	Perfil do Sujeito Entrevistado.....	108
5.2.2	Da Instituição dos Informantes	110
5.2.3	Percepção e Opinião dos Sujeitos quanto à microrregionalização	110
5.2.4	Percepção e Opinião dos Sujeitos quanto ao planejamento e implementação da microrregionalização	117
5.2.5	Percepção e Opinião dos Sujeitos quanto ao acesso aos serviços de média e alta complexidade.....	124
5.2.6	Percepção e Opinião dos Sujeitos quanto à microrregionalização e Rede de Serviços Regionalizados e Hierarquizados.....	126
5.2.7	Percepção e Opinião dos Sujeitos quanto à microrregionalização e o Poder Local.....	129
5.2.8	Percepção e Recomendação dos Sujeitos para o processo de microrregionalização em outros locais	132
5.3	Metodologia Proposta: as possibilidades do uso do planejamento estratégico situacional num programa de microrregionalização.....	134
6	Discussão	156
6.1	Estudo de Casos	156
6.2	Metodologia para o Planejamento Situacional ..	163
7	Conclusão	166
	Referências Bibliográficas	169
	Apêndices	180
	Anexos	181

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Pirâmide do Sistema de Saúde	33
Figura 2 – Caracterização Geográfica do Litoral Norte Paulista	73
Figura 3 – Vista Aérea de São Sebastião, 2003	74
Figura 4 – Vista Aérea de Caraguatatuba	74
Figura 5 – Vista Aérea de Ubatuba.....	75
Figura 6 – Vista Aérea de Ilha Bela	75
Figura 7 – Vias de acesso ao Litoral Norte Paulista, 2003	76
Figura 8 – População por grupos de idade e sexo da Região Litoral Norte – 2003	78
Figura 9 – Evolução dos Coeficientes de Mortalidade Infantil Precoce nos municípios de Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba no período de 1990 a 2001	80
Figura 10 – Evolução dos Coeficientes de Mortalidade Infantil Tardia nos municípios de Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba no período de 1990 a 2001.....	81
Figura 11 – Mapa dos serviços de média e alta complexidade por município	82
Figura 12 – Mapa da Microrregião de Jundiá.....	97
Figura 13 – Mapa da Microrregião de Penedo/AL – 4ª microrregião (em destaque)	98
Figura 14 – Momentos do Planejamento Estratégico Situacional - Desenho Proposto ao Planejamento de microrregionalização no litoral norte Paulista.....	141
Figura 15 – Momento Explicativo	142
Figura 16 – Momento Normativo	147
Figura 17 – Momento Estratégico.....	150
Figura 18 – Momento Tático-operativo.....	153
Figura 19 – Momento PES	155
Figura 20 – Concepção alternativa de redes de serviços de saúde	164

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Tópicos do Planejamento Estratégico.....	63
Quadro 2 – População dos Municípios do Litoral Norte Paulista – 2003.....	77
Quadro 3 – População por grupos de idade e sexo da Região Litoral Norte – 2003	78
Quadro 4 – Evolução da População na Região Litoral Norte Paulista por Municípios	79
Quadro 5 – Situação dos Municípios da Região Litoral Norte Paulista segundo cobertura do PSF em agosto de 2003	79
Quadro 6 – Taxa de Mortalidade Geral (por mil habitantes) por município no ano de 2002.....	80
Quadro 7 – Coeficiente de Mortalidade Infantil Precoce (neo-natal) nº de óbitos de crianças ? 28 dias/1000 nascidos vivos	80
Quadro 8 – Coeficiente de Mortalidade Infantil Tardia (pós-neo-natal) nº de óbitos de crianças entre 28 dias a 1 ano/1000 nascidos vivos	81
Quadro 9 – Categorias e Subcategorias dos documentos	94
Quadro 10 – Planejamento da Regionalização e Subcategorias	94
Quadro 11 – Programação Pactuada Integrada e Subcategorias	99
Quadro 12 – Política e Gestão e Subcategorias.....	102
Quadro 13 – Equidade de Acesso e Subcategorias.....	105
Quadro 14 – Investimento e Subcategoria.....	107
Quadro 15 – Parâmetros para priorização de problemas	146
Quadro 16 – Formulação de Situação e Imagem Objetivos	148
Quadro 17 – Matriz de operação.....	148
Quadro 18 – Matriz de Motivação de Atores	152
Quadro 19 – Matriz de programação operativa	154
Quadro 20 – Matriz tático-operacional	154
Quadro 20 – Percentuais de Recursos próprios municipais destinados à saúde nos municípios de Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba no período de 2000 a 2002	161

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Gênero do Informante.....	108
Tabela 2 – Faixa Etária do Informante	108
Tabela 3 – Escolaridade do Informante	109
Tabela 4 – Filiação Política do Informante	109
Tabela 5 – Instituição dos Informantes segundo Gestão.....	110
Tabela 6 – Evocações sobre o sentido de microrregionalização.....	111
Tabela 7 – Relações entre Microrregionalização e Sociedade Brasileira	112
Tabela 8 – Relação entre o Estado e a Microrregionalização	114
Tabela 9 – A Programação Pactuada Integrada como instrumento à Microrregionalização	116
Tabela 10 – Planejamento e Implementação da Microrregionalização (processo)	118
Tabela 11 – Planejamento e Implementação da Microrregionalização (motivação).....	121
Tabela 12 – Planejamento e Implementação da Microrregionalização (financiamento).....	122
Tabela 13 – Acesso aos Serviços de Média e Alta Complexidade.....	124
Tabela 14 – Microrregionalização e Rede de Serviços Regionalizados e Hierarquizados	127
Tabela 15 – Racionalização a partir das demandas locais	129
Tabela 16 – Relações do Poder Local como a Microrregionalização	132
Tabela 17 – Recomendações para o planejamento de processo de Microrregionalização	133

LISTA DE SIGLAS

AB	–	Atenção Básica
APAE	–	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CEME	–	Central de Medicamentos
CEPAM	–	Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal
CES	–	Conselho Estadual de Saúde
CIB	–	Comissão Intergestora Bipartite
CIR	–	Comissão Intergestora Regional
CIT	–	Comissão Intergestora Tripartite
CNRS	–	Comissão Nacional de Reforma Sanitária
CNS	–	Conferência Nacional de Saúde
COMUS	–	Conselho Municipal de Saúde
CONASEMS	–	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS	–	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
COSEMS	–	Colegiado de Secretários Municipais de Saúde
DATAPREV	–	Empresa de Processamento de Dados da Previdência
DATASUS	–	Empresa de Processamento de Dados do SUS
DIR	–	Diretoria Regional de Saúde
ERSA	–	Escritório Regional de Saúde
GM	–	Gabinete do Ministro
GPSM	–	Gestão Plena do Sistema Municipal
HIV	–	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IAP	–	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	–	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	–	Instituto Nacional de Previdência Social
IPRS	–	Índice Paulista de Responsabilidade Social
MAPP	–	Método Altadir de Planificação Popular
NEEP	–	Núcleo de Estudos de Políticas Públicas
NOAS	–	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	–	Norma Operacional Básica
OPAS	–	Organização Panamericana de Saúde
PAB	–	Piso de Atenção Básica
PACS	–	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAM	–	Programa de Atenção Básica Municipal

PBVS	–	Piso Básico de Vigilância Sanitária
PCR	–	<i>Polymerase Chain Reaction</i>
PDR	–	Plano Diretor de Regionalização
PE	–	Plano Estratégico
PES	–	Planejamento Estratégico Situacional
PPI	–	Programação Pactuada Integrada
PSF	–	Programa Saúde da Família
SEADE	–	Sistema de Análise de Dados
SES	–	Secretaria Estadual de Saúde
SESP	–	Serviço Especial de Saúde Pública
SIA	–	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	–	Sistema de Informação da Atenção Básica
SILOS	–	Sistemas Locais de Saúde
SINPAS	–	Sistema Nacional de Previdência Social
SIOPS	–	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUDS	–	Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde
SUS	–	Sistema Único de Saúde
TRS	–	Terapia Renal Substitutiva
UAC	–	Unidade de Avaliação e Controle
UTI	–	Unidade de Tratamento Intensivo

1 INTRODUÇÃO

O processo de globalização da economia - queda das fronteiras e capitais sem pátria - não atinge todos os países da mesma forma, e não atinge a todos os que moram no mesmo país da mesma maneira.

No Brasil, os efeitos desse processo já são sentidos: de um lado, uma massa cada vez maior de trabalhadores desempregados e, de outro, o fascínio dos incluídos pela facilidade de poder consumir produtos do mundo todo. Nesse contexto, cabe ao Estado retomar o papel de regulador do desenvolvimento econômico e social, para a construção de alternativas.

Do ponto de vista da globalização, é preciso pensar em alternativas que assegurem direitos à população excluída, que está em crescimento. Ao mesmo tempo em que este processo mundializa questões, mostra igualdades e desigualdades, e põe em evidência o poder hegemônico, até mesmo em forma de guerra, e traz, também, o germinar/ emergir – a perspectiva do novo.

Essa perspectiva do novo, de propostas alternativas, parece permitir que saídas locais resultem em criação de espaços. Por exemplo, “[...] a Comunidade Européia tem incentivado a relação entre as cidades” (SPOSATI, 1997, p. 43).

A afirmação inicial, hipótese a ser estudada, parte do pressuposto que, hoje, o desperdício e/ou escassez de recursos humanos, materiais e financeiros, no desenvolvimento dos programas de saúde individualizados, pode amenizar-se se o setor for estimulado a desenvolver programas de forma coletiva – organizado de maneira regional, dentro de uma rede hierarquizada que priorize as necessidades de saúde, com o objetivo de garantir o acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.

A partir da análise de duas experiências de microrregionalização da saúde, do levantamento dos indicadores socioeconômicos e condicionantes de saúde da região a ser estudada, propõe-se um projeto de pesquisa para o desenvolvimento de gestão regionalizada em saúde (microrregionalização) para o litoral norte paulista, à luz da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 01/02.

Busca-se superar deficiências da região nas diversas áreas de especialidades, considerando-se que o litoral norte do Estado de São Paulo, conta, hoje aproximadamente com 248.365 residentes (IBGE, 2003), os quais, muitas vezes, precisam viajar até grandes centros para terem atendimento médico especializado e/ou fazerem exames de alta complexidade. Na temporada de verão, somada ao número de turistas ou veranistas que visitam o litoral norte, essa população chega a 2.000.000 de pessoas (estimativa), ultrapassando a capacidade instalada na região para o atendimento satisfatório em saúde. Portanto, há limitações ao atendimento,

desde a ausência de instalações e equipamentos adequados e de profissionais especializados, até as deficiências na remoção de pacientes, quer pela conservação da malha viária, quer pelos congestionamentos nas rodovias que dão acesso à região. Quando superados esses obstáculos, fica a expectativa de se conseguir uma vaga em um município de referência.

Os serviços de saúde dos municípios da região do litoral norte paulista e Vale do Paraíba encontram-se, na sua maioria, municipalizados. Por outro lado, a baixa complexidade dos serviços existentes no litoral norte paulista obriga os municípios a buscarem referências em outros centros, muitas vezes negadas, em virtude dos valores irrisórios e bastantes defasados da Tabela SUS.

Dada a importância e a necessidade de facilitar o acesso e de implementar programas estratégicos, pretende-se estudar a microrregionalização como uma estratégia de organização dos serviços de saúde em rede regionalizada e hierarquizada, bem como somar esforços para a captação de financiamentos, com o objetivo de minimizar as dificuldades da região em oferecer à população resolubilidade nas ações especializadas de saúde.

1.1 OBJETIVOS GERAIS

Propor a microrregionalização como uma estratégia organizacional dos serviços de alta e média complexidades do setor saúde no litoral norte do Estado de São Paulo, tendo o Planejamento Estratégico Situacional enquanto um instrumento metodológico facilitador, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde Brasileiro – SUS.

Facilitar para o estabelecimento de uma rede de serviços de saúde regionalizada que venha melhorar a qualidade de vida da população, uma vez que amplia o seu acesso a esse tipo de serviços e leva em conta a proximidade entre o local de atendimento e a moradia do paciente.

Enfatizar o desenvolvimento metodológico e organizativo do Planejamento Situacional e a programação, por ser ele considerado um processo histórico-social de inclusão – acessibilidade nas tomadas de decisão e garantia de participação popular – dos diferentes segmentos sociais envolvidos com a questão da saúde pública microrregional e, portanto, um instrumento de transformação da prática gerencial do projeto de microrregionalização.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar um diagnóstico a partir da análise de duas experiências de microrregionalização existentes, uma no Estado de Alagoas, considerada pelo Ministério da Saúde como Experiência Inovadora, e outra na região de Jundiaí, Estado de São Paulo, sob o ponto de vista dos gestores e responsáveis pelos projetos. O intuito é compreender as trajetórias, facilidades / dificuldades, eficácia / eficiência e, sobretudo, as metodologias de planejamento utilizadas para, assim, avaliar a possibilidade de adaptação ou ajuste às necessidades desta proposta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 87).

- Definir a metodologia do Planejamento Situacional e Programação apresentando os seus quatro momentos essenciais, bases de informação necessárias ao desenho estratégico e gerência tático-operativa.

- Estimular uma estratégia que otimize recursos por meio de projetos que estabeleçam necessidades de investimentos, para a captação de novos recursos materiais, humanos e financeiros, segundo necessidades regionais/microrregionais.

1.3 JUSTIFICATIVA

Na medida em que o foco deste trabalho é a Microrregionalização, como estratégia organizacional dos serviços de saúde de alta e média complexidades para o litoral norte do Estado de São Paulo, subsidiada pela metodologia do Planejamento Estratégico Situacional, conforme a legislação vigente - Lei 8080/90, Lei 8142/91, NOAS 01/02 - e os princípios do Sistema Único de Saúde, tem-se a convicção de se estar indicando a possibilidade de uma prática gerencial inovadora.

Do ponto de vista acadêmico, a expectativa é de que o estudo possa contribuir na busca de melhoria das formas de gestão individual e na constituição de formas coletivas, unindo esforços para alcançar melhores resultados para a saúde e vida da população. Espera-se, também, conhecer melhor a realidade dos municípios da região em estudo e auxiliar os administradores e demais atores sociais na gestão.

Estudos sobre o tema regionalização dos serviços de saúde, no tocante ao Litoral Norte Paulista, têm sido restritos. Entende-se que o favorecimento da base democrática local e a prática de elaboração de políticas e planos de forma integrada, fundamentadas na cooperação intermunicipal, possam apresentar soluções para problemas que transpassam o nível municipal e que têm amplitude regional.

O Brasil arca com grande dívida social, privilegiando a evasão de recursos para o pagamento de dívida financeira com altas taxas de juros, atualmente

responsáveis por valores aproximadamente cinco vezes superiores ao que se destina ao Orçamento do Ministério da Saúde. Tal situação acarreta políticas econômicas excludentes que refletem-se na assistência à saúde e exigem respostas das estruturas estatais.

A situação socioeconômica da região em estudo, o baixo poder aquisitivo da população, a grande demanda de serviços públicos de saúde e as dificuldades da região em oferecer à população resolubilidade nas ações de saúde, principalmente quanto às de maior complexidade, que exigem locomoção para grandes centros e são limitadas, tanto pelo acesso viário quanto pela acessibilidade/inacessibilidade de se conseguir uma vaga – mostram a necessidade de estudos que visem “saídas locais”.

O entendimento de que 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.

Dessa forma, expostas a importância e a necessidade de propiciar serviços de saúde que desenvolvam ações de maior complexidade, as quais não seriam possíveis à população de forma individual (isolada), há que se valorizar a constituição de espaços de negociação (integrativa), para articulação, estruturação e organização dos serviços e ações de saúde entre os municípios da região, na lógica de uma rede regionalizada e hierarquizada para a ampliação da oferta, atendendo, assim, às necessidades de saúde da população e garantindo a acessibilidade aos serviços.

Nesse contexto, entende-se a relevância do estudo na proposição de uma estratégia – a **microrregionalização** – considerada um projeto facilitador da implementação de melhorias no atendimento à saúde no litoral norte paulista, a partir da metodologia e da organização dos serviços de saúde de alta e média complexidade, do planejamento situacional e programação.

1.4 DELIMITAÇÃO DO TRABALHO

O trabalho conta com duas delimitações: o estudo de caso de determinado espaço de análise, delimitado na região litoral norte do Estado de São Paulo e a descrição da metodologia para a organização do planejamento situacional e programação dos serviços de saúde para o Litoral Norte Paulista. Neste trabalho são

abordadas as fases de conceitos fundamentais, características, enfoque estratégico e indicação dos momentos do planejamento.

Estes limites se impõem uma vez que o planejamento situacional é um instrumento transformador e, assim sendo, deve ser elaborado pelos agentes diretamente vinculados à saúde microrregional. Deve, também, constar nas agendas políticas dos grupos no poder e dependem da sensibilidade destes gestores para a inclusão de usuários e diversos segmentos da sociedade civil em sua elaboração. O que se permite, neste sentido, é esclarecer uma metodologia que vem sendo utilizada na área da saúde com sucesso, e que, neste trabalho, visa uma organização que possibilite adotar a microrregionalização.

1.5 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

O Capítulo 1 introduz o assunto e define os objetivos.

No Capítulo 2 é apresentada a revisão da literatura, para o embasamento teórico desta pesquisa, pautada nas Políticas Públicas, Saúde e Cidadania, Teoria da Equidade e nas demais teorias que dizem respeito ao assunto.

O Capítulo 3 traz a proposição da pesquisa, define o problema e a hipótese e apresenta, também, o espaço de análise da pesquisa.

A metodologia vem a seguir, no Capítulo 4, e mostra os tipos de pesquisa utilizados, as técnicas de coleta de dados e de análise dos dados obtidos para elaboração do diagnóstico.

Nos Capítulos 5 e 6 apresentam-se, respectivamente, os Resultados e a Discussão.

As considerações finais constituem o Capítulo 7.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Na medida em que se pretende estudar a microrregionalização como estratégia organizacional dos serviços de saúde, tendo como base a metodologia do planejamento estratégico situacional, e entender que uma rede de serviços de saúde regionalizada pode melhorar a qualidade de vida do usuário, ao ampliar a oferta de serviços de média e alta complexidade e otimizar a utilização dos recursos financeiros, não é possível desconsiderar o que denúncias regulares nos diferentes meios de comunicação indicam: a situação da saúde na sociedade brasileira não tem sido das melhores.

O sucateamento da rede e a deterioração dos serviços de saúde, efeitos da incorporação da comunidade nacional ao sistema, não permitem abrir espaços reais para a construção da cidadania. Os princípios de descentralização e de participação popular não foram ainda implementados.

Na agenda política, discute-se como encontrar estratégias que resolvam a crise do sistema. Na agenda oficial, como aumentar a oferta de serviços e encontrar fontes para a captação de recursos.

Neste sentido, é necessária a construção de um quadro teórico que destaque as teorias da equidade, acessibilidade e planejamento estratégico. Assim como devem ser revisadas as teorias de base, que delinham o caminho teórico-metodológico para a compreensão e avaliação dos dois casos de microrregionalização existentes, pois serão, juntamente com a teoria da equidade, o apoio norteador para o desenvolvimento e organização do planejamento estratégico situacional, no sentido de sensibilizar para um projeto de microrregionalização.

Têm-se duas expectativas. A primeira refere-se ao referencial teórico. A discussão da equidade e acessibilidade deve facilitar o planejamento de um projeto de microrregionalização para o Litoral Norte. Muito mais que isto, a segunda facilita a conquista de uma sinergia entre as diversas forças políticas da região para a proposição da Microrregionalização, por entender-se que atende às especificidades da Região Litoral Norte e oferece as estratégias significativas para as fases seguintes, sob orientação dos responsáveis pela saúde em cada um dos municípios envolvidos no projeto.

Como a proposta está no contexto das políticas, públicas e local, é conveniente tratar-se primeiro dessas questões, para, em seguida, concentrar-se nas teorias da equidade e acessibilidade, e, numa terceira etapa, concentrar esforços nos estudos mais recentes sobre microrregião e microrregionalização.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E POLÍTICAS DE SAÚDE

A palavra política vem do grego *polis*, que quer dizer cidade. A idéia de política e de coisa pública nasceu na cidade grega de Atenas, considerada o berço da democracia.

Política se referia a *polis* e seus habitantes, no sentido de cidadãos, que se unem para decidir seus destinos coletivos de forma democrática. Contudo, ser cidadão em Atenas tinha seus limites, pois escravos e estrangeiros (chamados metecos) não eram considerados cidadãos da *polis*.

A regionalização e a microrregionalização no setor saúde encontram-se na dimensão política da vida social, o que significa, para Arendt (1991, p.1), uma necessidade para a vida humana, tanto para o indivíduo quanto para a sociedade. O homem não é autárquico, depende de outros para sua existência. A tarefa e o objetivo da política são a garantia da vida no sentido mais amplo.

Particularmente, a proposta de microrregionalização encontra-se entre as principais políticas públicas, e na noção de política pública é preciso incluir todas as ações governamentais e não apenas as intenções declaradas dos governantes ou de seus servidores. Monteiro (*apud* BARROSO, sd, p. 53-54) expressa política pública como o resultado de um processo decisório interorganizacional.

Partindo-se do pressuposto de que política pública resulta de uma interação social, é importante ter em vista o inter-relacionamento entre as variáveis que interferem no processo da política: o meio social e político, os atores participantes, as agências implementadoras e as políticas quanto as suas metas e seus objetivos (VIANA, 1996, p.6).

Segundo Almeida (2001, p.15), ações, programas, projetos, regulamentação, leis e normas que o Estado desenvolve para administrar, de maneira mais eqüitativa, os diferentes interesses nas questões sociais recebem o nome de políticas públicas, dada a pretensão de alcançar a abrangência coletiva de uma determinada sociedade.

A pauta **políticas públicas** remete ao *Welfare State* - Estado de Bem Estar Social, que surgiu nos países europeus devido à expansão do capitalismo, após a Revolução Industrial, e do Movimento do Estado Nacional. Arretch (1995, p. 11) diz que com a industrialização surgiu a divisão social do trabalho. Isso implica um crescimento individual em relação à sociedade.

Dessa forma, os serviços sociais surgem para dar respostas às dificuldades individuais, para garantir a sobrevivência das sociedades. Segundo Draibe (1988, p. 21) inicia-se, efetivamente, com a superação dos absolutismos e a emergência das democracias de massa. Assim, Flora e Heidenheimer (1981) interpretam *Welfare*

State como resposta à crescente demanda por igualdade e por segurança socioeconômica.

Para Molina, (1998, p.31) “*Welfare*” apareceu como uma saída do capitalismo para enfrentar as crises econômica e social, e, para fazer frente a essa crise, o Estado ampliou sua estrutura administrativa, criou órgãos, dotou-se de um corpo de funcionários e custeou o sistema de proteção social, tanto por meio de cobrança de taxas e impostos de alguns segmentos sociais, como pelo fundo público oriundo de sua política fiscal, financeira e cambial.

“*Welfare State*” no Brasil, como aponta Draibe (1998), surge entre as décadas de 1930 e 1970, constituindo e consolidando institucionalmente o Estado Social, como uma particular forma de regulação social que se expressa pela transformação das relações entre o Estado e a Economia, entre o Estado e a Sociedade. Essas transformações se manifestam na emergência de sistemas nacionais públicos, ou estatalmente regulados, de educação, saúde, integração e substituição de renda, assistência social e habitação, os quais, assim como as políticas de salário e emprego, afetam o nível de vida da população.

Assim, na busca da compreensão de como surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS), na qualidade de política pública de saúde, faz-se necessário entender como, historicamente, os serviços de saúde foram organizados no Brasil e como se expressou a relação Estado/sociedade civil em cada um dos diferentes momentos do Estado Brasileiro (ALMEIDA, 2001, p. 13).

Como regulador entre capital e trabalho, o Estado tem a 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. A relação Estado-Sociedade Civil, que se desenvolve com essa função, expressa o processo de cidadania que, de acordo com diferentes conjunturas histórico-sociais, vem se estendendo de forma mais ou menos limitada, em quase todas as sociedades contemporâneas (ALMEIDA, 2001, p. 15).

No Brasil, até a década de 1930, a atuação do Estado quanto à saúde era voltada para amparar o modelo de desenvolvimento agro-exportador, com ações de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias e erradicação ou controle de doenças que poderiam vir a prejudicar a exportação, baseada na exploração da cana-de-açúcar e do café. Portanto, contemplava marginalmente as questões sociais já que suas ações estavam voltadas para os setores econômicos.

Em 1923, as ações de saúde pública foram vinculadas ao Ministério da Justiça. Constituía responsabilidade do Estado o controle de doenças endêmicas e epidemias. Em 1930, a responsabilidade passou ao Ministério da Educação e surgiram muitos

sanatórios para tratamentos de Tuberculose e Hanseníase, que se associavam aos manicômios públicos existentes, constituindo o modelo hospitalar.

Com o Estado Novo, de Getúlio Vargas, teve início a implantação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's). Os recursos financeiros passaram a ser tripartite (Estado, Empresa e Trabalhadores) e centralizados na esfera federal. O período de 1930 a 1943 é marcado por legislações trabalhistas, regulação de políticas de saúde e educação e apontado como ponto de partida do *Welfare* no Brasil; considerados o conjunto de transformações do Estado brasileiro e as formas de regulação social.

No cenário internacional, como pano de fundo, importantes fatores, como a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), a Revolução Russa (1919) e a Quebra da Bolsa de Valores de Nova York (1929), forçaram o Estado Guardiã, ou Estado Liberal, a assumir um papel mais significativo na regulamentação da economia e na proteção dos cidadãos.

Em 1942 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública – Fundação SESP, para desenvolver ações de combate à malária nas regiões norte e nordeste, com financiamento dos Estados Unidos que estavam interessados na extração da borracha e manganês nessas regiões brasileiras.

Somente em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, e progressivamente se alterava o modelo voltado a campanhas verticais, e de estilo repressivo, realizadas pelo Exército no combate e controle de doenças, dando lugar ao crescimento da atenção médica da Previdência Social.

O processo de industrialização impulsionou a desruralização e o incremento da população urbana, principalmente a partir da década de 1950. A circulação de doenças e a presença de uma massa de desocupados; o aceleração da urbanização e a maior presença política dos trabalhadores; a luta pela democratização do país e a nova Constituição de 1946 solicitam a reestruturação e reorganização da vida nacional. No setor saúde, a participação do governo federal se mostra na expansão dos serviços médico-hospitalares (MOLINA, 1998, p. 39).

Era necessário atuar sobre o corpo e garantir a capacidade produtiva do trabalhador, não bastava sanear apenas os espaços de circulação das mercadorias (ALMEIDA, 2001, p. 25).

A década de 1960 é marcada pelo golpe militar e a ditadura. Em 1967, com a junção dos IAP's, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que trouxe ampliação da cobertura previdenciária, mas também desigualdades quanto ao acesso, à qualidade e à quantidade de serviços à população, intensificando a diferenciação entre população urbana e a rural.

Dessa forma, sob as características autoritárias e tecnocráticas do regime que se instalou em 1964, instala-se o sistema de “*Welfare*” no Brasil. A intervenção social do Estado arma o aparelho centralizado, são identificados os fundos e recursos que apoiarão as políticas sociais, definidos os princípios e mecanismos de operação e as regras de inclusão/exclusão social, salientando-se as características do regime político que marcaram a concepção, a moldagem e o perfil da proteção social (DRAIBE, 1993, p. 23).

No cenário pós-guerra, as décadas de 1950-1970 foram conhecidas como os Anos de Ouro dos Estados Nacionais, graças a uma política de planejamento estatal da economia e ao desenvolvimento de políticas sociais/públicas. Apesar de os índices de crescimento econômico pertencerem essencialmente aos países capitalistas desenvolvidos, ainda que de forma limitada, os países de segundo e terceiro mundo (socialistas e em desenvolvimento) apresentaram crescimento econômico significativo (HOBSBAWN, 1995, p. 253-265).

Esse crescimento da economia é abalado, em meados da década de 1970, pela crise financeira que põe em xeque os mecanismos de acumulação, atingindo o próprio padrão de desenvolvimento capitalista. No Brasil, é sentido o término do milagre econômico, que garantia base de apoio social ao regime, e iniciam-se questionamentos à política social do governo e à repercussão dos efeitos do modelo econômico adotado em relação à saúde (BELLUZZO, TAVARES e COUTINHO, 1982).

Em 1974, ocorrem mudanças na estrutura existente, a separação da área de trabalho da área da previdência e foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social. Implantou-se o Plano de Pronta Ação, que permitia os atendimentos de urgência e emergência aos não-previdenciários, e o Fundo de Apoio e Desenvolvimento Social. Tiveram início as modalidades supletivas de prestação de serviços, como o convênio-empresa e a Medicina de Grupo. Em 1977 e 1978 foram criados o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), destinando-se, o primeiro, às atividades finalísticas, e o segundo à coordenação das atividades médicas. Foram criados, também, institutos e órgãos, como o DATAPREV – empresa de processamento de dados para controle e avaliação dos serviços prestados, e CEME – Central de Medicamentos.

A partir do final da década de 1970 definiu-se uma agenda de Reforma da ação do Estado na área social que se inspirou, num primeiro momento, em iniciativas inovadoras de governos estaduais de oposição. Procurava-se romper com o padrão anterior de intervenção estatal enfatizando as propostas então formuladas sobre a

democratização dos processos decisórios e da equidade das políticas como condição da equidade dos resultados. Apresentam-se, também, a necessidade de alteração, não apenas no regime político, mas também em relação às políticas públicas (FARAH, sd, p. 5).

Segundo Fleury (1994, p. 46-47), o movimento surgido no interior das escolas de medicina, nos anos 1970, denominado Movimento Sanitário, construído a partir da articulação entre pessoas, grupos e partidos, num processo semelhante e integrado ao que ocorreu com os demais movimentos sociais no Brasil, buscava alteração do modelo de assistência médica previdenciária, trazendo questões como a “[...] regionalização de serviços, hierarquização do atendimento, racionalização de recursos, delegação de funções, etc”. Sob a bandeira Saúde é Democracia, este movimento alia a eficiente organização do movimento social com a busca da formulação de um projeto alternativo para o sistema saúde (ESCOREL, 1995, p. 136; SILVA, 1996, p. 36-37).

Em 1979, quando teve início o último governo militar, o movimento sanitário apresentava-se organizado e, ainda que inicialmente marginal, era reconhecido como um dos interlocutores presentes na arena política setorial. Entre 1979 e 1985, numa nova etapa, o movimento conseguiu penetrar nas instituições estatais para implementar suas estratégias para mudar a direção da política e, dessa forma, privilegiar o setor público (ESCOREL, 1995, p. 153).

Assim, na primeira metade dos anos 1980, ao mesmo tempo em que se processava a transição para um regime democrático, iniciava-se também um processo que, embora lento, era, de certa forma, mais complexo. Buscava-se a transformação das políticas públicas no tocante às políticas sociais, para redefinir qual política social promover e para quais segmentos sociais. Buscava-se, também, reestruturar o processo decisório, alterar o modo de implementação das políticas que incluíssem estruturas de financiamento e reforma do aparelho do Estado, por meio de novos processos e novas formas de gestão (FARAH, sd, p. 6).

A década de 1980 foi marcada, no contexto nacional, pela profunda crise econômica, estagnação do crescimento, descontrole inflacionário e recessão, segundo Molina (1998, p.53) e assiste-se, também, às mudanças no mundo da produção. O Estado inicia um processo de desaceleração das políticas sociais reduzindo os gastos sociais e a escassez passou a ser uma questão central. É o início da desregulação / descentralização / desconcentração. Está dada a crise do “*Welfare State*”, mas também torna-se importante a participação do cidadão nas decisões políticas para a saúde, o que Molina denomina “a chegada do novo cidadão”.

Ao lado da preocupação com a democratização dos processos e com a equidade dos resultados, foram introduzidas na agenda preocupações com a eficácia, a eficiência e a efetividade da ação estatal.

No contexto da política brasileira, a derrota eleitoral do governo militar nos estados, em 1982, e o Movimento das “Diretas Já”, em 1984, contestando o regime militar, levaram à composição da Aliança Democrática e à eleição de Tancredo Neves pelo Colégio Eleitoral, em 1985. Com a morte de Tancredo, tornou-se presidente da República (1985-1989) José Sarney, presidente do partido governista. Esse processo ficou conhecido como “transição negociada” (ALMEIDA, 2001, p. 28).

A área da saúde, na década de 1980, foi alvo de mudanças, e o fato de a oposição ter ganhado as eleições em 1982 para os governos estaduais favoreceu a ocupação de espaços políticos e técnicos importantes à reforma sanitária. Em 1983, o mesmo ocorre em relação às prefeituras.

Após a ditadura, o setor saúde encontrou propostas articuladas e alternativas além de quadros político-técnicos que ocupavam postos-chaves em cargos do governo. Foi realizada, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, precedida de pré-conferências municipais, estaduais e de profissionais da área e, também, com a participação da sociedade civil (CARVALHO, 1994).

O I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República expressava, naquele momento, uma posição oficial do governo respondendo às críticas de excessiva centralização e burocratização do regime militar e seu impacto sobre a descoordenação e desarticulação institucionais. Incorporaram-se princípios como a descentralização, integração, regionalização e hierarquização das ações, mantendo-se a convivência com o setor privado e criando-se mecanismos de controle social sobre o sistema (NEEP, 1988, p. 123-125).

Na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, foi aprovada a constituição de um sistema único de saúde, regido pelos princípios da **descentralização, integração, regionalização, hierarquização e universalização dos serviços**, e comandado por um só ministério, legitimando a proposta de reforma sanitária. Além disso, o documento também indicava uma delimitação de atribuições de cada nível de governo: ao federal caberia o papel de formulação e condução da política nacional de saúde; aos estados caberia um conjunto de funções de gestão, coordenação, controle e elaboração e, também, a prestação de alguns serviços de saúde em coordenação com os demais níveis; e, aos municípios, o planejamento, gestão e a coordenação do plano de saúde, bem como a execução de serviços e ações básicas (NEEP, 1988, p. 138-140) [grifos nossos].

Ao final da referida Conferência formou-se uma Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), encarregada de consolidar e aprofundar os debates e elaborar um documento (projeto de lei) a ser debatido na Constituinte. Esse projeto, em março de 1987, foi encaminhado à Assembléia Constituinte. Outro desdobramento dessa Conferência foi a influência do poder executivo na implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), em 1987.

A CNRS conseguiu introduzir, na Constituição Federal de 1988, importantes mecanismos para a transformação do Sistema Nacional de Saúde, adotando os princípios da universalidade e da equidade (ARRECH, 2000, p. 202; MARINHO DA SILVA, 1996, p. 60).

Na área da saúde, a Constituição de 1988 representou um avanço considerável, sendo reconhecida, internacionalmente, como referência em termos de política de saúde e base jurídico-constitucional (ALMEIDA, 2001, p. 31).

Outro momento importante na década de 1980 foi marcado pela eleição livre e direta para Presidente da República, em 1989, a primeira em 29 anos.

Segundo Molina (1998, p.56-57), a instalação da democracia brasileira tem início com a disputa de dois projetos políticos. O primeiro torna-se conhecido do grande público como a Reconstrução Nacional. É o projeto vencedor nas urnas, respalda-se nas massas urbanas excluídas e não conta com estrutura partidária forte, e trouxe para o cenário político o fenômeno Collor que, por não dever sua candidatura a partidos e por não criar instrumentos para o exercício do poder de classe, acaba sendo identificado como aquele que pode salvar as elites dos riscos de candidaturas populares. O segundo projeto, representado pela esquerda, defende a participação organizada da comunidade nas bases municipais conquistadas em 1988, e traz a pretensão de substituir a democracia representativa, mas não consegue fazer-se confirmar nas urnas.

2.1.1 O Sistema Único de Saúde

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].

No início da década de 1990 a conjuntura econômico-política brasileira passou a ser a de fragilização do papel do Estado. Ocorre o avanço das propostas neoliberais, a diminuição do papel redistributivo do Estado, a privatização e a focalização das políticas em grupos populacionais carentes e excluídos, mas frágeis do ponto de vista de sua capacidade de organização e pressão sobre o próprio Estado. Esse contexto político e econômico influenciou de forma decisiva na implementação do SUS.

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 proposição de organização dos serviços no litoral norte paulista, pautado nos princípios de regionalização, no caso - a microrregionalização; a resolutividade; a descentralização; a participação dos cidadãos e a complementariedade do setor privado.

Vale salientar que a proposta deste trabalho é coerente com esses princípios quanto à regionalização, já citada anteriormente; à resolubilidade, quando se busca resolver o problema no nível de sua complexidade, aqui entendida como média e alta; quanto à descentralização, na redistribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, e na idéia de que, quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto; à participação dos cidadãos, abordada no item 2.3 deste capítulo e quanto à complementariedade do setor privado, no sentido de complementar, de acrescentar.

À Constituição Federal de 1988, às Leis Orgânicas da Saúde, 8080 e 8142, somam-se as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais, aprovadas em 1990, ficando constituído, dessa forma, o arcabouço jurídico-legal do SUS.

A tendência à descentralização do setor saúde, como uma alternativa aceitável para a reversão da baixa qualidade da gestão pública na área social, para a

redefinição das ações estatais destinadas ao atendimento das necessidades da população, por meio do processo de redistribuição de capacidade decisória e de recursos entre as esferas de governo, foi traduzida pela definição do município como o único ente federativo ao qual foi atribuída a missão constitucional de prestar serviço de atendimento à saúde da população. À União e aos Estados caberia prover a cooperação técnica e financeira necessária ao exercício desse encargo (CONSTITUIÇÃO FEDERATIVA DO BRASIL, 1988, art. 30. inciso VIII).

A descentralização, na década de 1990, foi impulsionada e regulamentada pelas Normas Operacionais Básicas (NOB's), que são orientações específicas e pactuadas, emanadas pelo Ministério da Saúde e aceitas pelas representações nacionais dos secretários municipais e estaduais de saúde. Visam a repartição orçamentária entre níveis de governo, a atribuição de titularidade para a gestão e a organização do modelo assistencial (COSTA, 2002, p. 311).

A primeira norma, editada em 1991 – NOB 01/91, introduziu o conceito de municípios e estados habilitados no SUS, mediante comprometimento com a gestão direta de serviços, prevendo, assim, a formação de um fundo setorial e o funcionamento de conselhos comunitários, com a finalidade de implementar o princípio de descentralização. Essa Norma foi elaborada e instituída pelo INAMPS/MS e recebeu acentuadas críticas, particularmente por estabelecer mecanismo convenial de articulação e repasse de recursos e, também, por ser considerada centralizadora, embora se apresentasse como apoio à descentralização e reforço do poder municipal. Em julho de 1991 foi alterada a NOB 01/91, pela resolução número 273, de 17 de julho de 1991, considerando as propostas do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS, do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS e de outros setores da sociedade organizada que atuam na saúde (ALMEIDA, *et al.*, 2001, p. 40).

Em 1992 foi editada a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para esse ano que, segundo Almeida (2001, p. 40), representou, em última instância, o “acordo possível” naquele momento. As regulamentações institucionais foram reflexos e instrumentos de decisões políticas maiores, decorrentes das relações de poder no aparelho estatal e na própria sociedade.

Também em 1992, no período de 9 a 14 de agosto, foi realizada a IX Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Saúde: A Municipalização é o Caminho”, teve forte participação da “corrente municipalista” na coordenação. A conferência foi organizada a partir de conferências municipais e estaduais, com significativa participação social (representantes de usuários, associações, movimentos populares e

sindicais, entre outros) e pode-se dizer que ocorreu às vésperas do *impeachment* do governo Collor.

A IX Conferência Nacional, além de revelar novos rumos para a política de saúde no país, coloca em evidência um novo protagonista desta política – o Movimento Municipalista de Saúde. Surge nessa época, também, uma importante articulação do movimento, a da Frente Nacional dos Prefeitos.

Com o advento do *impeachment* e a assunção do Governo Itamar, a gestão da saúde foi assumida por um grupo técnico e político do Movimento Sanitário vinculado à vertente da descentralização e municipalização. O movimento consegue indicar para um dos postos mais estratégicos do Ministério da Saúde, um dos membros mais destacados pela condução da política assistencial de saúde, e, em dezembro de 1992, Gilson de Cássia Marques de Carvalho assume o Departamento do SUS da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (GOULART, p.14-15,1995).

As modificações da política de saúde logo se fazem sentir. Em 1993 foi editada a Norma Operacional SUS 01/93, considerada o instrumento mais efetivo de indução no processo de descentralização política ao criar as Comissões Intergestoras Bipartites (CIB's) nos estados e a Comissão Intergestora Tripartite (CIT), composta, no plano nacional, por representantes dos governos federal, estaduais e municipais.

A NOB 01/93, segundo Elias (2003, p. 126), repõe a centralidade da esfera municipal na reformulação do sistema de saúde e prevê o enquadramento dos municípios em quatro modalidades de gestão: incipiente, parcial, semiplena e plena; respeitando-se os diferentes estágios de capacitação política, técnica e administrativa de cada município e a grande diversidade da organização dos serviços de saúde nas diversas regiões do país.

Quanto à regionalização, a referida norma considera que “a regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal”, ao não referir nem estabelecer função ou participação do Estado nesse processo. Apresentou divergências em relação à sua configuração político-institucional e mesmo jurídica, devido a diferentes posições referentes à relação Estado-municípios, e, desse modo, sofreu restrições (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 2001, p. 47).

Segundo esses autores, o objetivo de aprimorar e avançar as conquistas da NOB 01/93 deu início ao estudo de uma nova norma operacional que resultou na NOB/SUS 01/96 publicada em setembro de 1996, por ocasião da X Conferência Nacional de Saúde. A NOB 01/96 procurou ampliar a responsabilidade do gestor municipal e estadual e induzir um conjunto de mudanças no modelo assistencial à saúde, pelo fortalecimento da atenção básica (AB) e primária e das ações de saúde coletiva. Prevê duas modalidades de gestão para cada esfera de governo: nos

municípios, a Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) e a Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM); no caso dos Estados, a Gestão Avançada do Sistema Estadual e a Gestão Plena do Sistema Estadual. A NOB 01/96 começou a operar em janeiro de 1998.

Em relação às transferências intergovernamentais, a NOB 01/96 criou um conjunto de instrumentos indutores do modelo assistencial e alterou a lógica de repasse, que passa a ser per capita e fundo a fundo, destacando-se:

PAB (Piso de Atenção Básica) - montante de recursos financeiros destinados ao custeio dos procedimentos da atenção básica de responsabilidades municipais, transferidos diretamente de forma regular e automática ao município habilitado e ao município não habilitado, com a transferência realizada ao respectivo Estado; Incentivo ao PSF (Programa Saúde da Família) e PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde): adicional de transferência intergovernamental por grupo de população efetivamente coberto pelo PSF e PACS;

o PBVS (Piso Básico de Vigilância Sanitária) que remunera serviços produzidos para as ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária.

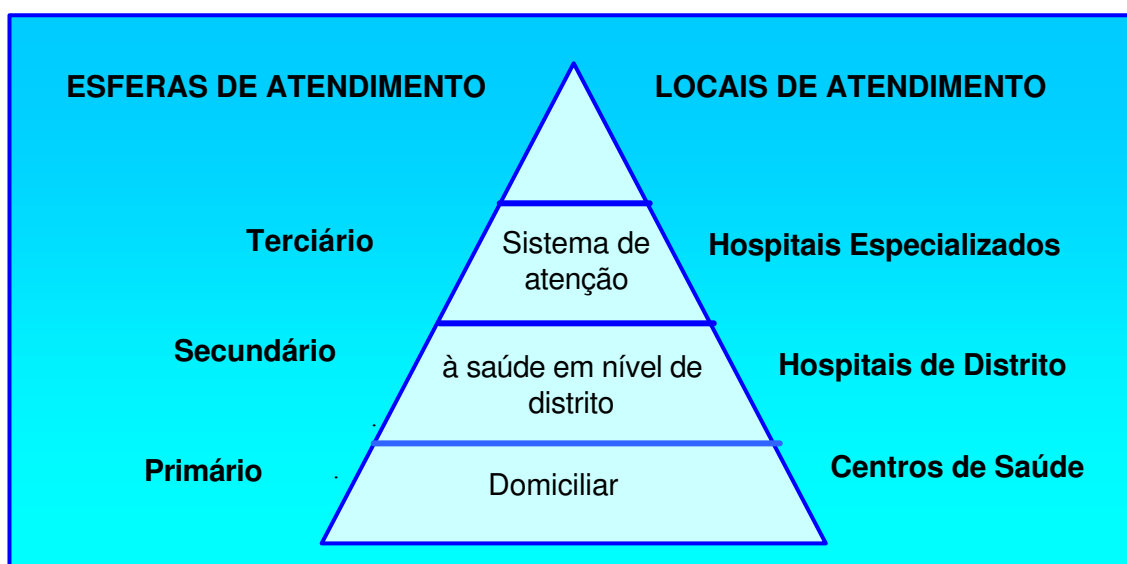
Essa norma introduziu, como inovação relevante, uma lista de estímulos financeiros à adoção de Programas de Atenção Básica Municipal – PAB, e incentivos aos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde procurou mudar o enfoque clínico da atenção à saúde, centrado na doença e no indivíduo, para um enfoque centrado no ambiente social e familiar, recolocando a estratégia da promoção à saúde. O PAB foi apresentado como oferta mínima homogênea ou cesta básica para todo o país (COSTA, 2000, p. 316).

Face aos avanços e problemas durante a fase de implementação da NOB 01/96, os diversos atores envolvidos no processo de consolidação do SUS passaram a discutir as estratégias necessárias para as políticas de descentralização na saúde. Assim, em janeiro de 2001 foi publicada a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 01/01, com o objetivo geral de “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção” que adotou a **regionalização como macro-estratégia fundamental para o aprimoramento do processo de descentralização** (SOUZA, 2002, p. 29).

A NOAS 01/01 foi revista e a NOAS 01/02, foi instituída em 27 de fevereiro de 2002, pela portaria GM/MS nº 373, como resultado de encaminhamentos estabelecidos pela Comissão Intergestora Tripartite para contemplar propostas relativas ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidades, e fortalecimento da gestão dos Estados sobre as referências intermunicipais.

Dessa forma, o objetivo de melhoria da saúde dos brasileiros e de implementação de um sistema que contemplasse a universalização da assistência em todos os níveis de atenção, com parâmetros definidos socialmente, exige que as políticas macroeconômicas se articulem de alguma maneira com políticas sociais e, sobretudo, com as de saúde e educação. Deve haver uma integração, sem o que nenhuma política de saúde isolada, por melhor que seja, seria capaz de enfrentar o conjunto das necessidades sociais básicas atuais (COHN, 2000, p. 65).

Ainda segundo essa autora, a noção de sistema pressupõe a existência de partes articuladas entre si, que funcionem como estruturas organizadas. As instituições de serviços de saúde são agrupadas segundo esferas de atendimento e classificadas em níveis primário, secundário, terciário, etc., ou, ainda, segundo locais de atendimento, estabelecendo uma hierarquização entre os diversos grupos, conforme Figura 1:



Fonte: Cohn, 2003.

Figura 1 – Pirâmide do Sistema de Saúde

Nos municípios do litoral norte paulista, região em estudo, a atenção primária está voltada à estratégia saúde da família. As Unidades de Saúde da Família referenciam os atendimentos especializados às Unidades de Referência da Região (PSF), e as Unidades de Referência da Região referenciam ao Centro de Especialidade, em conformação com os Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Quanto aos atendimentos mais complexos, pauta deste trabalho, referencia-se aos hospitais locais, que são hospitais gerais, nos 04 municípios da região em estudo, e, quando não existente o serviço, busca-se referência em outros municípios, como Taubaté, São José dos Campos, São Paulo e outros.

2.2 POLÍTICAS LOCAIS E PODER LOCAL

À medida que se trata da política de saúde nacional e do processo de descentralização, uma questão que se coloca como essencial é a política e o poder local, por ser o cenário de elaboração de respostas múltiplas, em que a aplicação das normas nacionais está vinculada à adequação da realidade desse espaço diante das demandas (da população e do grupo que está no poder) e dos interesses locais.

De acordo com Dowbor (1995), a questão do poder local está rapidamente emergindo para se tornar uma das questões fundamentais da organização como sociedade. Referido como *"local authority"*, em inglês, *"communautés locales"*, em francês, ou ainda como "espaço local", o poder local está no centro do conjunto de transformações que envolvem a descentralização, a desburocratização e a participação, bem como as chamadas novas "tecnologias urbanas".

No caso dos países subdesenvolvidos, a questão reveste-se de particular importância, pois o reforço do poder local permite, embora não assegure, criar equilíbrios mais democráticos frente ao poder centralizado pelas mãos das elites.

Conforma-se que a intervenção do cidadão sobre a transformação social se dê por meio de dois eixos fundamentais: o político-partidário e o sindical-trabalhista. O primeiro tem como instrumento central a eleição de representantes, e, como palco de luta, o parlamento e as estruturas executivas do Governo. O segundo utiliza o instrumento que constitui a negociação empresarial e a greve, e tem como palco a empresa, visando à apropriação mais equilibrada do produto social.

Penetrou muito pouco ainda, na consciência de cada indivíduo, a importância de um terceiro eixo que surge com força e tem como instrumento a organização comunitária, e como espaço de ação o bairro, o município, o chamado "espaço local", ou "espaço de vida". De certa forma, o cidadão que vive num bairro que não lhe agrada pensa em mudar-se de bairro, ou de cidade, mas não pensa muito na possibilidade e direito de intervir sobre o seu espaço de vida, de participar na criação de uma qualidade de vida melhor para ele e para a sua família.

É bom dizer também que, em torno da ideologia do poder local, formou-se uma concepção simplificadora, de solução universal, na linha das tecnologias alternativas do pequeno, do comunitário. Dar a devida importância ao espaço local e à participação não significa que esse mecanismo possa assegurar o conjunto dos equilíbrios necessários ao desenvolvimento.

A valorização recente do poder local não pode ser vista de forma isolada: trata-se de uma transformação lenta e profunda do conjunto dos mecanismos que o mundo "realmente existente" utiliza para organizar o seu desenvolvimento. Não se pode

entender a nova dimensão do poder local sem entender essa transformação mais ampla.

Os municípios brasileiros, independentes da forma de poder local, foram implementando o projeto de descentralização e universalização do setor saúde, refletido na evolução do processo em que vão se habilitando gestões, de acordo com as Normas Operacionais de Saúde.

No Brasil, o conceito de poder local vem associado ao de governo da cidade e ao de gestão urbana. Em termos administrativos, a partir da Constituição de 1988 todos os municípios brasileiros passaram a adquirir o status de ente autônomo para o desenvolvimento de uma política urbana capaz de propiciar o acesso da sua população aos bens e serviços considerados fundamentais ao bem-estar dos cidadãos locais (NASCIMENTO, 2000, p. 133).

Pode-se dizer que, de certa forma, houve na implementação das políticas de saúde, nos anos 1990, um esforço no sentido de construir um modelo federativo nessa área, seja por meio das tentativas de definição do papel de cada esfera no sistema, seja pela criação de estruturas e mecanismos institucionais específicos de relacionamento entre os gestores do SUS e destes com a sociedade.

No setor saúde, tanto os governos locais quanto o chamado poder local têm dificuldades e constrangimentos impostos pela legislação nacional, que limita o poder na condução das políticas de saúde (FERNANDES DA SILVA, 2001, p. 91).

Para Bobbio (1999), o poder, nas sociedades modernas, é classificado em três grandes classes: econômico, ideológico e político. O poder econômico vale-se da posse de determinados bens, de modo a induzir os que não o possuem e dele necessitam a adotarem comportamentos que os que o detêm desejam. O poder ideológico utiliza a influência das idéias que, “expressas e definidas sob certas circunstâncias e mediante certos processos”, influenciam a conduta dos que dela são alvos. O poder político é o que recorre à força para fazer prevalecer sua vontade.

Fernandes da Silva (2001, p. 93-94) aponta que vários estudos no setor saúde sobre a análise do local apresentam duas visões polares: os que supervalorizam o local, especialmente alguns segmentos da denominada corrente municipalista, que consideram esse ambiente como um cenário passível de grandes transformações sociais e políticas, e os que negam absolutamente o local, entendendo que os determinantes da realidade local estão no âmbito das estruturas social, política e econômica mais amplas da sociedade e do Estado, e que a capacidade de intervenção do poder local nessa realidade é nula.

Segundo alguns estudos, nenhuma dessas duas visões polares é correta. Existe mútua interferência entre o central ou global e o local. Não é possível isolar-se as políticas locais sem considerar os determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais mais amplos. Por sua vez, também é preciso reconhecer que os grupos locais, mediante o exercício do poder local, podem influenciar no caminho das políticas de saúde (BOWAMN & HAMPTON, 1989; CLARKE & STEWART, 1991; SILVA, 1996).

Está acontecendo uma mudança de modelo na maneira de organização e prestação dos serviços públicos, a partir de uma abordagem voltada ao cidadão, o que exige controle social. Daniel (1994, p.22-23) apresenta o conceito de “governança local”, a idéia de que as decisões importantes para a vida coletiva de uma localidade não são apenas do governo, mas de um conjunto de atores sociais.

Frente a necessidade de encontrar soluções para problemas urgentes e vitais para a comunidade, são criadas estruturas locais que reúnem organizações sociais territoriais, empresários, como forma de ação para solucionar os problemas locais e implementar políticas sociais que visem à melhoria da qualidade de vida. Incluem-se inovações no sentido de parceria com outros municípios, em conformidade com a proposição desse projeto (AROCENA, 1989, p. 54).

A mediação política entre as administrações municipais, estadual e federal é fundamental no controle de recursos estratégicos que atendam às necessidades e demandas da população.

Para Dowbor e Brava (1996), a administração local deve assumir um papel catalisador das forças sociais, não só em relação aos serviços básicos da comunidade, mas também aos de médio e longo prazo, criando, inclusive, foros em torno de problemas chave, com a participação dos diversos atores presentes, e elaborando sistemas flexíveis de parcerias nos mais diversos níveis:

Não é mais viável uma cidadania passiva que aguarda soluções políticas dos políticos e milagres econômicos das empresas. Mesmo porque tanto a burocracia estatal como o curto horizonte empresarial têm nos levado a um acúmulo impressionante de dramas sociais, econômicos e ambientais. Nessa busca de novos caminhos, o espaço local pode ser um espaço privilegiado, na medida em que, frente a uma realidade comum para diversos atores sociais, podem ser propostas e implementadas políticas novas e integradoras do processo de reprodução social (DOWBOR & BRAVA, 1996, p. 28).

As pressões sobre os governos locais vindas das classes populares, ao contrário das demais, vêm se acentuando, exigindo respostas mais imediatas, pela proximidade entre os gestores locais e eleitorado e pelo conflito entre as agências

decisórias e os níveis de poder marcados pela negociação entre os diversos atores sociais (MOLINA, 1998, p. 70).

Porém, a autonomia administrativa local está tolhida por determinantes econômico-estruturais, apesar da ampliação da liberdade. Os recursos tornam-se insuficientes para cumprir com as responsabilidades assumidas, e, para Dowbor, “[...] quando os processos de decisão não são acompanhados dos fluxos financeiros, a máquina emperra” (DOWBOR, 1995, p. 11).

Como o espaço local é o "espaço de vida" – “de nossa vida”, no Brasil ele é representado pelo município, unidade básica de organização social, mas é também o bairro, o quarteirão em que se vive. Como é que se procede a esta racionalização do espaço de vida? Como é que o cidadão recupera uma dimensão essencial da sua cidadania?

Dentro deste contexto, as políticas locais e o poder local precisam estar engajados numa perspectiva de territorialização e de promoção da integração dos municípios, para assegurar o acesso à assistência, tanto no interior de cada região, como fora de sua área de abrangência. Assim, deve explicitar a inserção de cada município por região de saúde e pelo sistema de referência estabelecido e também suas formas e mecanismos de relacionamento intermunicipal.

Apesar dos constrangimentos financeiros a que estão submetidos os governos locais, a situação atual também se caracteriza por um momento mais favorável à democratização do espaço local, e a legislação prevê a participação da população na gestão da coisa pública, espaço esse que precisa ser ocupado com o exercício da cidadania.

2.3 SAÚDE E CIDADANIA

A cidadania, num contexto desenvolvido, é vista com ênfase nos direitos políticos, mas num contexto de terceiro mundo precisa ser pensada em uma totalidade que envolve questões de autonomia, democracia e desenvolvimento.

Dessa forma, superar a clássica condição de periferia é importante para a conquista da autonomia, e significa, também, estar sempre alinhada estruturalmente ao centro hegemônico, que impõe padrões de consumo, de valores e de ideologia. Soares identifica na cidadania três relações: numa primeira relação “cidadania diz respeito à autonomia de uma sociedade, no sentido de a mesma ter condições de traçar suas políticas” (SOARES, 1993, p. 1).

Numa segunda relação, cidadania é democracia, é a capacidade da sociedade em se organizar e participar ativamente nas estruturas política-econômica-social e cultural, como garantia dos direitos mínimos como saúde, educação e moradia, etc.

Na terceira relação, cidadania é desenvolvimento, significa mudança na organização da desigualdade social (SOARES, 1993, p. 2).

Segundo Cohn, cidadania não é simplesmente o acesso dos indivíduos a necessidades sociais básicas, mas implica, também, ao acesso e a participação na definição das agendas municipais de saúde. A partir desse exercício os cidadãos conquistam sua identidade e autonomia frente as situações do dia-a-dia (COHN, 2000, p. 4).

Segundo a autora, focando cidadania como democracia há de distinguir cidadania passiva e cidadania ativa. A primeira é outorgada pelo Estado e considera o cidadão como consumidor, usuário, contribuinte. A segunda “institui o cidadão como portador de direitos e deveres, mas, sobretudo, como cidadãos criadores de novos direitos, abrindo novos espaços de participação política” (COHN, 1997, p. 168).

Calderón (1995 *apud* FLEURY, 2003, p.16) define a criação de mecanismos de integração social como “a capacidade da sociedade para construir cidadania ativa, eliminar barreiras discriminatórias no mercado e disseminar uma política de solidariedade”.

Segundo Genro,

a reivindicação cidadã começa como um processo de construção de milhares de organizações que promovem a auto-organização da comunidade em torno dos seus interesses particulares, predominantemente situados na esfera da reprodução, criando uma esfera pública não estatal, que gera novas formas de autonomia e inclusão alternativas (GENRO 1995 *apud* FLEURY, 2003, p. 18).

Para Cohn (2000), o grande desafio brasileiro hoje constitui a construção de uma sociedade democrática num contexto social de grandes desigualdades das condições de vida da população.

Num cenário de economia globalizada e subordinada a um processo de especulação do capital financeiro, as economias dependentes são avaliadas, do ponto de vista de governabilidade, por agências financeiras privadas que definem taxas de risco para investidores internacionais. A dependência dos recursos e da aprovação das medidas econômicas recomendadas (impostas), o ter de propiciar condições para atrair a inversão financeira de capitais que, na maioria das vezes, são voláteis, levam os governos de terceiro mundo, mesmo a custo de aumentos especulativos de juros,

prejudicando os produtores nacionais, a exportarem capital na forma de pagamento da dívida externa contraída para garantir a estabilidade da economia (FLEURY, sd., p. 2).

Dada as limitações impostas pela política atual de inserção da economia brasileira na dinâmica global e o baixo crescimento da economia nacional, a inserção dos indivíduos no mercado de trabalho não constitui mais o pilar central da identidade social de cidadãos.

Segundo Cohn (2000), o sistema dual de proteção social caracteriza-se por ser composto de dois subsistemas: o de caráter contributivo e o de caráter não contributivo, ou seja, um voltado para aqueles que têm poder de consumo e outro para aqueles que se tornam “dependentes” das políticas públicas, voltadas aos segmentos mais pobres da população. O setor saúde também está incluído nesse contexto.

2.3.1 Da Participação e Controle Social

Quanto à participação e controle social, Cohn (2000, p. 2) chama atenção pelo fato da participação popular prevista na legislação estar sendo designada de diversas formas, como controle social, participação da comunidade. No inciso III do artigo 198 da Constituição Federal refere-se ao termo “participação da comunidade”. Segundo ela o conceito de controle social:

diz respeito ao conjunto dos recursos materiais e simbólicos de uma sociedade para assegurar exatamente a conformidade do comportamento de seus membros a um conjunto de regras e princípios prescritos e aprovados pela própria sociedade (...) traz consigo exatamente a idéia de fiscalização e punição (...) (COHN, 2000, p. 2).

Quando se coloca os termos participação da comunidade, o peso cai sobre comunidade, que, segundo Cohn (2000), pressupõe “um conglomerado de indivíduos que estão reciprocamente vinculados de forma organizada, e por sua vontade própria, que se reconhecem e se aceitam de forma positiva como membros do grupo”.

A expressão participação social leva em consideração a participação da sociedade que difere da comunidade, Cohn (2000) traz que a sociedade caracteriza-se pelos indivíduos não estarem vinculados entre si, mas divididos entre si, constituindo o conflito e a heterogeneidade.

Dessa forma, participação da comunidade e participação da sociedade não são a mesma coisa, a primeira está calcada na homogeneidade da situação em que os indivíduos se encontram, e a segunda na heterogeneidade da situação desses indivíduos.

O parágrafo único do artigo primeiro da Constituição Federal de 1988 dispõe que “todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente nos termos desta constituição”. Inscreve a nação brasileira entre aquelas que se propõem dispor de uma direção e um ordenamento por intermédio de um Estado, democrático, representativo e participativo (CONSTITUIÇÃO FEDERATIVA DO BRASIL, 1988, p. 11).

A participação da comunidade se concretiza com as Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde. As Conferências de Saúde, realizadas com periodicidade quadrienal, com representantes dos vários segmentos sociais, tem como objetivo avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação das políticas nessa área nos níveis correspondentes. Essas Conferências se realizam em processo ascendente, desde as Conferências Municipais de Saúde, passam pelas Conferências Estaduais de Saúde e culminam em uma Conferência Nacional de Saúde.

Os Conselhos de Saúde, por sua vez, são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, e estes últimos constituem 50% dos membros. Esses órgãos colegiados têm caráter permanente e deliberativo, e atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na esfera correspondente. Os Conselhos constituem uma rede ascendente, com Conselhos Municipais de Saúde, um Conselho Estadual de Saúde – CES – em cada Estado, e um Conselho Nacional de Saúde.

Na região em estudo, litoral norte paulista, os quatro municípios contam com Conselho Municipal de Saúde (COMUS). No município de Ubatuba, criado em 1992, pela Lei Municipal número 1157, de 07 de maio de 1992, após a II Conferência Municipal de Saúde, quando foi discutido o tema Controle Social. Em 1998 foi alterada a legislação de composição do Conselho, pela Lei Municipal número 1740, de 13 de agosto de 1998. A composição atual do COMUS/Ubatuba é paritária, com 18 membros titulares e 18 membros suplentes, sendo nove membros representantes dos usuários e os demais nove membros com a seguinte representação: três da administração pública, três prestadores de serviços (Santa Casa, Associação Médica e Associação dos Cirurgiões Dentistas) e três trabalhadores da saúde (Associação dos Funcionários da Santa Casa, Associação dos Profissionais de Nível Superior e Associação dos Funcionários da Saúde Pública).

O município de São Sebastião teve a criação do COMUS, pela Lei Municipal número 1195, de 30 de Julho de 1997, que foi alterada pela Lei número 1430/2000 e, depois, pela Lei número 1513/2001, que ainda está em vigência. A atual composição do Conselho é de 22 membros titulares e 22 suplentes, representantes dos seguintes segmentos: seis do governo municipal (Secretaria de Saúde, Secretaria da Fazenda,

Secretaria da Educação, Secretaria de Meio Ambiente); um do governo estadual (Núcleo Regional de Saúde de Caraguatatuba); quatro prestadores de serviços à saúde (dois da Irmandade da Santa Casa Coração de Jesus, um da Associação de Profissionais de Saúde e um da APAE); 11 usuários (três da Federação Face Norte, três da Federação Costa Sul, dois do Sindicato – que representam três sindicatos, um da Colônia de Pescadores, um do Centro de Convivência da Terceira Idade e um da Comunidade Indígena).

Em Ilhabela, o COMUS foi criado em 1995 e regulamentado conforme a Lei Municipal número 656/97, alterada com a Lei Municipal número 851/99. A composição é de 12 membros, com participação paritária, com seis membros representando os usuários e três membros representando os governos Municipal e Estadual: dois representam os prestadores de saúde dos setores públicos e privados; um representa os trabalhadores do Sistema Único de Saúde.

Em Caraguatatuba, o COMUS foi criado em 1991, com a Lei Municipal número 144/91. A composição era, inicialmente, de 16 membros e tripartite: usuários, prestadores de serviços, instituições governamentais e trabalhadores da saúde, sendo 50% representantes dos usuários e 50% que representavam os prestadores. Foi alterada a sua redação e publicada a Lei Municipal, número 404/94, que mantinha os 16 membros com a seguinte representação: dois representantes da Secretaria Municipal de Saúde, um do Escritório Regional de Saúde – ERSA-29, um dos prestadores de serviços, quatro trabalhadores da saúde e oito representantes dos usuários. A legislação do COMUS/Caraguatatuba foi alterada recentemente, estando em vigência a Lei Municipal número 1018, de 04 de junho de 2003, que altera para 20 os representantes titulares com a seguinte representação: três do poder público, um prestador de serviço de entidade filantrópica, um prestador de serviço do setor privado, cinco profissionais de saúde: três municipais, um do Estado, um do setor privado e dez representantes dos usuários.

A representação dos usuários está assim disposta: um representante de entidades assistenciais à saúde, dois das associações de bairro, um de instituições de portadores de deficiências, um do sindicato, dois de conselhos gestores, um da associação dos aposentados, um dos sindicatos e patronal e um representante de clubes de serviço e movimentos comunitários.

Foram realizadas Conferências Municipais de Saúde nos municípios de Ubatuba, Caraguatatuba e São Sebastião. Em Ubatuba, ocorreram três conferências. A primeira se deu em 20 de setembro de 1991, antecedida de 17 pré-conferências que aconteceram no período de 11 a 18 de setembro, nos bairros. A segunda foi realizada em 1997, teve como tema “Viver Mais e Melhor” contemplou pré-conferências nos

bairros junto às comunidades e foi amplamente participativa. A terceira, realizada em 12 de setembro de 2003, intitulada “A Saúde que temos, o SUS que queremos”, contou com apenas três pré-conferências, centralizadas na região central do município.

No município de São Sebastião houve duas conferências. A primeira Conferência Municipal de Saúde realizou-se em 1998 e a segunda em agosto de 2002. Em Caraguatatuba foram realizadas três conferências, a primeira foi em 1987, a segunda em 25 de maio de 1996, com o tema “Saúde e Qualidade de Vida”, e em 26 e 27 de maio de 2002, tendo como centro das discussões a temática “Efetivando o Controle Social”, a terceira conferência.

Uma proposta dessa natureza, de metodologia para implementação de microrregionalização dos serviços de saúde, vai a busca não só de sensibilizar os atores pela implementação, mas também trabalhar no local, observar a participação real dos municípios, em prol do acesso aos serviços de saúde e melhoria da qualidade de vida.

2.4 DESCENTRALIZAÇÃO E ACESSIBILIDADE

A descentralização no Brasil vem ganhando espaço aos poucos e teve um marco legal na Constituição Federal de 1988, como parte dos fenômenos globais de tendências e transformações no âmbito internacional que, segundo Rufián e Palma, estão pautados nas premissas de que a centralização e a concentração eram ineficientes e não eqüitativas (RUFÍAN e PALMA, *sd. mimeo apud* GUIMARÃES, 2001, p. 24).

O contexto de Reforma do Estado, nas décadas de 1980 e 1990, valorizava a expansão da descentralização, associando-a à modernização da gestão pública e busca de alternativas, no sentido de superação/amenização das dificuldades apresentadas em relação às políticas sociais. O fato da aproximação da decisão do local da ocorrência dos fatos se vinculava à eficiência e à democracia, assim a descentralização foi sendo entendida como estratégia favorecedora da participação local. Esses argumentos tomaram vulto à justificativa da reorientação das políticas sociais para espaços territorializados (GUIMARÃES, 2001, p. 28).

A descentralização é entendida como um conjunto de ações de governo que envolve o deslocamento de poder de níveis centrais para níveis subnacionais. Inclui mudanças no âmbito fiscal, político e administrativo, com impacto potencial em aspectos de desenvolvimento e cuja implantação afeta a estrutura das relações

intergovernamentais na busca da melhoria da entrega de serviços públicos (COSTA; SILVA; RIBEIRO, 1999).

Experiências de descentralização ocorreram primeiramente em países desenvolvidos, com o objetivo de alcançar eficácia nas políticas sociais no período coincidente com a crise do “*Welfare State*”. Mais tarde, estimulada por agências multilaterais de cooperação, assumiu conotação de redução do Estado nos países em desenvolvimento, durante processos de reforma e ajustes. Significou transferências de funções do Estado para o mercado, para a sociedade ou para outros níveis do governo (ARRECH, 2000; COSTA *et al.*, 1999; JUNQUEIRA, 1997; ALMEIDA, 1999).

A descentralização na agenda de reformas dos anos 1990 incluiu questões de reorganização de sistemas, privatização e flexibilização. Também fizeram e fazem parte do cenário de discussões as transferências de recursos e as práticas assistenciais.

Segundo Draibe (1993), a experiência brasileira de descentralização tem sido destaque no cenário de países em desenvolvimento, principalmente em relação à saúde e educação.

A reforma do Estado foi mais intensa nos anos 1980 e 1990, que foram marcados por políticas de ajustes macroeconômicos. A saúde, nesse período, foi a política social com a descentralização mais difundida.

Em muitos países a descentralização foi utilizada com base em recomendações de autonomia para organizar sistemas que atendessem às necessidades locais e para democratizar a prestação de serviço. No Brasil, a percepção de déficit de efetividade nas políticas sociais estimulou a adoção da descentralização, embora não houvesse clareza dos papéis de cada um dos entes federativos. Assim, a implantação efetivou a autonomia das autoridades públicas locais, como no caso da saúde, e o município se tornou o único ente federativo com missão constitucional de prestar ações e serviços de atenção à saúde, com cooperação técnica e financeira dos estados e da União (COSTA *et al.*, 1999).

A descentralização, como estratégia de implantação de políticas, se relaciona à decisão, “para onde”, “o que” e “quanto” transferir de competências e recursos.

Segundo Junqueira (1997, p. 184), em estados federativos, a transferência de responsabilidades impõe, a cada integrante, a reforma política e administrativa, para fortalecer a capacidade respectiva e a adaptação ao novo papel.

À medida que o município vai adquirindo relevância como espaço ideal para determinados serviços públicos, a descentralização começa a ser requerida para esse ente governamental. Quando a decisão refere-se à direção (para onde) surge outra dificuldade relacionada à dimensão espacial e escala. Na busca por superar esses

problemas, a gestão dos serviços inclina para o município. Uma alternativa é a presença de nível de governo com representação regional, necessária no processo de reforma, caracterizando-o como espaço territorial intermediário de governo.

A reflexão sobre a definição mais adequada para a “acessibilidade” contribui para o estabelecimento de novos modelos, presentes em discussões sobre o cenário urbano nos inúmeros foros em que se buscam respostas para os problemas vivenciados pela maioria dos municípios brasileiros, assumindo um caráter holístico que nega medidas de atendimento exclusivo ou segregadoras.

Dentro dessa reflexão pode-se citar Ubierna que afirma:

O alcance da acessibilidade por superar importantes barreiras, não físicas, invisíveis mas tremendamente potentes: nos referimos às barreiras psicológicas, culturais e sociais (UBIERNA, sd. mimeo *apud* BAHIA, 1998, p.27).

Nesse contexto, o acesso aos elementos que compõem o ambiente é fator a ser trabalhado no processo de planejamento das cidades, na conquista da plena cidadania, reportando-se a um contexto maior que envolve o acesso como capacidade de atingir outras pessoas; o acesso a atividade-chaves; o acesso à informação, o acesso ao meio físico, além de autonomia, liberdade e individualidade.

De acordo com Choay acessibilidade é:

a possibilidade de acesso a um lugar. A acessibilidade (...) influencia fortemente sobre o nível dos valores essenciais/fundamentais. (...) A formulação que mais satisfaz é aquela na qual podemos ponderar as acessibilidades por diferentes tipos de oportunidades (emprego, locais de compra, locais de lazer, etc.) (CHOAY, 1994. *apud* BAHIA, 1998, p.11).

O objetivo mais importante que se pretende alcançar com a descentralização do SUS é a completa reformulação do modelo assistencial hoje dominante, fragmentado e sem garantia de qualidade, deslocando o eixo deste modelo para a prática da responsabilidade sanitária em todos os pontos do sistema, com a assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada. A regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos municípios de se estabelecer uma relação de caráter cooperativo.

A transformação do sistema de saúde não comporta rupturas bruscas, que desorganizem as práticas atuais antes que instaurem novas, impondo, por isso, um

período de transição no qual medidas de caráter inovador devem ser instituídas em todos os municípios, em intensidade compatível com sua própria vontade e capacidade de absorção de responsabilidades gerenciais e políticas, de modo a evitar solução de continuidade na atenção à saúde da população.

Nos municípios da região litoral norte paulista, respeitadas as dificuldades locais e os diferentes estágios de capacitação política, técnica e administrativa, observa-se, com a criação dos Conselhos Municipais de Saúde, a realização das Conferências Municipais de Saúde, que embora ainda distantes do ideal, são passos em direção ao processo de participação e de descentralização.

Em 1970, o espaço de análise correspondia à segunda Região Administrativa com sede em Santos. Segundo relato de alguns profissionais que trabalhavam na área da saúde nessa época as dificuldades eram grandes, tanto em relação ao acesso dos pacientes a procedimentos de maior complexidade, como também do ponto de vista administrativo. Segundo relato de alguns moradores, em praias distantes canoas de madeira única, com pacientes graves, lançavam-se ao mar na busca de socorro.

Em 1978, a Secretaria de Planejamento do Estado elaborou o “Plano Regional Macro-Eixo Paulista” e o “Plano Regional do Litoral”, documentos propositivos que apresentam o Litoral Norte apresenta-se formado pelos municípios de Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba, compondo a “sub-região -5, Litoral” (MALTA, 1993, p. 48).

A estrutura regional, em termos de planejamento, foi inserida conforme proposto nos decretos estaduais números 22.970/84 e 26.581/87. O primeiro, nos termos da descentralização governamental, criou as “regiões de governo”, que permaneceu no decreto 26.581/87. O litoral paulista foi subdividido em duas “regiões de governo”, uma com sede em Santos, integrada pelos municípios de Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande e São Vicente, e a outra com sede em Caraguatatuba, integrada pelos municípios de Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba, e passou a fazer parte da terceira região administrativa do Estado, com sede em São José dos Campos, no Macro-Eixo paulista (MALTA, 1993, p. 49).

Na área da saúde, face às novas diretrizes nacionais de reformulação do sistema de saúde a serem adotadas em âmbito nacional, o governo do Estado de São Paulo adotou uma série de medidas, dentre elas a reforma administrativa da Secretaria de Estado da Saúde, em 1986, fato que contribuiu, posteriormente, para a implantação do SUDS-SP, em 1987 (NASCIMENTO, 2000, p. 221).

Assim, pelo decreto número 25.608 de 30 de julho de 1986, foram criados 41 Escritórios Regionais de Saúde no Estado de São Paulo e segundo este documento, o

município de Caraguatatuba sedia o Escritório Regional de Saúde – ERSA 29 correspondente à região litoral norte.

Com a criação do SUDS, em 1987, e a implementação do ERSA, o Serviço Social, a estrutura física, equipamentos e recursos humanos da Unidade PAM, sediada em São Sebastião, foram incorporados pelo Estado no processo de extinção do INAMPS.

Em 1988, no nível estadual, o processo de municipalização inicia-se pelo recursos humanos, equipamentos, prédios e, por último, os serviços. Alguns técnicos da Secretaria de Estado da Saúde que atuavam na época relatam que o processo de municipalização não foi amplamente discutido, principalmente no tocante a recursos humanos, quando vários afastamentos de servidores junto à Prefeituras se deram via decreto, e o servidor, em alguns casos, tomava ciência pelo Diário Oficial.

Em 1995, por força do decreto número 40.083, de 15 de maio de 1995, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo organizou-se em 24 Regionais de Saúde. A região litoral norte paulista foi integrada à Regional de São José dos Campos – DIR 21 e foi criado o Núcleo Regional de Saúde de Caraguatatuba, em substituição ao ERSA 29. A DIR 21 agrupou os municípios: Caçapava, Caraguatatuba, Igaratá, Ilhabela, Jacareí, Monteiro Lobato, Paraibuna, Santa Branca, São José dos Campos, São Sebastião e Ubatuba. No Núcleo Regional de Saúde de Caraguatatuba foram agrupados os municípios do litoral norte paulista: Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba.

Segundo relatos de profissionais técnicos que trabalhavam na área nessa época, houve uma certa “disputa” entre as Regionais de São José dos Campos e de Taubaté quanto à integração da região litoral norte ou, até mesmo, a possibilidade, naquele momento, da fusão em uma única grande região, conforme documentos encontrados na biblioteca do atual Núcleo Regional de Saúde de Caraguatatuba, como um manifesto assinado em 13 de abril de 1995 pelos funcionários do então ERSA-29, reportando-se ao Diretor Técnico do ERSA de Taubaté.

Em 1998, três municípios do litoral norte paulista, Caraguatatuba, São Sebastião e Ubatuba, habilitaram-se à Norma Operacional à Saúde – NOB 01/96, no pleito Gestão Plena do Sistema de Saúde e o município de Ilha Bela na Gestão Plena da Atenção Básica.

O município de São Sebastião, segundo a Portaria Ministerial número 2258, de 10 de dezembro de 2002, foi habilitado na Gestão Plena do Sistema de Saúde – Atenção Ampliada, conforme a NOAS 01/2002. O município de Ubatuba foi habilitado na mesma gestão, em março de 2003.

Entende-se a importância do processo de descentralização como meio para alcançar acessibilidade aos serviços de saúde com equidade.

2.5 TEORIA DA EQUIDADE

A noção original de equidade provém de Aristóteles e os conceitos de igualdade e justiça são discutidos desde aquela época. Na citação de Gouveia, para Aristóteles o eqüitativo, sendo superior a uma espécie do justo, é justo, e não é superior ao justo, porque pertence a um gênero diferente. O justo e o eqüitativo são, pois, um só e a mesma coisa: ambos são bons, mas o eqüitativo é bom a um grau mais alto (GOUVEIA, 2003, p. 1).

Justiça como equidade, segundo Rawls (1997, p. 257), é uma teoria da justiça e entre suas premissas estão os fatos elementares sobre as pessoas e seu lugar na natureza. Ele também coloca que equidade é dar “prioridades aos mais desafortunados”.

Enfim, a comparação social é válida estando esta teoria como base, mas é preciso considerar muitos outros fatores para a verdadeira igualdade. Segundo Escorel (2002), os argumentos das diferenciações das definições de equidade e igualdade destacam que,

Igualdade é um princípio de justiça social, aborda a ética dos arranjos sociais, têm conteúdos, francamente, valorativos e está centrada nos direitos de cidadania. Mas esses argumentos não permitem distinguir da equidade que também incorpora regras de distribuição justas, encerra juízos de valor e é regida pelas orientações filosófico-políticas que regulamentam a vida social. Ambos conceitos, igualdade e equidade partem do princípio que a humanidade é diversa, plural e que os seres humanos diferem, entre si, em suas personalidades, identidades e necessidades (ESCOREL, 2002, p. 16).

Entende-se por equidade, na área de saúde, a superação de desigualdades, que dentro de um contexto histórico e social são evitáveis e consideradas injustas, considerando que as necessidades diferenciadas da população devem ser atendidas com ações governamentais (políticas públicas), também diferenciadas.

Este trabalho, ao propor a organização de uma metodologia como uma estratégia de organização dos serviços de saúde no litoral norte paulista, focaliza a equidade como fundamento teórico, no sentido da busca por superar desigualdades na região. Entende-se que à medida que os serviços existentes são distribuídos conforme as necessidades dos municípios, independente de qual município eles residam, pode-se transpor barreiras quanto à preocupação deste trabalho – o acesso.

A equidade em saúde tem sido abordada sob dois aspectos importantes: um em relação às condições de saúde e outro em relação ao acesso e utilização dos serviços de saúde.

Em relação às condições de saúde da população brasileira, o princípio da Equidade, como efetivação, ainda está bastante incipiente. A desigualdade da oferta de bens geradores da qualidade de vida, como renda familiar, trabalho, emprego, habitação, saneamento básico, segurança, ensino, alimentação e lazer, entre outros, implicam, intrinsecamente, no nível de qualidade de vida e no processo saúde-doença. Faz-se necessária a presença das políticas públicas na intersectorialização, sob a lógica dos direitos da cidadania, para que os esforços do setor saúde sejam assegurados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 24).

A garantia de equidade e de acesso passa pelo conceito de regionalização, da rede com amplas parcerias sociais e intergestores. A informação, em saúde, desponta como um insumo fundamental ao planejamento e ao aperfeiçoamento das lutas nessa área. E a educação, na área da saúde, nunca foi tão enfatizada, e não se trata mais de formar pessoal competente tecnicamente, mas que tenha vivido e refletido sobre o acesso universal, a qualidade e a humanização na atenção à saúde, com controle social (RELATÓRIO FINAL DA 11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2000, p.102).

Recomendou-se que as ações de informação, educação e comunicação deveriam tornar o SUS conhecido da população, dos profissionais de saúde, dos poderes constituídos e da sociedade, não só em seus princípios, diretrizes, programas e metas, mas também em suas dificuldades de recursos e de gestão. Como consequência dos avanços alcançados no processo de descentralização foi aprovada, em 2001, a Norma Operacional de Atenção à Saúde (NOAS/SUS 01/01), que ampliou as responsabilidades dos Municípios na Atenção Básica – AB. Estabeleceu, também, o processo de regionalização como estratégia da hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; em conformidade com a proposta deste trabalho, no tocante à microregionalização, criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procedeu à atualização dos critérios de habilitação de Estados e Municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, Artigo 1º).

Essa norma estabeleceu a regionalização como estratégia fundamental para o aprimoramento do processo de descentralização e para a consolidação dos princípios de universalidade, equidade no acesso e integralidade da atenção, propostos pelo SUS.

A literatura sobre eqüidade confirma que características e condições territoriais, urbanas e de meio ambiente, interagem com a organização social dos grupos populacionais que vivem em um determinado espaço geográfico, determinando os seus contornos e as situações problema decorrentes dessa integração (DAHLGREN & WHITEHEAD, 1992).

Os problemas são a fonte primária, o ponto de partida para identificar áreas relevantes de políticas públicas que possibilitem impulsionar ganhos em termos de equidade, de qualidade de vida e, portanto, de saúde.

A construção da eqüidade na área da saúde consiste, basicamente, em investir na oferta de serviços para grupos populacionais com acesso e utilização insuficientes, entre outros mecanismos, sem reprimir a demanda de serviços necessários a segmentos e grupos que já tem o acesso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 22).

Para Cordeiro, eqüidade é:

assegurar ações e serviços de todos os níveis, de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido de acordo com suas necessidades, até o limite do que o SUS poderá oferecer a todos (CORDEIRO, 1991, p. 100).

Nesse contexto, Carvalho (2002, p. 21-22) coloca eqüidade como “oferecer os recursos de saúde, de acordo com as necessidades de cada um, dar mais para quem mais precisa. Tratar diferentemente desiguais (eqüidade vertical) e, igualmente, os iguais (eqüidade horizontal)”, deixando clara a priorização do atendimento, conforme a necessidade e a urgência.

Carvalho (2002, p. 22) cita a fala de Nelson Rodrigues dos Santos a respeito da eqüidade na área da saúde, de que “existem várias formas de eqüidade: a igualdade de gastos e de recursos e a igualdade de recursos, oportunidades de acesso e utilização para necessidades iguais”.

Conforme Nogueira, para Donabedian a eqüidade consta como um dos sete pilares da qualidade, é entendida como:

princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A eqüidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade (DONABEDIAN, 1990 *apud* NOGUEIRA, 1994, p. 26).

Diferentes modelos de proteção social definem sentidos à equidade. Nos países latino-americanos, a histórica distribuição desigual de riqueza e renda, o paradigma econômico dominante e a nova política social, privilegiam programas de compensação social que têm como estratégias a definição de alvos, a descentralização, a participação e a eficiência contábil, regidas por um regime orçamentário baixo e rígido (DRAIBE, 1993; WANDERLEY, 1997; LAURELL, 1998).

A equidade é questão de justiça distributiva liberal, parte da regulação do bem-estar social posta como necessidade da ordem capitalista, apoia-se em concepções de justiça social, pautadas em teorias da justiça que, no geral, têm como ponto central a defensabilidade das relações desiguais entre pessoas (FIGUEIREDO, 1997; VITA, 2000).

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), o conceito de equidade em saúde – igual acesso para igual necessidade – embora não explicitado, quer na Constituição, quer na sua regulamentação (Leis nº 8080/90 e nº 8142), contempla a discriminação positiva, de modo a garantir mais direitos a quem tiver mais necessidades, ou seja, “equidade em atenção em saúde implica em receber atenção, segundo suas necessidades” (OPAS, 1998).

O princípio de equidade reconhece que os indivíduos são diferentes entre si e, portanto, merecem tratamento diferenciado, de modo a reduzir/eliminar as desigualdades existentes. Rawls (1995 *apud* MEDEIROS, 1999, p. 4) desenvolve um critério para caracterizar a desigualdade justa inerente à equidade: o tratamento desigual é justo quando é benéfico ao indivíduo mais carente.

Dessa forma, nem toda desigualdade constitui iniquidade no sentido de justiça. A iniquidade pode ser considerada como uma desigualdade injusta e que poderia ser evitada. Castellanos (1997) considera que as desigualdades em saúde são as desigualdades desnecessárias, vinculadas às condições heterogêneas de vida. Diminuir tais desigualdades deve ser o objetivo de toda política pública.

A introdução do princípio de equidade no espaço da cidadania, que é um espaço de igualdade, é acompanhada, no âmbito dos direitos, pelo desenvolvimento de uma terceira geração que, por serem difusa e coletiva, introduz princípios de solidariedade, tolerância e confiança (ESCOREL, 2002, p. 4).

Tratar a diferença como princípio orientador das políticas é entrar no terreno da diversidade, da pluralidade da condição humana. Refuta-se a idéia da igualdade, natural, terrena ou divina, dos seres humanos, e argumenta-se quanto às possibilidades de usufruir, em certas sociedades, das potencialidades da condição humana da vida ativa – labor, trabalho e política, e da vida contemplativa – pensar, querer, julgar (ARENDR, 1991; 1992).

Direitos instituem regras de distribuição, e a maneira como o direito é assegurado, mesmo garantindo princípios igualitários pode expressar-se de diversas formas. Dada a diversidade da espécie humana, igualdade e equidade concentram-se nas regras de distribuição e em critérios comparativos. Assim, não há como fugir de juízos de valor. O que vai permitir compreender o significado do conceito é a pergunta: “igualdade de quê?”, “equidade em relação a quê?” (SEN, 2000).

Estudos sobre desigualdades em saúde não são recentes. Antecede uma longa trajetória epidemiológica o conceito de equidade como orientador das políticas de saúde.

A definição de equidade em saúde depende do conceito de saúde e do conceito de necessidades de saúde. Em outras palavras, desemboca na relação entre pessoas em que uma está doente, sentindo mal ou com dor.

A área da saúde está constituída na esfera pública de relações que se estabelecem em torno da dor (sofrimento possível ou de fato), o que Arendt (1991) chamou de o “mais privado e menos comunicável de todos os sentimentos”.

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. Entretanto, a idéia norteadora do conceito de saúde durante muitos anos tem sido a da ausência de doenças.

2.6 TEORIA DA QUALIDADE EM SERVIÇOS

À medida que se entende a qualidade em serviços como o grau em que as expectativas do cliente são atendidas, por sua percepção do serviço prestado, apresenta-se um segundo foco de sustentação da proposta deste trabalho que é a Teoria da Qualidade de Serviços - que considera o atendimento das necessidades dos pacientes/usuários e que, independente do município em que seja realizado o tratamento, esteja presente a expectativa provável do acesso (garantia do tratamento) e grau de satisfação (GIANESI & CORRÊA, 1994, p. 196).

O resultado obtido por empresas de serviços com a dualidade serviço/qualidade é caracterizado pelo sentimento da satisfação. Entretanto, ele pode variar do positivo ao negativo, de acordo com a expectativa do cliente e de sua percepção em relação ao serviço. Assim, a qualidade de um mesmo serviço obterá conceitos diferentes por pessoas diferentes. As expectativas e a percepção estão

relacionadas com a consistência; a competência; velocidade de atendimento; atenção personalizada ao cliente; flexibilidade; credibilidade/segurança; facilidade de contato e acesso; localização conveniente; horas de operação; além de fornecer serviços a baixo custo.

As empresas de saúde passaram a se preocupar com a qualidade na prestação de seus serviços, mas como tratar dessa qualidade em um ambiente tão complexo e permeado por peculiaridades, como é esta área?

Para Mirshawka, o ponto de partida para qualquer abordagem sobre o tema, diverge da distinção de dois aspectos: o tratamento técnico, que consiste na

aplicação da ciência e da tecnologia da medicina e das outras ciências da saúde no manejo de um problema pessoal de saúde” e a presença da “interação social e econômica entre o paciente e o facultativo”, além do tratamento interpessoal, considerando-se a atenção dispensada ao paciente pelo médico como “arte”, complementa o tratamento técnico, que por si só, não é suficiente para curar o doente (MIRSHAWKA, 1994, p. 37).

Ao abordar-se a inteligência do cliente em afinidade ao tratamento técnico empregado pelo serviço de saúde, em face do avanço da ciência e da tecnologia, constata-se que os pacientes não têm condições de avaliá-lo, e, conseqüentemente, passam a apreciar os serviços prestados a partir de aspectos como atendimento, informações precisas e confiáveis por parte dos médicos, atenção do corpo clínico-cirúrgico, o conforto das instalações e a higiene, entre outros.

a garantia de qualidade vai ao encontro à legítima preocupação do paciente, desejoso de acessibilidade, conforto e segurança dos cuidados que lhe são prestados (MEZOMO, 1992, p. 5).

Xavier & Falk relacionam as dimensões pertinentes aos critérios de qualidade de atendimento nos hospitais como a rapidez no processo burocrático da admissão da internação; gentileza e atenção do recepcionista; conforto do quarto ou da enfermaria; higiene e limpeza dos corredores; gosto, aparência e temperatura da alimentação; visita ao local de internação; menor tempo de permanência no hospital; apoio de assistente social e de psicólogo ao paciente e/ou família, enquanto estiver internado; ter informação sobre o que vai acontecer durante os exames ou procedimentos do hospital; gentileza e atenção dos médicos, enfermeiras e do técnico que realiza seu atendimento, respondendo às suas dúvidas e solicitações com rapidez e procedimentos simples para efetuar o pagamento do tratamento. Para eles:

a qualidade do atendimento hospitalar aos pacientes internos depende, necessariamente, do conhecimento das necessidades e expectativas do paciente em relação ao serviço hospitalar (XAVIER & FALK, 1997, p. 7).

De acordo com Mirshawka (1994, p.41), a atenção técnica se refere à adequação dos processos do diagnóstico e a terapêutica; a arte da atenção está relacionada com o meio, a maneira e a conduta do fornecedor do serviço de saúde e a maneira como se comunica com o cliente; a interação entre elas é para destacar a noção de dois termos não simplesmente aditivos. Ainda na sua opinião, a atenção, os maiores benefícios com menores riscos, recursos disponíveis, melhores meios, maiores resultados, que permeiam as definições de autores diversos sobre o tema da qualidade em serviços de saúde, estão ligados ao cuidado médico dispensado ao paciente. Observa-se que a qualidade nesses serviços pode ser avaliada levando em consideração três definições:

- a) qualidade clínica: definida ou determinada pelos médicos, pelas enfermeiras e pelas outras pessoas envolvidas no serviço. Muitos consideram que esta definição é a única que conta e é a maneira mais importante para definir qualidade;
- b) qualidade voltada para o cliente: inclui aspectos como atenção, cuidado, comunicação, preocupação, empatia, higiene, entre outros;
- c) qualidade econômica ou orientada para as finanças: os dirigentes devem levar em consideração a otimização do serviço e a maximização do retorno do investimento. Se as duas qualidades citadas anteriormente forem atingidas, a terceira possivelmente será alcançada.

Na avaliação da qualidade do serviço o fator econômico é importante, pois determina todas as ações e investimentos da organização de saúde em infra-estrutura, recursos humanos e inovações tecnológicas, entre outros. Outro fator que merece atenção é o custo da “não-qualidade”, que ocorre por falta de adequação ao uso, podendo ser agrupado em duas categorias:

- custos internos dos defeitos: custos dos defeitos que são apanhados antes de os produtos e serviços serem expedidos para o cliente;
- custos externos dos defeitos: custos dos defeitos que são apanhados depois que chegam ao cliente (MAXIMIANO, 2000, p. 190).

Em um hospital ou centro de saúde esses custos podem significar falhas irreparáveis, colocando em risco a saúde ou, até mesmo, a vida de um paciente, prejudicando o desempenho e a imagem do serviço.

2.7 CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE

O tema consórcio, neste trabalho, não poderia deixar de ser tratado visto ter sido uma das maneiras de cooperação entre os municípios no litoral norte paulista. Foi discutido em dois momentos, no âmbito técnico e político e chegou-se a elaborar projeto, porém não houve formalização.

Na abordagem do tema descentralização em Estado federativo e caracterização do sistema brasileiro, na perspectiva das relações intergovernamentais, o consórcio é entendido como um dos instrumentos de estabelecimento de relações cooperativas entre municípios e estado, para superar dilemas comuns aos municípios de determinada região. Assim, entende-se a importância de tratar o tema consórcio neste trabalho, por anteceder o processo de microrregionalização no setor saúde e por ser uma das formas de ação coletiva.

O consórcio representa um acordo firmado entre entes iguais para promover recursos necessários à solução de problema comum. Embora a adoção na saúde conta com menos de duas décadas, no setor público, nas áreas de proteção e cuidados ambientais, que demandam abordagem integrada para o alcance de resultados, conta com maior tempo.

Consórcios se diferenciam dos convênios e dos contratos. Aproxima-se mais à figura dos convênios, mas são diferentes quanto à natureza das pessoas que o firmam, ocorrem entre pessoas jurídicas públicas de igual natureza e de mesmo nível de governo, que podem firmar convênio com outras esferas (SANTOS, *mimeo*, 2000).

2.7.1 Surgimento dos Consórcios de Saúde no Brasil

No Brasil, a constituição de consórcios de saúde foi influenciada pela necessidade de provisão regional de níveis mais complexos de serviços, à medida que os municípios assumiam mais responsabilidades com a descentralização. Na estruturação e organização da atenção básica, os municípios deparam com demandas que extrapolam sua capacidade de resolução local e solução de forma isolada exigiria altos investimentos, o que seria inviável, principalmente no tocante ao custo/benefício. Na busca de superar deficiências estruturais e organizacionais, tanto de escala como de recursos financeiros; diagnosticada a interdependência entre os sistemas locais de saúde, surgiram as iniciativas de cooperação (GUIMARÃES, 2001 p. 82).

Guimarães (2001, p. 82) salienta que não foram somente os problemas referentes à descentralização que motivaram o surgimento dos consórcios, mas também fatores positivos como “a tradição de associações de municípios ou prefeitos,

regionais ou estaduais e outras situações anteriores de acordos de parceria para enfrentar problemas comuns”. Outro fator importante foi a flexibilidade de formato e estrutura desse instrumento que possibilitava extensão e adequação às diversas regiões brasileiras. Os executivos municipais tiveram de empreender longos processos de acordos para constituírem os consórcios. Segundo Lima (2000, p. 986), a consolidação foi condicionada aos interesses e disponibilidades locais, diversificando-os de região para região, ou de local para local.

O tema consórcio de saúde vem sendo abordado há décadas, tendo a Constituição de 1937 (artigo 29) disposto sobre o agrupamento de municípios para administração de serviços públicos. Na Constituição de 1988 há uma abertura para a realização quando é conferida aos municípios competência para “legislar sobre assuntos de interesse local”. Foi a partir da década de 1980, com o início do processo de descentralização de gestão, que essa forma de associação tornou-se realidade (CONSTITUIÇÃO FEDERATIVA DO BRASIL, 1988, artigo 30, inciso I).

Ainda quanto ao aspecto legal, a Lei 8080/90, considerada a Lei Orgânica da Saúde, no artigo 10, estabelece que os municípios “poderão constituir consórcios para desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde que lhe correspondam”. No artigo 18, inciso VII, estabelece que à direção municipal do SUS compete “formar consórcios administrativos intermunicipais”. A Lei 8142/90, no parágrafo terceiro do artigo terceiro, prevê o remanejamento de recursos financeiros entre municípios consorciados.

Em 1986 surgiu a primeira experiência de consórcio de saúde, na região de Penápolis, como forma de parceria intergovernamental e instrumento de ampliação de serviços regionais. O consórcio, no processo de descentralização de gestão, foi considerado alternativa para o desenvolvimento conjunto de ações e de serviços de saúde que demandam articulação com outros para serem realizadas, por meio de relações cooperativas intergovernamentais (GUIMARÃES, 2001, p. 81).

Segundo Lima (2000, p. 987 *apud* GUIMARÃES, 2001), define-se consórcio como um fenômeno da década de 1990, quando surgem mais de 95% dos casos no Brasil.

Neste cenário, nos esforços de superação das dificuldades de referenciar os casos de tratamentos mais complexos, não resolutivos de forma individual, a região litoral norte paulista vinha organizando-se na proposição de criação de consórcio intermunicipal de saúde.

2.7.2 Fases de Desenvolvimento dos Consórcios de Saúde

Segundo Guimarães (2001, p.82), os consórcios podem ser configurados em 4 fases desde o surgimento. A primeira, fase de surgimento, marcou o período de 1986 a 1990, anterior à NOB/91. A segunda, fase do desenvolvimento, de 1991 a 1992, período da NOB/91 e NOB/92. A terceira fase, de expansão, abrangeu o período de 1993 a 1997, e, por último, a fase de estabilização, a partir de 1998, quando da implantação da NOB/96.

Com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS, como instrumento de regionalização da assistência à saúde, o consórcio, que sempre esteve fortemente identificado à organização regional da assistência mais complexa, tende a passar por momentos de reflexão.

2.7.3 Vantagens e Desvantagens do Consórcio

Ribeiro (1994) indica resultados positivos de racionalização do uso de recursos, de modernização administrativa, de planejamento regional, porém, como aspecto negativo, o predomínio político na associação, o delicado equilíbrio financeiro e contradições quanto à natureza pública de recurso na execução privada dos consórcios.

Para Mendes (1999), as vantagens dos consórcios estão voltadas aos ideais municipalistas de colaboração entre as cidades; fortalecimento do federalismo cooperativo; viabilização dos princípios de universalidade, integralidade e equidade; economia, no sentido de otimização dos recursos. As desvantagens ou problemas estavam na forma de implantação, dada a possibilidade de criar ineficiências pela oferta excessiva via competição entre os prestadores, que coloca, também, as flexibilidades na formação dos consórcios somadas à fragilidade de regulação das Secretarias Estaduais de Saúde.

Recentemente, Mendes (1999, p. 9-11), reconhece o consórcio e a microrregionalização como duas modalidades distintas de organização regional dos serviços de saúde, e apresenta essa nova proposta em substituição aos consórcios, que é consagrada com a publicação da NOAS 01/01 e confirmada na NOAS 01/02.

Uma vez publicada a NOAS, em janeiro de 2001, ao longo do ano a Secretaria de Assistência à Saúde acompanhou e apoiou sistematicamente os processos de regionalização nos estados, considerando as especificidades de cada um, bem como buscou desenvolver estratégias e instrumentos de gestão e de organização da assistência de apoio aos estados e municípios no processo de regionalização.

Ao longo do ano 2001, observou-se um grande dinamismo nos estados, no que diz respeito aos processos de articulação entre gestores estaduais e municipais, para a elaboração dos planos diretores de regionalização, de investimentos e da programação pactuada e integrada. Todos os estados já elaboraram esboços desses planos, e a maior parte está adotando medidas significativas de organização para uma rede de serviços voltadas à melhoria do acesso.

Na região em estudo observa-se, pela experiência de trabalho da pesquisadora na área, que houve nítida evolução nos espaços de negociação, refletida nas falas dos gestores nas reuniões da Comissão Intergestora Regional (CIR), demonstrada quando se propõe e se aprova, por exemplo, o investimento em determinado serviço em município de referência para os demais da região.

Hoje, com a publicação da NOAS 01/02 que contempla a possibilidade de pactuações formais entre os municípios e permite legalmente a transferência de recursos entre fundos municipais de saúde, entende-se que a estrutura de consórcio talvez não seja a mais adequada para a região, uma vez que demanda o financiamento de uma estrutura de consórcio. Com a nova legislação, a proposta de microrregionalização demonstra ser a forma mais adequada de cooperação intermunicipal no setor saúde para a região litoral norte paulista.

2.8 REGIONALIZAÇÃO E MICRORREGIONALIZAÇÃO

No contexto dos avanços e limitações da descentralização das políticas sociais vivenciadas nos anos 1990, com o compartilhamento entre as três esferas de governo e com mecanismos de coordenação e integração entre estas atribuições, a regionalização/microrregionalização é um desafio a ser enfrentado.

Na área da saúde, o 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).

Dessa forma, o eixo descentralização não pode ser considerado isoladamente, mas sim componente e instrumento do objetivo maior que é o de melhoria das condições de saúde e de vida, não podendo limitar-se em apenas “descentralizar o poder de fazer”, mas, muito mais do que isso, buscar novos modelos de atenção e de gestão.

Neste trabalho busca-se um novo modelo para a região, no sentido de alterar formas isoladas para formas coletivas, e abordagem de uma metodologia que contribua com o eixo descentralização (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA, 2001).

É preciso considerar que em toda população há um percentual de indivíduos que têm problemas leves de saúde, o que não requer uma demanda por serviços nessa área. Outro grupo, percentualmente menor, é o dos portadores de agravos que exigem atenção tecnologicamente mais simples, e disponíveis em serviços de saúde de caráter ambulatorial geral, ou de hospital geral, com taxa de permanência baixa. Existe, ainda, um outro grupo populacional menor do que o anterior, mas com agravos de natureza mais complexa, que exige ações e procedimentos de maior complexidade para diagnóstico e terapêutica, como os serviços especializados, e assim por diante.

Dessa forma, numa determinada área constituída por um município, um conjunto de municípios ou bairros, sempre existirão problemas e agravos de saúde de todas as ordens, e a magnitude e qualificação dependerão do tamanho e das características epidemiológicas, sócio-econômicas e culturais da área.

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

Neste contexto, encaixa-se a proposta de regionalização da saúde. Busca-se uma construção progressiva da suficiência do sistema de saúde na região, e no caso em estudo - microrregião litoral norte paulista que, compreendendo quatro municípios de porte pequeno/médio, não permite a cada um desses municípios ofertar toda tecnologia conhecida e criada para a saúde. A oferta do conjunto de tecnologias fica possibilitada/viabilizada quando distribuída e alocada em níveis de atenção e hierarquizado, segundo sua complexidade.

Segundo Souza (2002, p.452), 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.

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).

Um dos principais avanços da implementação do SUS, ao longo da década de 1990, para Souza (2002, p. 452), se relaciona ao acelerado processo de descentralização político-administrativa, com progressiva transferência de responsabilidades e recursos do nível federal para os gestores estaduais e municipais.

Ao longo dos anos 1990 foram editadas quatro Normas Operacionais do SUS que têm representado um importante instrumento de regulamentação desse processo, à medida que estabelecem mecanismos e critérios para a transferência de responsabilidades e recursos para estados e municípios.

Se, por um lado, 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 e a ampliação e participação da população, por outro lado trouxe ineficiências devidas 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).

Em relação a esse problema de escala, Teixeira, Dowell e Burgarin (2002) evidenciam o fato de a organização de sistemas de saúde funcionais, não estar necessariamente restrita aos territórios municipais. Assim, 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, defendido, neste trabalho, como microrregionalização do litoral norte paulista, no tocante aos serviços de saúde de média-alta e alta complexidade.

Para Seixas (1999, p. 29), o 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 usufruário. Para tanto, o critério usual é o territorial e de moradia da clientela.

Esse autor, quanto à rede hierarquizada e regionalizada de serviços, afirma que a hierarquização é 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. 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 (SEIXAS, 1999).

A Lei 8080, no artigo 27, dispõe que os serviços de saúde devem estar dispostos de maneira regionalizada “e hierarquizada em níveis de complexidade crescente”. Os serviços não poderão, todos e cada um deles, esgotar-se no oferecimento de tudo que a medicina dispõe.

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 a 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 regionalização de serviços de saúde, para Almeida, Castro e Vieira (1998, p. 17), 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.

A atenção primária, além de ser um nível de atenção no sistema de saúde regional, pode ser compreendida como uma estratégia para aumentar a cobertura das ações de saúde na população, reformulando, readequando e reorganizando os recursos. Dessa forma, tem implicações na composição e função dos demais níveis (ALMEIDA *et al.*, 2001, p. 25).

Para Starfield (2002, p. 28), a atenção primária é aquele nível do sistema de serviço de saúde que oferece a entrada do sistema às necessidades e problemas, compartilhando características com outros níveis do sistema, como responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos, atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação, e trabalho em equipe. A atenção primária aborda os problemas mais comuns da comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação com o intuito de maximizar saúde e bem-estar.

A atenção primária, denominada também como atenção básica, deve ser buscada como o máximo de ações de saúde necessárias e possíveis, técnica e operacionalmente, no nível local, ou seja, no bairro e no município, como uma atenção tecnologicamente mais simples e disponível em serviços de saúde de caráter ambulatorial geral (ALMEIDA *et al.*, 2001, p. 24).

No Brasil, a implementação da proposta de atenção básica vem sendo orientada à reorganização da lógica assistencial, com início em meados dos anos 1990 e à operacionalização do Programa da Saúde da Família que, segundo Franco Merhy tem como objetivo a:

reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (FRANCO & MERHY, 2000, p. 145).

Como a atenção básica é entendida como responsabilidade de cada município, em conformação com a NOAS 01/02 - Norma Operacional de Assistência à Saúde vigente, a proposta, aqui, se faz quanto aos atendimentos considerados de média/alta e alta complexidades, que demandam um nível tecnológico mais complexo.

No que tange à assistência à saúde, a NOAS SUS 01/02 estabelece diretrizes gerais para a organização das demais ações de média e alta complexidade, e preconiza que o plano de regionalização compreenda o mapeamento das redes de referência em áreas estratégias específicas (gestação de alto risco, urgência e emergência e hemoterapia, entre outras).

O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades, de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde. Esses sistemas não são necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitarão seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, Capítulo I).

Nesse contexto, a organização da atenção básica no âmbito municipal, no caso dos municípios da região em estudo – litoral norte paulista, conforme demonstrado no espaço de análise, encontra-se voltada à estratégia saúde da família, em rede organizada e hierarquizada. Considera-se, nesta pesquisa, a grande problemática ao acesso e à equidade, com conseqüente reflexo na qualidade de vida da população, ao grupo dos indivíduos que necessitam de atendimentos mais complexos, e tem, como norte, **promover maior equidade** na alocação de recursos e no **acesso** da população às ações de saúde em todos os níveis de atenção.

No processo de regionalização, segundo Mendes, microrregionalização “é um conjunto de valores por meio dos quais um grupo de municípios se reconhece e se identifica como pertencente a um território comum” (MENDES, 1999).

No parágrafo terceiro do artigo 153 da Constituição Estadual, a microrregionalização é entendida como o agrupamento de municípios limítrofes que apresentam, entre si, relações de interação funcional de natureza físico-territorial, econômico-social e administrativa, exigindo planejamento integrado com vistas a criar condições adequadas para o desenvolvimento e integração regional.

A Constituição Estadual, aprovada em 1989, dispõe, em seu artigo 152, que a organização regional do estado objetiva “o planejamento, a promoção do planejamento regional, a cooperação entre diferentes níveis de governo, a utilização racional do território, além da redução de desigualdades sociais”. Assim, foram criadas, conforme o disposto no artigo 53 – três entidades regionais: “a região metropolitana, a aglomeração urbana e a micro-região” (CONSTITUIÇÃO ESTADUAL, 1989).

Para Lima e Pastrana (2000), ao se buscar práticas inovadoras que melhorem o atendimento à população de um determinado território, o maior desafio é a integralidade. Entende-se que a reorganização do sistema de saúde, as articulações microrregionais são uma forma de disponibilizar os níveis mais complexos de atendimento necessários ao bem-estar. E, também, a articulação microrregional e/ou regional vem otimizar recursos, contribuindo para que estes serviços sejam oferecidos.

A definição da divisão de responsabilidades entre estados e municípios; a integração entre sistemas municipais; o planejamento e organização funcional do sistema; o financiamento e critérios de alocação de recursos - orientação às necessidades da população e aumento de transferências de recursos fundo a fundo como custeio e investimentos (convênios); a resolutividade e acesso aos serviços; requerem uma abordagem estratégica de planejamento.

2.9 PLANEJAMENTO: FORMAS E ESTRATÉGIAS

O planejamento é a ferramenta que possibilita alcançar um ponto desejado no futuro, atravessando um caminho desconhecido entre o presente e o momento almejado. Esse processo permite tornar concreto esse caminho, mediante a análise das nuances da atual situação, da avaliação dos recursos disponíveis, sejam políticos, econômicos ou cognitivos, e da atitude em relação ao plano que os atores que dominam esses recursos têm, seja de apoio, oposição ou indiferença. Essa análise deverá viabilizar o cálculo das ações mais adequadas para atingir os propósitos.

Planejamento Estratégico é um processo de construção de uma ponte entre o aqui e agora e um futuro desejado, construído com dados, ações, informações, recursos e competências, e é, também, uma conjugação e uma articulação de esforços de pessoas na busca de objetivos comuns. Ou seja, o planejamento não é só uma ferramenta, é também um processo de aprendizagem que envolve as pessoas na busca de uma mesma visão.

O Planejamento Estratégico surge como alternativa aos problemas, possibilita o surgimento de soluções contra o desperdício de tempo, de recursos humanos e materiais, e vislumbra uma nova forma de atuação, mais propositiva.

É um processo e uma filosofia. No primeiro caso pode explicitar objetivos e definir estratégias e políticas para alcançá-los. Trata-se de decisão prévia sobre o que deve ser feito, quando, como e quem vai fazer; e, no segundo caso, é uma concepção, um modo de vivenciar a organização, vez que a eficácia de um planejamento depende de inúmeras variáveis, dentre elas o envolvimento, a participação e a colaboração, como atitudes de valorização e integração ao processo.

Requer o planejamento estratégico, mais do que outros esforços, além do desenvolvimento, na equipe de administração, de entrosamento e compartilhamento de valores, filosofia e prioridades corporativas, um claro entendimento da missão da organização e competência administrativa.

O planejamento estratégico consiste em desenvolver a capacidade de olhar criticamente o presente a partir do futuro, e não o futuro com os olhos do presente. A construção desse modelo pode ser efetivada e enriquecida se for realizada com equipes multidisciplinares e interfuncionais, e não individualmente. Deve-se buscar uma visão compartilhada (COSTA, 2002, p.13-14).

Os alicerces, os fundamentos para as estratégias, são compostos pela visão, missão, abrangência, princípios e valores e posicionamento estratégico.

O Plano Estratégico (PE) é o instrumento de formalização do Planejamento Estratégico. A versão preliminar desse plano constitui a base para a elaboração do Plano Estratégico Institucional.

O Planejamento se coloca como a primeira das funções a serem desenvolvidas na gestão de qualquer organização, pois, sem planos, não se pode organizar eficientemente os indivíduos, controlar resultados ou administrar de forma geral a instituição. Ele tem como característica principal a preocupação com o longo prazo e com a gestão global da organização (STONER, 1995).

Caracteriza-se, também, como um processo pelo qual os administradores definem os objetivos, a forma de buscá-los e as restrições e capacidades internas e externas à organização.

Os tópicos do plano estratégico, segundo Costa, estão apresentados no Quadro 1.

TÓPICOS DO PLANO ESTRATÉGICO
Cenário(s) e premissas básicas
PROPÓSITO
?? Visão
?? Missão e Abrangência
?? Princípios e valores
?? Posicionamento Estratégico
ESTRATÉGIAS INSTITUCIONAIS
?? Estratégias corporativas
?? Estratégias de diversificação
?? Estratégias de alianças e parcerias
?? Estratégias de expansão
PORTFÓLIO
?? Áreas estratégicas atuais e novas
?? Mapeamento do portfólio
?? Estratégias para rotação do portfólio
?? Estratégias competitivas
Objetivos e metas
PLANOS DE AÇÃO
?? Para mudanças no ambiente
?? Para revisão e adequação do propósito
?? Para capacitação competitiva
?? Para capacitação corporativa
PROGRAMA DE IMPLANTAÇÃO
?? Investimentos estratégicos
?? Orçamento estratégico
?? Cronograma de implantação
?? Sistema de vigilância estratégica

Fonte: Costa, 2001

Quadro 1 – Tópicos do Planejamento Estratégico

De acordo com Almeida, o processo de planejamento pode ser dividido em 05 grandes blocos:

- ?? Orientação: nesse bloco são definidas a missão e vocação da organização, objeto do planejamento;

- ?? Diagnóstico: fase em que é feita toda a análise, tanto de aspectos internos quanto da parte ambiental, procurando identificar pontos fortes e fracos, oportunidades e ameaças, a fim de se levantar as possíveis estratégias a serem traçadas;
- ?? Direção: momento em que serão definidos as estratégias, objetivos e metas e serem atingidos;
- ?? Viabilidade: bloco que é composto dos instrumentos de verificação da viabilidade das decisões tomadas;
- ?? Operacional: caso sejam consideradas viáveis as estratégias definidas, devem ser estabelecidas as ações, além de um cronograma (ALMEIDA, 2001).

O modelo de Bryson e Alston, à primeira vista, apresenta muitas semelhanças com o modelo de Almeida e com os demais modelos de planejamento estratégico, o que reforça o pressuposto de que a técnica e a ferramenta de Plano Estratégico – PE é muito semelhante, independente da natureza da organização. A principal diferença reside na ênfase em determinadas fases e aspectos e no peso que certos conceitos, como a missão, têm na elaboração de um plano estratégico (BRYSON E ALSTON, 1996).

O processo pode ser traduzido na forma de perguntas simples, como:

- ?? Sabemos o que é Planejamento Estratégico e como ele pode nos ajudar?
- ?? O que estamos fazendo nos últimos tempos? O que temos alcançado?
- ?? Qual é verdadeiramente a razão da existência de nossa entidade?
- ?? Quais são as principais características do ambiente fora da instituição?
- ?? Como fazemos para aproveitar as oportunidades e evitar as ameaças?
- ?? Quais são os nossos pontos fracos e pontos fortes? Como potencializamos os pontos fortes e como reduzimos os pontos fracos?
- ?? Quais os objetivos para os próximos anos?
- ?? Que estratégias devemos seguir para alcançá-los?
- ?? Como podemos medir a implementação deste plano e o andar de nosso trabalho?

O Método Altadir de Planificação Popular – MAPP – se baseia nos mesmos princípios do Planejamento Estratégico Situacional – PES – e, pelas suas características operativas, constitui o método de eleição para planejamento no nível local, particularmente naquele altamente descentralizado. É simples e criativo, elaborado com o objetivo de viabilizar a planificação a partir de uma base popular. Favorece o comprometimento da comunidade e de suas lideranças com a análise e enfrentamento de seus problemas, em contraposição à atitude de geradores de

demandas e de soluções. Porém, deve ser encarado como um método limitado à natureza e complexidade dos problemas.

Dessa forma, aplica-se à solução daqueles limitados ao espaço mais restrito do nível local, assim como daqueles que não se constituam numa rede de relações muito complexas. É, portanto, um método bastante coerente com os princípios do SUS e recomendado como instrumento para a elaboração do planejamento de unidades básicas de saúde.

O método PES é o que tem sido mais utilizado na área da saúde, trabalha com a complexidade da realidade, admite não haver um conhecimento único e reconhece que a explicação da realidade depende da inserção de cada ator que participa do problema, é, assim, parcial e múltiplo. O outro diferencial que apresenta em relação ao método tradicional é a abordagem de outras dimensões além da econômica, como poder, capacidade administrativa e conhecimento (MENDES, *mimeo*, 1997).

Com relação ao planejamento estratégico do sistema de saúde em municípios de médio e grande porte, esse método responde fundamentalmente às questões de ordem política, com envolvimento de outros atores além daqueles diretamente relacionados com as ações de assistência à saúde como, por exemplo, representantes da sociedade civil, empresários, políticos, secretários da Saúde e prefeitos de outros municípios. Isso faz com que o jogo tenha, naturalmente, fortes matizes políticos e, portanto, maior complexidade na negociação (MENDES, 1996).

Uma organização que não possui um processo estruturado de planejamento, por mais talentos individuais que possua, terá dificuldades de alcançar os resultados esperados. Muitas vezes, as expectativas estão claras na cabeça dos indivíduos, mas se não se traduzirem em ações concretas, a instituição não conseguirá envolver as pessoas em direção aos resultados que deseja alcançar.

O planejamento deve existir para que o esforço de todos culmine no atingimento dos resultados negociados. Muitas vezes é necessário revisar, e, eventualmente, até redirecionar completamente os objetivos, justamente para permitir que as pessoas se articulem rapidamente no sentido de revisar as ações, os alvos que devem ser atingidos, em função do que ocorre no ambiente, devendo ser acompanhado, revisado, e envolver as pessoas continuamente neste esforço, como um direcionador de esforços.

O PES será abordado no capítulo 5.3, como metodologia indicativa e propositiva deste trabalho, que propõe um projeto de planejamento e implementação de microrregionalização do setor saúde no litoral norte paulista.

2.10 ESTUDOS RECENTES

A Constituição Federal de 1988 foi um momento inaugural da orientação descentralizadora para o setor saúde, como alternativa aceitável para a redefinição das prioridades das ações estatais destinadas ao atendimento das necessidades da população e para a ampliação da autonomia de gestão das autoridades públicas locais.

Estudos recentes têm sido desenvolvidos sobre descentralização da provisão da atenção à saúde no Brasil, políticas locais e poder local, regionalização e, mais recentemente, sobre microrregionalização.

Alguns estudos, realizados pelo Núcleo de Pesquisa de Políticas Públicas, mostram que são poucas as evidências de que a descentralização setorial tenha afetado de modo negativo a qualidade dos serviços de saúde, negligenciado no desenvolvimento de mecanismos de responsabilização dos governos locais, gerado um processo desordenado e caótico e/ou produzindo uma crise de legitimidade do sistema de saúde. São poucas as evidências de que a crescente responsabilização pública local pela gestão da política de saúde seja um resultado direto da “barganha federativa”, segundo a definição de Arretch (1995, p. 36). Ou seja, dadas as dimensões da pobreza brasileira e, portanto, da população-alvo dos programas sociais, a gestão de políticas sociais tenderia a ser simultaneamente cara e inefetiva, à medida que consumiria um elevado volume de recursos com baixos níveis de proteção efetiva (ROSÁRIO DA COSTA, 2001, p. 318).

Após uma década de implementação de soluções no setor saúde, envolvendo transferência de recursos financeiros e decisórios aos municípios em busca de ganhos em eficiência política e sistêmica, problemas relevantes foram paulatinamente percebidos. Esses problemas têm sido relacionados à baixa equidade nas transferências federais, reduzida capacidade técnica de municípios, perda de escala na provisão de serviços especializados, fragmentação política e competição orçamentária predatória.

Costa, Silva e Ribeiro (1999, p. 529-554) destacam três iniciativas de regionalização, cada uma delas centradas na iniciativa de um nível de governo, as quais implementam modalidades distintas, integradas ou competitivas, de regionalização. Concluem que as soluções analisadas de microrregionalização guardam um importante ponto em comum. Em todos os casos, busca-se maior integração entre os municípios de uma dada região, no sentido de ampliar o alcance da oferta pública de serviços de saúde.

O estudo de Ferla e Souza (2002, p. 31-58) sobre regionalização, no Estado Rio Grande do Sul mostra que, desde 1999, a Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul vem construindo parâmetros e conceitos para os territórios regionalizados de gestão SUS estadual. Assim, a partir do município, menor unidade de gestão federativa, os aglomerados se organizam respectivamente em microrregiões, regiões e macrorregiões. São essas as estratégias de organização da atenção que são associadas com estratégia de organização da gestão e do controle social. Como experiência concreta vivenciada, os autores demonstram a necessidade de que a relação entre os gestores, independente do tipo de gestão e da capacidade instalada de cada um, preserve a soberania e a autoridade municipal, garantindo e determinando prerrogativas e obrigações de maneira mais transparente e pública.

O estudo de Marino (2002, p. 126-129) aborda o processo de regionalização no Estado de Santa Catarina, reforça a necessidade de implantação de um Modelo de Gestão e de Atenção à Saúde descentralizado com ênfase na regionalização e assim teve início, em 1999, o desenvolvimento do Projeto de Macrorregiões de Saúde. O projeto é entendido como forma de organização dos elementos constitutivos da rede de serviços de saúde, incluindo tarefas, pessoas, estrutura, tecnologia e ambiente, com ênfase nas relações entre profissionais de saúde e usuários, medidas por tecnologia utilizada no processo de trabalho, com o propósito de intervir em problemas ou agravos e necessidades sociais de saúde.

A partir de critérios preestabelecidos, tais como localização geográfica, população, agrupamento por regionais de saúde, equidistância, sistema viário, cultura de deslocamento, índice de desenvolvimento social, complexo econômico-regional, recursos tecnológicos e bacia hidrográfica, foram organizadas as macrorregiões de saúde no Estado de Santa Catarina. Segundo a autora, os principais resultados foram a construção e análise de um conjunto diagnóstico; a consolidação do modelo, que exige o envolvimento dos gestores municipais com a nova proposta de regionalização e que, na prática, os resultados serão de médio a longo prazo e de longo alcance.

Vários trabalhos apontam para a importância dos espaços de articulação e negociação e organização dos serviços. Com a preocupação de compreender melhor como se dá o exercício do poder de governo e de como se comportam os diferentes atores e personagens da municipalização da saúde, Fernandes da Silva (2001) valoriza os conceitos relacionados com o poder local e com o ato de governar e de liderar processos de mudança. Analisa, também, como estão sendo implantadas as políticas locais de saúde após o advento da municipalização dessa área no Brasil, e suscita diversos temas para reflexão: como a municipalização permite, dentro dos limites do poder local, que sejam colocadas em prática ações de saúde inovadoras

que tenham como objetivo a equidade em saúde e o desenvolvimento de práticas intersetoriais; a interferência no processo decisório só terá impacto de qualidade dos serviços se forem constituídas novas relações entre dirigentes das organizações, os trabalhadores de saúde e os usuários. Esse “pacto de gestão” poderia contribuir para que a missão social das organizações de saúde fosse gradativamente viabilizada; a articulação das diferentes políticas e estratégias nos municípios – espaços concretos em que se efetivam as mudanças das práticas sanitárias – depende de “sujeitos de mudança”, esse núcleo de mudanças deve ser coordenado pelos gestores locais que devem estar capacitados e motivados para isso.

Martinelli (2002, p. 90) traz, como os principais avanços da regionalização no Estado de Mato Grosso, o maior empenho do gestor municipal na organização da atenção básica de saúde; aumento da oferta de serviços; maior clareza do gestor municipal em relação ao seu papel; melhora nos indicadores epidemiológicos; melhora da Vigilância Epidemiológica (notificação e investigação); no sistema de informação; na assistência hospitalar; maior atuação da Vigilância Sanitária municipal; maior participação dos técnicos das Unidades Básicas de Saúde em capacitações; melhora da referência a algumas consultas especializadas, credibilidade do espaço regional como suporte ao município no planejamento e avaliação das ações.

No entanto, dificuldades na organização e regionalização estão presentes, dentre elas a ausência de estruturas públicas de saúde para apoio diagnóstico da média e alta complexidade e de hospital municipal ou regional que dê suporte à atenção básica; dificuldades em referenciar a demanda da urgência, emergência e cirurgias eletivas de pequeno e grande porte; baixa aplicação de recursos próprios municipais na saúde, ausência de UTI adulta e pediátrica na região; falta de autonomia do secretário municipal de saúde no processo de gerência administrativa e financeira; quadro de recursos humanos rotativos e dificuldades em assegurar a qualidade dos serviços.

Ao tratar do tema qualidade em serviços de saúde, Miranda (2002, p. 504-506), no estudo “Acreditação do Hospital Universitário Pedro Ernesto”, afirma que a busca da qualidade em saúde vem experimentando uma grande evolução no Brasil e no mundo, com características variáveis, de acordo com a cultura e o contexto situacional da região em questão. Uma das estratégias utilizadas para melhorar a qualidade dos serviços de saúde de diversos países do mundo é a acreditação hospitalar, e esse processo envolve o conjunto da organização de forma interfuncional, possibilita o conhecimento sistêmico da instituição e permite que distintas visões sobre o mesmo processo sejam confrontadas. Embora o objetivo final fosse obter o título de hospital acreditado, foi também evidenciada uma grande oportunidade de melhoria relativa à

organização dos processos assistenciais. A autora conclui que este método funciona melhor quando já existem ações dirigidas à melhoria da qualidade, e que o processo representou um grande avanço na difusão da cultura do planejamento e da avaliação entre os profissionais do referido hospital.

3 PROPOSTA

A saúde constitui um dos setores da vida social cujo processo de intervenção adquire uma complexidade cada vez mais acentuada, e, do ponto de vista assistencial, demanda, além da organização de uma rede básica de saúde, também a incorporação de serviços de média/alta e alta complexidades tecnológicas.

Saúde é um bem intangível. Sua importância e valor só são percebidos quando o equilíbrio na dinâmica saúde-doença é quebrado e vincula-se diretamente à capacidade que os indivíduos têm em manter sua sobrevivência e continuidade da espécie. Os avanços tecnológicos e a melhoria das condições de vida da população implicaram em mudanças nas suas composições, com conseqüências para a sociedade e sua produção.

Como este trabalho refere-se a uma proposta para a área da saúde, entende-se, inicialmente, o conceito de saúde como conservação da vida. Em outra definição, a saúde caracteriza-se como o estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal.

A Organização Mundial de Saúde traz que "Saúde não é apenas ausência de doenças, mas um estado de completo bem-estar físico, social e mental". Que estado é esse? Como conseguir atingi-lo? Qual é a possibilidade de que as pessoas em geral consigam essa saúde?

O direito à saúde tem como fundamento o direito à vida, e à vida em sua plenitude. É o direito ao bem estar, enfim, direito a ser feliz. Essa tem sido uma das questões centrais tratadas mundialmente no campo da saúde, dadas as mudanças que vêm ocorrendo em praticamente todas as dimensões de sua análise, incluindo o referencial de saúde em sentido mais amplo, como componente e instrumento da qualidade de vida e bem-estar; o de sua determinação não apenas biológica e individual, mas como um complexo processo saúde/doença que representa uma expressão particular do processo social em geral, o que leva a considerá-lo como a produção social da saúde ou da doença; o de sua inserção no campo das políticas públicas e, ainda, entre outras, na redefinição da própria concepção, organização e funcionamento dos sistemas e serviços de saúde.

O Brasil, como diversos países do mundo, vem sofrendo uma série de transformações no campo de suas políticas e ações sociais, sob a tutela e responsabilidade do Estado, em função de uma crescente demanda da sociedade que vem se manifestando de diversas formas.

É crescente a pressão e o apoio de organizações nacionais e internacionais para que os governos reformulem ou adotem políticas públicas na área social para

resgatar e conferir a cada um, ou à maioria da população, condições mínimas que assegurem um nível de vida compatível com a condição humana de cidadania (CASTRO, WESTPHAL, 2001).

O sistema brasileiro de saúde sofreu, e vem sofrendo, crises de múltiplas dimensões, das quais se destacam os aspectos financeiros e o de resultados, de modo a exigir uma nova concepção e organização do setor.

Os princípios e diretrizes norteadoras dessa nova concepção e ordem para o setor saúde foram construídas no processo de redemocratização do Estado brasileiro. A descentralização entrou na cena legislativa com a Constituição de 1988 e traz o elenco de princípios e diretrizes para a reorganização do sistema de saúde.

Ao se buscar práticas de gestão inovadoras, que concretizem princípios do Sistema Único de Saúde e melhorem o atendimento à população de determinado território, um grande desafio é a integralidade. Entende-se que a reorganização do sistema de saúde, segundo os princípios da atual Constituição Federal, deve buscar a melhoria da saúde da população, em todos os níveis de atenção. Assim, as articulações microrregionais são uma forma de disponibilizar os níveis mais complexos de atendimento necessários ao bem estar, otimizando recursos, gerando ganhos de escala e estabelecendo relações de cooperação entre sistemas locais, ou seja, entre os municípios.

É nesse sentido que a organização de uma metodologia que facilite o planejamento e a implementação da microrregionalização do setor saúde para o litoral norte do Estado de São Paulo, como estratégia de organização dos serviços, de forma ascendente, busca a integralidade das ações, a melhoria do acesso à produção e distribuição de serviços sob a referência da equidade e da participação social, e, dentro das políticas locais, ter os poderes locais como um dos parceiros deste processo, assim como as entidades representativas da Sociedade Civil, os Conselhos Municipais de Saúde e os Usuários.

Além da metodologia proposta neste estudo, há, também, a necessidade, de se desenvolver uma ação conjunta, que permita coordenação das fases de planejamento, implementação e avaliação do processo de Microrregionalização. Esta fase espera, ou vai exigir, negociação prévia.

Na negociação interferem tipos de barganhas. Nesta proposta, a barganha é integrativa – por gerar uma solução ganho-ganho, em que todos saem vitoriosos, cumpridos os acordos. Há de se considerar a participação social no processo, representada oficialmente pelos representantes dos Conselhos de Saúde e, também, das diferentes categorias de usuários do sistema, da participação dos cidadãos e associações em geral (ROBBINS, 2002, p. 388).

O tipo de regionalização, incentivado pela atual Norma Operacional de Assistência à Saúde, requer articulação dos gestores municipais para a negociação e pactuação de referências intermunicipais, sob coordenação e regulação estadual, o que envolve relações entre os governos locais (municípios) e outros níveis de governo (estadual e federal).

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, portanto, contemporâneo, e ficou evidenciado, com as NOAS 01/01 (2001) e NOAS 01/02 (2002).

Alguns estudos e discussões no contexto da saúde levantam muitas questões possíveis de discussão acadêmica, como, por exemplo: é possível planejar a microrregionalização para essa região de maneira a estimular a capacidade dos municípios em desenvolver programas de forma coletiva? O desperdício e/ou escassez de recursos humanos, materiais e financeiros no desenvolvimento dos programas de saúde individualizados pode ser eliminado quando se desenvolve de forma coletiva – organizada regionalmente? Será que um programa, de regionalização, organizado de forma estratégica amenizaria os problemas “pendentes” de saúde na região em estudo no tocante à qualidade de vida?

3.1 OBJETO DE ESTUDO

O objeto de estudo é propor a microrregionalização como uma estratégia organizacional dos serviços de alta e média complexidades do setor saúde no litoral norte do Estado de São Paulo, fazendo uso do Planejamento Estratégico Situacional enquanto um instrumento metodológico facilitador, a partir dos seguintes pressupostos:

3.1.1 Microrregionalização: uma estratégia de organização dos serviços que melhora a acessibilidade dos usuários, atrai a captação de recursos humanos, materiais e financeiros, conforme as demandas microrregionais;

3.1.2 Planejamento Situacional e Programação: uma metodologia histórico-social e um instrumento inovador que considera os diversos agentes sociais – gestores, usuários, representantes de entidades e categorias profissionais ligadas à saúde – na prática gerencial dos serviços de saúde de alta e média complexidade;

3.1.3 Microrregionalização e Planejamento Situacional garantem, de um lado, a inclusão dos diferentes agentes sociais em todas as etapas do processo e, ainda,

facilitam os princípios de participação, descentralização, acessibilidade. De outro lado, propiciam uma nova prática de gerenciamento dos serviços de saúde.

3.2 ESPAÇO DE ANÁLISE

A proposta de microrregionalização dos serviços de saúde, neste trabalho, está voltada para a região litoral norte paulista. Para compreender a região de estudo, pretende-se dar uma visão de sua caracterização geral, geográfica e histórica, identificando os principais fatos que nortearam sua evolução histórica. Em seguida, procura-se abordar os aspectos demográficos e informações e indicadores de saúde da região.

O litoral norte paulista compreende os municípios continentais São Sebastião (Figura 3), Caraguatatuba (Figura 4) e Ubatuba (Figura 5), todos limitados pela Serra do Mar e pela linha costeira, e o insular Ilhabela (Figura 6). Segundo o Anuário Estatístico do Estado, Sistema de Análise de Dados – Fundação SEADE, 1988 – a área compreendida por esta região é de 1.992 Km², como se pode identificar na Figura 2:



Fonte: DIR 21 - São José dos Campos, 2001.

Figura 2 – Caracterização Geográfica do Litoral Norte Paulista

Nos trechos compreendidos pelos municípios de Ubatuba, Caraguatatuba e São Sebastião, a costa é bastante recortada, formando esporões de serra que mergulham no mar (pontas). Segundo Wendel, o litoral norte caracteriza-se pelas “suas extensas costeiras e pontos salientes, interrompidas por pequenas praias e com estreita faixa de terrenos entre a Serra e o Mar” (WENDEL, 1915 *apud* MALTA 1993, p. 26).



Figura 3 – Vista Aérea de São Sebastião



Figura 4 – Vista aérea de Caraguatatuba



Figura 5 – Vista aérea de Ubatuba



Figura 6 – Vista Aérea de Ilha Bela

Nas áreas planas é que se encontra a maior ocupação humana. A largura média dessas áreas varia entre 2 e $\frac{1}{2}$ km e 8 $\frac{1}{2}$ km (WENDEL, 1915 *apud* MALTA 1993, p. 26).

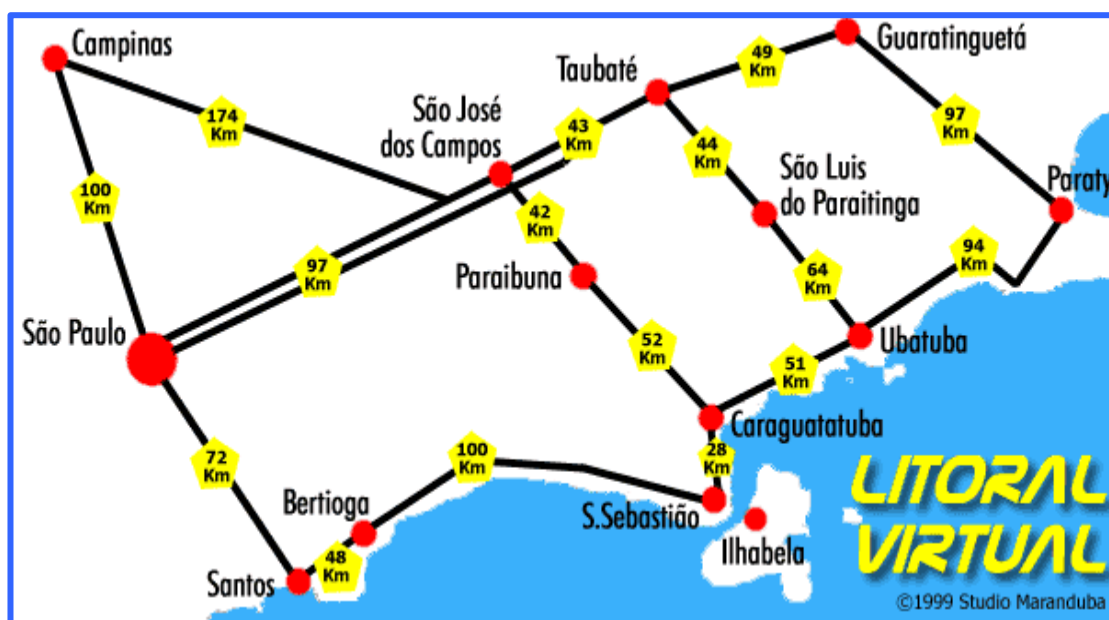
O domínio da Serra do Mar, 60% da região, além de fator contributivo para o isolamento físico do litoral, é também responsável pela umidade do clima, que é tropical, quente e úmido.

Quanto aos aspectos históricos, no início do século XVI, quando da descoberta do país, a região era habitada por índios tupinambás. Após o domínio dos tupinambás e das sucessivas invasões dos franceses e portugueses, durante o século XVII, a

colonização da região encontrou na atividade agrícola condições de prosperar e fazer erguer as Vilas de São Sebastião e Ubatuba.

À medida que se abriam os caminhos pela Serra do Mar, o povoamento do Vale do Paraíba passou a influenciar o desenvolvimento litorâneo. Ubatuba chegou a ser o porto exportador da chamada “rota do café”. Dessa forma, o progresso ocorrido na região em estudo, até os primórdios da República, devia-se à sua condição marítima e portuária que servia o Vale do Paraíba e sul de Minas Gerais.

Com a construção da ferrovia São Paulo – Santos, e a migração das exportações para o porto de Santos, ocorreu um grande declínio no desenvolvimento do Litoral Norte Paulista.



Fonte: Litoral Virtual <<http://www.litoralnorte.com.br/litoral/acesso.htm>> Acesso em 20/03/03.

Figura 7 – Vias de acesso ao Litoral Norte Paulista, 2003

Com a abertura da rodovia federal BR-101, que liga Rio de Janeiro a Santos e da Rodovia Tamoios, que liga São José dos Campos a Caraguatatuba, apresentada na Figura 3, o isolamento físico da região passa a ser superado.

A história da saúde na região remonta a 1532, com a fundação de São Vicente, quando na região moravam os indígenas. Eles usavam plantas e magias para tratar seus doentes e, depois, os colonizadores introduziram as mezinhas, trazidas da Europa, que se misturavam às dos moradores locais.

Como a região era extensa geograficamente, as comunidades ficavam isoladas e carentes do atendimento à saúde.

A entidade filantrópica Ação Social Estrela do Litoral (ASEL), criada pelos Freis Franciscanos Conventuais Menores para desenvolver ações sociais, teve um papel significativo no modelo inicial de assistência à saúde no município de Ubatuba.

O barco “Maria Sila”, da ASEL, era o veículo de acesso às comunidades mais distantes e carentes, e transportava alimentos, remédios, médicos e padres, para atendimento a essas necessidades. Com o tempo, foram sendo instalados sub-postos de saúde em bairros distantes como Camburi, Ubatumirim Praia, Picinguaba, Sertão da Quina, Maranduba, Estufa, Fortaleza, Praia Dura e Ponta Aguda.

Anteriormente às preconizações da Conferência de Alma Ata, em Ubatuba já existiam 14 sub-postos de saúde localizados estrategicamente ao longo do município, voltados à atenção primária.

No final da década de 1970, a ASEL altera sua linha de trabalho social para o desenvolvimento de creches e a Prefeitura começa a assumir a continuidade dos trabalhos na área da saúde.

Mesmo em dias atuais, dada a geografia do município, há ainda, comunidades de difícil acesso, como a do Bonete e Sete Fontes, no município de Ubatuba, em que o acesso é possível somente através de trilha ou via marítima.

Dadas as características geográficas da região, os equipamentos de saúde estão distribuídos ao longo dos municípios. O município de Caraguatatuba conta com único hospital (Santa Casa) e 16 Unidades de Saúde. Ilhabela tem apenas um hospital (Municipal), que se pode dizer, recém inaugurado e 10 Unidades de Saúde, São Sebastião também tem um único hospital (Santa Casa) e 18 Unidades de Saúde, e o município de Ubatuba conta com único hospital (Santa Casa) e 18 Unidades de Saúde.

Em 1998, conforme Portaria Ministerial GM 2553 de 04 de maio de 1998, os municípios de Caraguatatuba, São Sebastião e Ubatuba foram habilitados na Gestão Plena do Sistema da Saúde, de acordo com a Norma Operacional Básica – NOB 01/96. O município de Ilhabela foi habilitado na Gestão Básica do Sistema de Saúde. Em 07 de março de 2003 foi publicada a Portaria do Ministério da Saúde número 194, que habilitou o município de Ubatuba na Gestão Plena do Sistema de Saúde – Atenção Ampliada, conforme a NOAS 2001/02.

A população residente da região litoral norte, em 2003, totaliza 248.365 habitantes (Quadro 2), e está, segundo a economia de escala, dentro da orientação do Ministério da Saúde para implementação de microrregionalização relativa à população acima de 100 mil habitantes.

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO (habitantes)
Caraguatatuba	86.944
Ilhabela	23.087
São Sebastião	65.478
Ubatuba	72.856
TOTAL	248.365

Fonte: IBGE 2003 / DIR 21 de São José dos Campos

Quadro 2 – População dos Municípios do Litoral Norte Paulista – 2003

Quanto ao comportamento demográfico, até a década de 1970 as populações residentes nos municípios do Litoral Norte Paulista se equivaliam, com exceção de Ilhabela, que contava com população menor. A partir da década de 1980, Caraguatatuba apresentou o maior contingente populacional na região, seguida por Ubatuba, São Sebastião e Ilhabela, conforme Quadro 3:

ANO	REGIÃO LITORAL NORTE	POPULAÇÃO (habitantes) MUNICÍPIOS			
		Caraguatatuba	Ilhabela	São Sebastião	Ubatuba
1960	32.339	9.697	5.039	7.421	10.182
1970	48.006	15.073	5.707	12.023	15.203
1980	88.273	33.896	7.887	19.158	27.332
1990	143.098	65.372	9.327	26.221	42.178
2002	240.846	84.401	22.375	63.115	70.955
2003	248.365	86.944	23.087	65.478	72.856

Fonte: IBGE 2003 / DIR 21 de São José dos Campos

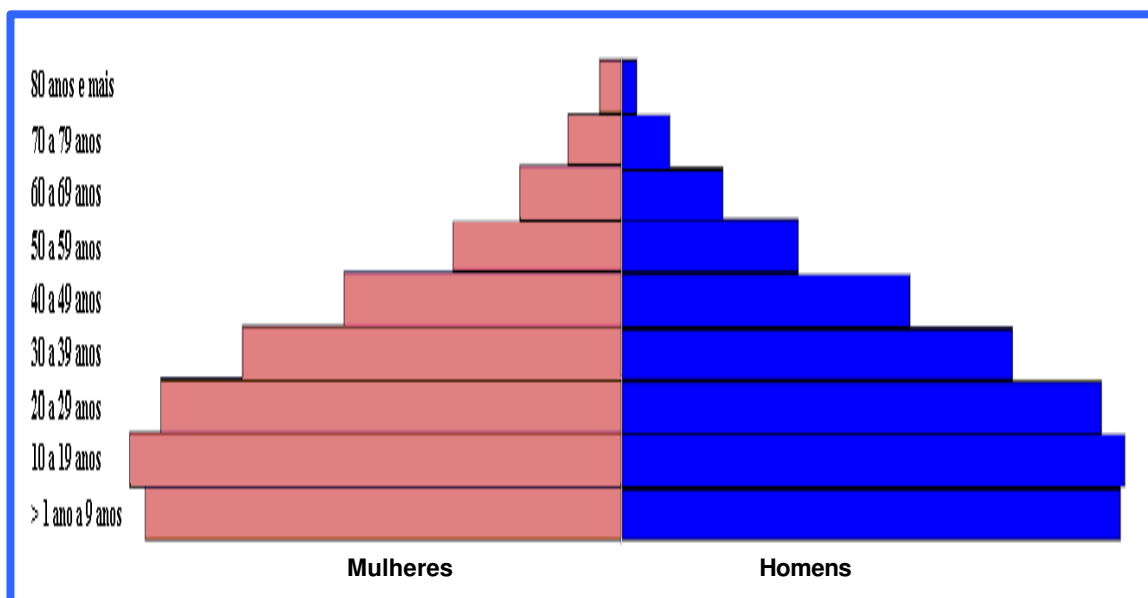
Quadro 3 – Evolução da População na Região Litoral Norte Paulista por Municípios

Outro fenômeno importante do comportamento demográfico da região é o aumento no índice de crescimento, tanto vegetativo como migratório.

A pirâmide etária da região litoral norte paulista, baseada no Quadro 4 e projetada na Figura 4, sugere ser de transição tardia, caracterizando uma população jovem, com alto índice de natalidade e estabilidade até a faixa de 24 anos e menos. Sugere, ainda, mortalidade significativa nos períodos fértil e produtivo da população, com significativa redução a partir dos 60 anos, principalmente entre a população masculina.

POPULAÇÃO (habitantes)			
FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
Menor de 1 ano	2506	2432	4938
1 a 4 anos	10240	9744	19984
5 a 9 anos	12376	11845	24221
10 a 14 anos	12475	12182	24221
15 a 19 anos	12867	12600	25467
20 a 29 anos	24185	23231	47416
30 a 39 anos	19682	19090	38772
40 a 49 anos	14499	13988	28487
50 a 59 anos	8868	8481	17349
60 a 69 anos	5085	5115	10200
70 a 79 anos	2376	2691	5067
80 anos e mais	739	1068	1807
TOTAL	125898	122467	248365

Fonte: IBGE – Censos Demográficos e Contagem Populacional e MS/SE/Datasus
Quadro 3 – População por grupos de idade e sexo da Região Litoral Norte – 2003



Fonte: SEADE
Figura 8 – População por grupos de idade e sexo da Região Litoral Norte – 2003

No setor Saúde, a organização da atenção básica na região está sendo direcionada para a Estratégia Saúde da Família, apresentando uma cobertura, em agosto de 2003, que variava entre 60% a 100% nos municípios da região (Quadro 5).

MUNICÍPIOS	COBERTURA DO PSF
Caraguatatuba	99% *
Ilhabela	100%
São Sebastião	100%
Ubatuba	60%

Fonte: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica – Datasus/MS. Nota: Refere-se a março/03.

Quadro 5 – Situação dos Municípios da Região Litoral Norte Paulista, segundo cobertura do PSF em agosto de 2003.

Quanto às condições de saúde da região em estudo, apresentam-se os Quadros 6, 7 e 8, e as Figuras 5 e 6, sobre mortalidade geral e mortalidade infantil nos municípios da região em estudo:

MUNICÍPIO	TAXA DE MORTALIDADE GERAL
Caraguatatuba	4,76
Ilhabela	4,37
São Sebastião	5,15
Ubatuba	5,07

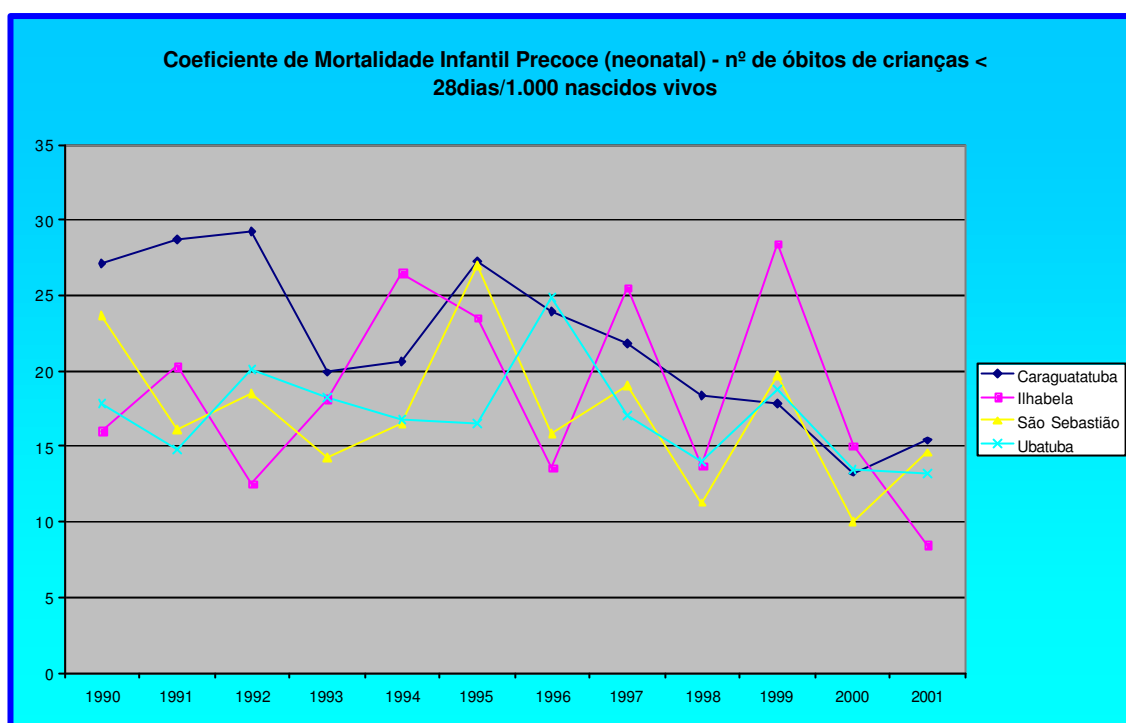
Fonte: Núcleo Regional de Saúde de Caraguatatuba

Quadro 6 – Taxa de Mortalidade Geral (por mil habitantes) por município no ano 2002

Cidades	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Caraguatatuba	27,14	28,71	29,24	19,9	20,6	27,32
Ilhabela	16,03	20,29	12,5	18,13	26,46	23,53
São Sebastião	23,69	16,11	18,45	14,3	16,47	26,93
Ubatuba	17,86	14,78	20,12	18,24	16,74	16,46
	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Caraguatatuba	23,92	21,83	18,37	17,83	13,25	15,39
Ilhabela	13,55	25,5	13,7	28,44	15,05	8,46
São Sebastião	15,82	19,06	11,26	19,68	10,05	14,59
Ubatuba	24,86	17,07	14	18,74	13,48	13,23

Fonte: Núcleo Regional de Saúde de Caraguatatuba

Quadro 7 – Coeficiente de Mortalidade Infantil Precoce (neo-natal) - nº de óbitos de crianças < 28 dias/1000 nascidos vivos.



Fonte: Núcleo Regional de Saúde de Caraguatatuba

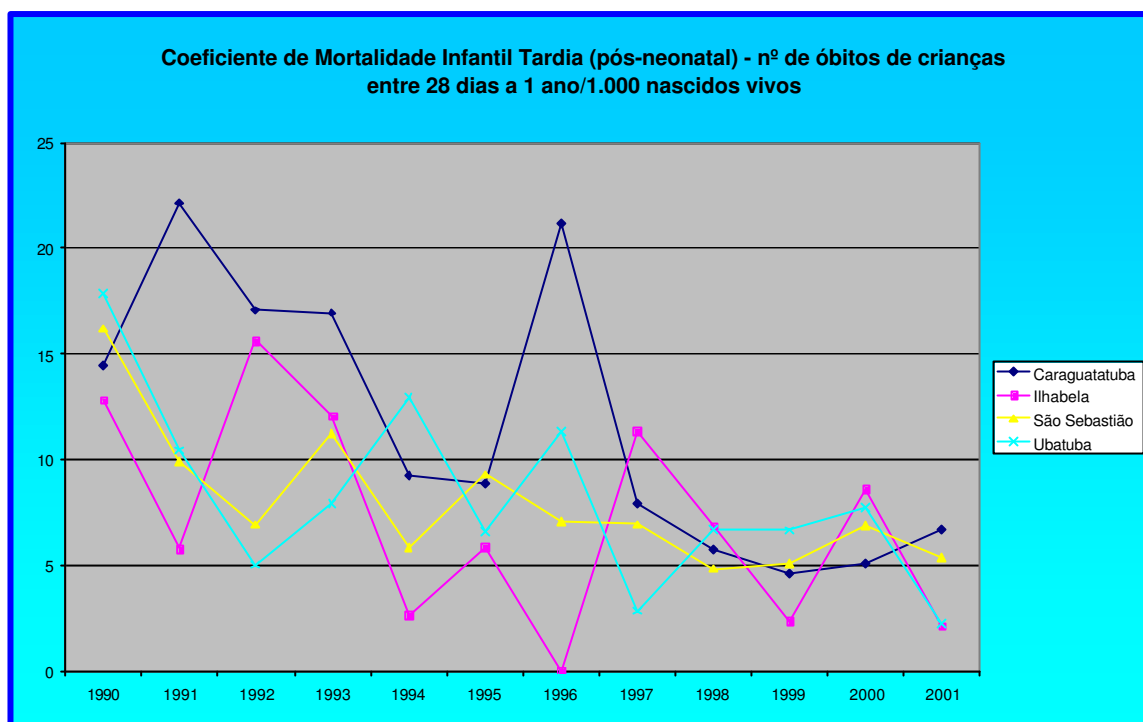
Figura 9 – Evolução dos Coeficientes de Mortalidade Infantil Precoce nos municípios de Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba no período de 1990 a 2001.

Cidades	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Caraguatatuba	14,42	22,15	17,06	16,95	9,23	8,88
Ilhabela	12,82	5,8	15,63	12,08	2,65	5,88
São Sebastião	16,21	9,91	6,92	11,24	5,81	9,29
Ubatuba	17,85	10,43	5,03	7,93	12,94	6,58
	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Caraguatatuba	21,19	7,94	5,74	4,62	5,05	6,7
Ilhabela	0	11,33	6,85	2,37	8,61	2,11
São Sebastião	7,03	6,93	4,83	5,1	6,9	5,38
Ubatuba	11,36	2,84	6,7	6,65	7,7	2,2

Fonte: Núcleo Regional de Saúde de Caraguatatuba

Quadro 8 – Coeficiente de Mortalidade Infantil Tardia (pós-neo-natal) - nº de óbitos de crianças entre 28 dias a 1 ano/1.000 nascidos vivos

Os municípios da região em estudo, de maneira geral, vêm apresentando decréscimo da mortalidade infantil, tanto em relação à mortalidade neonatal como à mortalidade pós-neonatal.



Fonte: Núcleo Regional de Saúde de Caraguatatuba

Figura 10 – Evolução dos Coeficientes de Mortalidade Infantil Tardia nos municípios de Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba no período de 1990 a 2001.

Os municípios de Caraguatatuba, Ubatuba e São Sebastião apresentam porte e estrutura semelhantes. São Sebastião tem condições de oferecer serviços de hemodiálise e radioterapia; Ubatuba, serviços de neurocirurgia, e, apesar das dificuldades e da necessidade de investimentos adequados, têm realizado cirurgias neurológicas que são referência para outros municípios do litoral norte, embora o serviço não seja ainda cadastrado por não atender às exigências em relação aos equipamentos e estrutura de Unidade de Tratamento Intensivo – UTI. Caraguatatuba tem sido o centro de diagnóstico, para os municípios do litoral norte, na realização de tomografia, mamografia e colonoscopia, demonstrando capacidade operacional na área de cirurgia geral.

Dessa forma, neste estudo, pretende-se aprofundar tais aspectos, por entender-se que a microrregionalização pode ocorrer com a articulação entre os municípios, à medida que cada um se especializa em determinado serviço e seja referência para ele mesmo e para a região, não se tratando, portanto, da construção de hospital regional, mas da otimização dos recursos existentes, acrescentando investimentos para implementação e adequação dos serviços existentes.

Nesse contexto, o município de São Sebastião é o único da região que conta com serviços de hemodiálise (alta complexidade), que seria uma possibilidade de negociação para ser referência para os demais municípios da região. Ubatuba tem

seu referencial para a região nos procedimentos cirúrgicos de Neurocirurgia, contando com recursos humanos especializados. Assim, com investimentos em equipamentos e ampliação do espaço físico, mostra-se a tendência de ser referência oficial e adequada nesta especialidade.

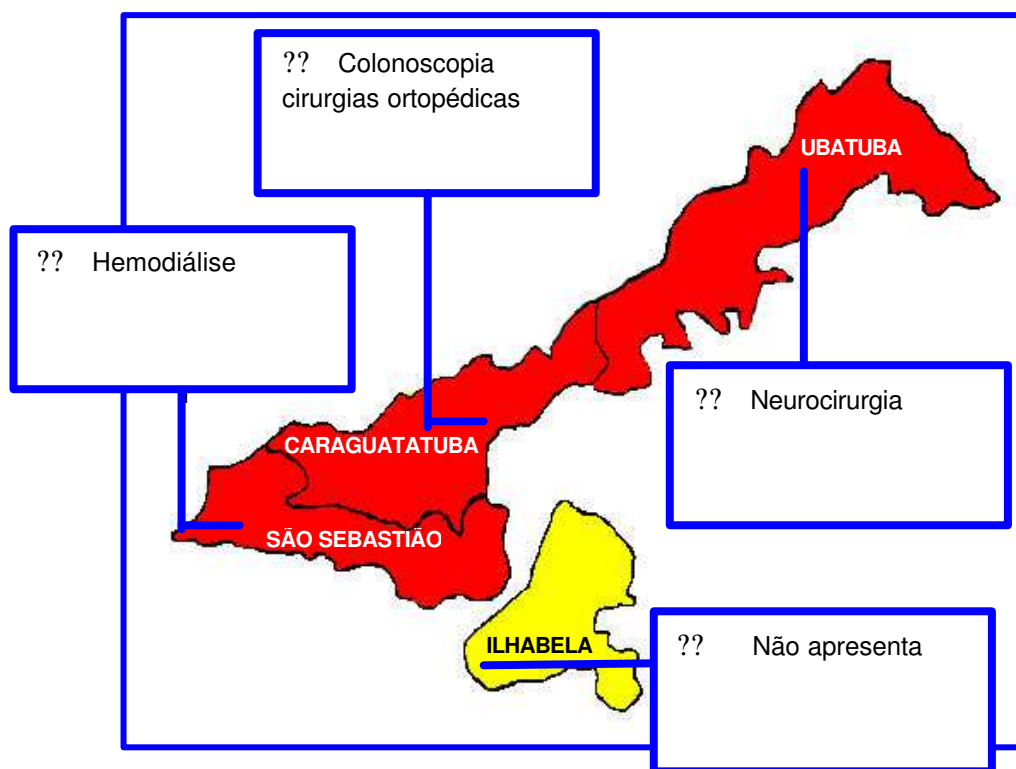


Figura 11 – Mapa dos serviços de média e alta complexidade por município

Existem outros serviços que podem ser pauta de negociação no processo de microrregionalização, mas como o objetivo deste trabalho é a propor a microrregionalização, tendo a organização de uma metodologia como instrumento facilitador, ilustra-se que é possível discutir a maneira de relacionar as ofertas e demandas.

4 METODOLOGIA

Os estudo de caso estão significativamente presentes na área da saúde. Grande parte da literatura médica dedica-se ao estudo de caso, que pode ser definido como uma caracterização abrangente para designar uma diversidade de pesquisas que coletam e registram dados de um caso particular, ou de vários casos, com a finalidade de organizar um relatório ordenado e crítico de uma experiência ou avaliá-la analiticamente (CHIZZOTTI, 2001, p. 102).

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 dois programas de microrregionalização existentes “de fato”, deve facilitar a compreensão da realidade da saúde no Litoral Norte paulista e auxiliar o estudo desta dissertação de mestrado – metodologia e organização, utilizando-se o Planejamento Estratégico Situacional para facilitar a implementação do projeto de Microrregionalização.

O presente trabalho, estudo de caso de Microrregionalização de Saúde no litoral norte paulista, utiliza como método do estudo dois casos de microrregionalização no setor saúde, um no Estado de Alagoas e outro na região de Jundiáí, no Estado de São Paulo. As experiências vivenciadas na trajetória dos processos de microrregionalização e os resultados alcançados dos referidos casos poderão orientar/colaborar no planejamento da microrregionalização, uma vez que a essência dos estudos de caso, ou a tendência central é que eles tentam esclarecer uma decisão ou um conjunto de decisões: por que elas foram tomadas, como foram implementadas e com que resultados.

A escolha dos casos de Alagoas e Jundiáí se deu à medida que o processo de microrregionalização, formal ou informalmente, se coloca sobre a contribuição da hipótese do presente estudo. No caso de Penedo, no Estado de Alagoas, por ter sido considerado uma experiência inovadora de microrregionalização, conforme publicação do Ministério da Saúde das Experiências Inovadoras no SUS – Relatos de Experiências. Já no caso da microrregião de Jundiáí, por sua histórica organização e planejamento dos serviços de saúde como microrregião de fato, e, também, pela localização geográfica e facilidade de acesso do pesquisador. Outro fator importante e decisivo na escolha foi a disposição dos atores locais e dos diretores da Regional de Saúde de Campinas e da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas, em contribuir para com a pesquisa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 87-116).

O resultado obtido com o estudo destes dois casos deve facilitar a metodologia e a organização propostas com a finalidade de orientar a discussão política do projeto de Microrregionalização, voltado ao litoral norte do Estado de São Paulo.

O estudo de caso tem conhecido uma assinalável popularidade em diversas áreas, incluindo pesquisa em administração, e vem sendo uma estratégia comum para o planejamento que, dentre as situações que se coloca, inclui-se, também, como estratégia de pesquisa em administração pública e planejamento regional e municipal, tão necessária para a proposta deste trabalho (YIN, 2001, p. 19-20).

O método apresenta vantagens e desvantagens, tornando o delineamento mais adequado em várias situações. Na área da saúde apresenta-se vantajoso quando se colocam questões “como” e “por que”, analisando fenômenos que são contemporâneos no referido setor, como a microrregionalização, e que se encontram inseridos nos municípios e na vida real das regiões investigadas.

Os princípios que regem o estudo de caso são também determinados pela experiência vivida pelo sujeito e pelo objeto do conhecimento, que são os responsáveis, os diretores e os gestores dos programas existentes. Os resultados do estudo de caso na região litoral norte paulista, se levado ao conhecimento dos gestores responsáveis por essa região, poderão sensibilizá-los no sentido de implementar a microrregionalização.

Entendido como técnica de pesquisa social, o estudo de caso legitima esta nossa unidade investigada – o Litoral Norte Paulista, cuidando para manter juntas as características importantes para o fenômeno microrregionalização que está sendo investigado (GOODE e HATT, 1973).

De acordo com Yin (2001, p.105), a necessidade de se utilizar a estratégia do estudo de caso deve nascer do desejo de entender um fenômeno social complexo, defendido neste trabalho como a microrregionalização do setor saúde e, para se conduzir o estudo, as evidências podem vir de seis fontes distintas. Neste trabalho são utilizados os documentos, os registros em arquivos e as entrevistas.

Dessa forma, são utilizados os documentos oficiais que narram o processo de implementação de microrregionalização da saúde nos casos em estudo (Alagoas e Jundiá), como o Projeto de Implementação de Microrregionalização, Plano Regional de Saúde, estudos ou avaliações formais; atas de reuniões; agendas de saúde; os registros em arquivos referentes a mapas e tabelas, das características geográficas dos locais e dados oriundos de levantamentos, como o censo demográfico e outros a serem coletados, como indicadores de saúde da região, etc. Utiliza-se, também, as entrevistas com os responsáveis ou gestores, considerados sujeitos sociais. O estudo cumpre, segundo Yin, os requisitos de um estudo de caso.

Uma vez que o estudo de caso considera perspectivas alternativas e o engajamento dos sujeitos, demonstrando o máximo de evidências para se alcançar sucesso é necessário que o estudo seja significativo, ainda segundo Yin (2001).

Embora os programas de coleta de dados ainda sejam limitados, os casos de microrregionalização do setor saúde são restritos no Brasil. O estudo pode ser significativo, por tratar de interesse público e nacionalmente importante para o setor saúde.

Delimitada a região litoral norte paulista, que compreende os municípios de Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba, como fronteira e contexto de evidências, a coleta de dados históricos; geográficos, demográficos, sócio-econômicos e de saúde incorporados à coleção de evidências, e considerados os fatores como o tempo, o planejamento e organograma do curso e os recursos despendidos pelo pesquisador, o estudo cumpre, segundo Yin (2001), os requisitos de um estudo de caso.

Há, também, de se considerar que o enfoque qualitativo do estudo de caso propõe liberdade relativa na tarefa de apreender o objeto no emaranhado das inter-relações, que o fenômeno social é acessibilizado pelo método que, aguçando o olhar do pesquisador, permite-lhe aproximar-se da realidade, possibilitando-lhe inserir o fenômeno numa concepção mais geral do mundo (MARTINELLI, 1999, p. 50-51).

Para conduzir a primeira etapa do presente trabalho, que consiste no estudo de caso - Microrregionalização do setor saúde na região litoral norte paulista - conta-se com a metodologia estudo de casos (Alagoas e Jundiaí), pela abordagem qualitativa e adoção das seguintes fontes: pesquisa documental – para a coleta de dados e informações e a pesquisa oral – representada pelo uso das técnicas de entrevista. Para a análise das comunicações escritas e orais utiliza-se a metodologia análise de conteúdo, proposta por Bardin (1977), reunindo-se um *corpus* qualitativo de informações que contribui para a validação da proposta desta pesquisa. Finaliza-se com a proposição da utilização da metodologia do planejamento estratégico situacional para a implementação da Microrregionalização da Saúde no Litoral Norte Paulista.

Segundo Osler (1971), “cada caso tem uma lição, uma lição que pode ser, mas nem sempre é aprendida”.

4.1 TÉCNICAS PARA A COLETA DE DADOS

O projeto de pesquisa conta com duas metodologias para a compreensão da realidade. A primeira refere-se à pesquisa documental, necessária para a reconstrução dos casos das regiões de Jundiaí/SP e de Penedo/AL, para definição de suas trajetórias e identificação dos fenômenos essenciais às respectivas implementações.

A segunda refere-se à entrevista semi-estruturada, com o objetivo de obter informações importantes, trazer à luz as experiências dos gestores, diretores e responsáveis na área da saúde, no processo de microrregionalização dos casos citados.

4.1.1 Pesquisa Documental

Esse tipo de pesquisa tem como vantagem, a “economia de tempo e dinheiro, que permite ao investigador consagrar o essencial de sua energia à análise propriamente dita” (QUIVY & CAMPENHOUDT, 1992, p. 203). Outra vantagem do uso da documentação, como técnica de coleta de dados, é que pode ser revisada inúmeras vezes, contém nomes, referências e detalhes exatos de um evento e também longo espaço de tempo, muitos eventos e muitos ambientes distintos. Quanto às desvantagens, é que pode ser baixa a capacidade de recuperação, o acesso pode ser negado e apresentar visões tendenciosas.

Por documentos entende-se informação sob a forma de textos, imagens, sons, sinais, etc., contida em um suporte material, fixada por técnicas de impressão, gravação, pintura, entre outros. Quaisquer informações orais (diálogo, exposições, aulas, reportagens faladas) tornam-se documentos quando transcritas em suporte material (GIL, 1996, p.159).

As informações documentais são relevantes e podem assumir muitas formas, como neste estudo de caso – região litoral norte paulista, como também nos estudo de casos das regiões colaboradoras à proposta deste trabalho. Nesta pesquisa são analisados os documentos: Plano Municipal de Saúde (Anexo A-1) e Agenda de Saúde do Município de Jundiá (Anexo A2); Plano de Regionalização de Saúde do Estado de Alagoas (Anexo B-1), constantes deste trabalho.

Para Yin (2001, p. 109), os documentos devem ser cuidadosamente utilizados e podem fornecer outros detalhes específicos para corroborar as informações obtidas por outras fontes.

4.1.2 Entrevista

A entrevista, para Yin (2001, p.109), é uma das mais importantes fontes de informações para estudo de caso e podem assumir diversas formas. Gil (1996, p. 106) aborda a entrevista como uma forma de interação social em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação. Muitos pesquisadores valem-se dessa técnica não apenas para coleta de dados, mas também com objetivos voltados para diagnóstico e orientação.

Kahn & Cannell (1962) oferecem a seguinte definição para o que denominam entrevista de pesquisa:

Conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e entrada (pelo entrevistador) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo (KAHN & CANNELL, 1962, p. 52).

A presente pesquisa utiliza a técnica de entrevista (Projeto aprovado pelo Comitê de Ética, processo n.º 304/2003) como instrumento para alcançar os objetivos da proposta, pela possibilidade da fala dos sujeitos investigados (os gestores, os diretores e responsáveis pelos programas), por ser reveladora e transmitir as condições estruturais, sistemas de valores e as normas dos projetos referentes à microrregionalização (MINAYO, 2000, p. 109-110).

Esta pesquisa, por ser qualitativa, tem na entrevista um mecanismo importante para que o pesquisador possa entrar em interação social com os gestores e responsáveis por programas de microrregionalização: 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. Entre os diferentes tipos de entrevista, a semi-estruturada oportuniza ao entrevistado a discorrer sobre o tema proposto, sem respostas, ou condições prefixadas pelo entrevistador, por ser a técnica que permite que os representantes das experiências possam expor com certo grau de liberdade, sua participação como gestores de saúde na trajetória de implantação da microrregionalização na área da saúde. O envolvimento dos responsáveis no projeto será o objeto da entrevista (MINAYO, 2000, p.102-113; CHIZZOTTI, 2001, p. 84).

Após as entrevistas, as dúvidas na interpretação das falas foram eliminadas por contatos telefônicos ou viabilizados por meio de *e-mail*.

4.1.2.1 Pré-Teste do Roteiro da Entrevista

Na busca de validar o instrumento para a coleta de dados da pesquisa oral e melhorar a abrangência do roteiro definitivo da entrevista foi realizado pré-teste na microrregião de Jundiaí, componente da Regional de Saúde de Campinas.

A entrevista foi previamente agendada e confirmada por telefone. O pré-teste foi realizado em 05 de agosto de 2003, entre 11 e 12 horas, na sala de reuniões da sede da Diretoria Regional de Campinas. A pesquisadora e a entrevistada compareceram no horário pré-combinado. A entrevistada representa o nível estadual.

A pesquisadora apresentou-se à entrevistada, discorreu sobre a pesquisa, quanto ao objetivo, explicando os motivos, o porquê da escolha da entrevistada, e a Universidade a qual está vinculada, segundo orientação de Minayo (2000, p. 125).

O Roteiro da Entrevista Pré-teste (Apêndice I) contou com 26 questões agrupadas em: da instituição, processo de microrregionalização, das forças políticas e perfil do respondente.

Quanto ao item da instituição, o roteiro conta com duas questões, referindo-se ao município, ao Estado, à secretaria estadual ou municipal e o tipo de gestão em que a instituição está habilitada junto ao Ministério da Saúde. O segundo grupo trata do tema microrregionalização, com onze questões. Das forças políticas compõe o terceiro grupo, com quatro questões e, por último, o perfil do entrevistado com nove questões.

Avaliou-se, com a aplicação do pré-teste, que as questões são pertinentes, não houve dificuldade no entendimento e o tempo da entrevista foi razoável. A entrevistada sugeriu o acréscimo de uma ou duas questões que abordassem o tema Microrregionalização voltada ao âmbito estadual, o que enriqueceu o novo roteiro, no sentido do objeto desta pesquisa.

Assim, o atual roteiro conta com 29 questões (Apêndice II), e foi incluída no grupo Microrregionalização, a questão:

Qual foi o papel do Estado e participação dos técnicos no processo de implementação da Microrregionalização?

4.2 SUJEITOS DA INVESTIGAÇÃO

A amostragem em pesquisa qualitativa privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que se pretende conhecer. Os sujeitos considerados significativos neste trabalho serão os gestores de saúde, os diretores de regionais de saúde e os responsáveis por programa ou processo de microrregionalização. Serão considerados componentes do objeto de estudo, por terem vivenciado a experiência de participar dos projetos pautados no tema-objeto desta pesquisa (MINAYO, 2000, p. 102-105).

Assim, o critério não é numérico. A escolha, dos atores sociais entrevistados se deu por seu envolvimento com projetos, processos, ou implementação, de fato, de regionalização ou microregionalização dos casos em estudo (MINAYO, 2000, p.102).

Os atores sociais que contribuíram para com a pesquisa, na qualidade de depoentes, caracterizam sua participação no seu tempo histórico devido sua experiência, por deterem conhecimentos sobre o tema em estudo e, também, por estar ocupando ou ter ocupado cargos representativos de um certo número de grupos sociais no setor saúde.

Dessa forma, a representatividade na pesquisa qualitativa é dotada de significados e portadora de estruturas de relevância para os grupos que vivem, pensam e agem num determinado contexto social. A compreensão se dá a partir de um estoque de experiências pessoais e de outros fatores, baseados na experiência e no conhecimento.

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significado e relações que sujeitos concretos criam em ações. Os valores estão presentes no processo de investigação (CHIZZOTTI, 2001, p. 79).

Procura-se compreender a experiência que os respondentes e os depoentes têm e as opiniões e percepções que formam os conceitos que elaboram. Esses conceitos manifestos, e as experiências relatadas, ocupam o centro de referência sobre análises e interpretações na pesquisa qualitativa.

Straus e Corbin (1998 *apud* TADEUCCI, 2002), apresentam significados para a pesquisa qualitativa, diferenciando-a das pesquisas quantitativas, pois acreditam que na pesquisa qualitativa as descobertas não são encontradas por meios estatísticos ou por outros modos de quantificação. Pode se referir à pesquisa sobre a vida do indivíduo, experiências vividas, comportamentos, emoções e sentimentos, assim como sobre funcionamento organizacional, movimentos sociais, fenômenos culturais e interações entre nações.

Uma boa pesquisa qualitativa pode ter como resultado “o despertar de uma compreensão”. Para Berthoud, pensar qualitativamente significa utilizar como instrumento de análise as palavras e suas representações, buscar a consistência, a aplicabilidade e a transferência dos resultados obtidos. “É se preocupar com conteúdo e contexto, com subjetividade de pesquisador e pesquisado e, acima de tudo, ousar” (TEMPLETON, 1994, p.16; BERTHOUD, 1999 *apud* TADEUCCI, 2002).

4.3 ANÁLISE DE CONTEÚDO

Para a análise dos documentos citados como das entrevistas, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, uma das formas que melhor se adequa à investigação qualitativa (BARDIN, 1977).

O tema, para a autora, é a "unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura" (p. 105). Seguindo as orientações metodológicas preconizadas, esta técnica apresenta três etapas : "pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados obtidos e interpretação" (p. 95). Após leitura exaustiva e repetida dos textos, e considerando os objetivos do estudo, aqui representados pelos processos de regionalização - microrregionalização e as questões apontadas, foi ordenado e classificado o conteúdo do texto final que constituiu os dados de análise, emergindo vários temas que, após análise cuidadosa, resultou no elenco final da investigação (BARDIN, 1977).

Na etapa pré-análise, reuniu-se o material disponível, fazendo-se uma organização e escolha dos que mais se encaixam ao objetivo deste estudo. Após o conhecimento das impressões e orientações manifestas de diversos materiais e a leitura flutuante dos mesmos, escolheu-se os documentos citados acima, anexados a este trabalho, pela pertinência do conteúdo aos objetivos do estudo. A partir daí foram elaboradas as diretrizes norteadoras da pesquisa e a preparação dos documentos, de modo a facilitar a exploração e a análise.

A exploração do material é a fase marcada pelo momento da preparação dos dados brutos para a codificação, enumeração e classificação dos documentos escolhidos na pré-análise. Para Bardin (1977, p. 103), a codificação corresponde a uma transformação, efetuada segundo regras precisas, dos dados brutos do texto. Transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto, ou seja, será o momento da escolha das unidades; regras de contagem e categoria.

Este trabalho, na fase tratamento dos dados, utilizou-se da configuração de um quadro sinóptico, ou seja, um quadro matricial que conta com três colunas: material analisado, autor/instituição e inferência identificada. Trata-se de um instrumento facilitador para o tratamento dos dados.

Em seguida foi construída a grelha de análise, registrando-se separadamente cada documento a partir da sua identificação enquanto unidade de registro, relacionando-a com as diferentes análises estabelecidas. No fundo, trata-se de uma enumeração das características fundamentais e pertinentes que foram encontradas no texto. Este instrumento foi escolhido por permitir maior segurança ao pesquisador, maior confiabilidade na análise e melhor aproveitamento do tempo, na interpretação e validação dos dados, que, mediante o objetivo do trabalho, propicia/facilita a proposta de microrregionalização no litoral norte paulista e a sugestão do planejamento estratégico para a implementação do programa (BARDIN, 1977, p. 34; 45).

A inferência permite dar uma significação fundamentada às características de regionalização e microrregionalização encontradas nos documentos supra citados e permite, também, interpretar os resultados, buscando dar ciência àquilo que está por trás das palavras, levando em consideração as condições pelas quais foram produzidos os referidos documentos, o que exige um esforço de conhecimento do pesquisador (BARDIN, 1977, p. 38).

A técnica análise de conteúdo, atualmente compreendida mais como um conjunto de técnicas, surgiu nos Estados Unidos no início do século XX. Seus primeiros experimentos estavam voltados para a comunicação de massa. Até os anos 1950 predominava o aspecto quantitativo da técnica que se traduzia, em geral, pela contagem da frequência da aparição de características nos conteúdos das mensagens veiculadas.

De acordo com Bardin, a análise de conteúdo pode ser definida como:

um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimento relativo às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1977).

Em conformidade com Minayo (2000), pode-se optar por vários tipos de unidade de registro para analisar o conteúdo de uma mensagem. Essas unidades se referem aos elementos obtidos pela decomposição do conjunto da mensagem. Permite-se utilizar a palavra como uma unidade, trabalhando com todas as palavras ou com apenas algumas, que são destacadas de acordo com o objetivo do estudo.

Uma outra unidade de registro é o tema, que se refere a uma unidade maior em torno da qual tira-se uma conclusão. Esse tipo de unidade é uma das modalidades mais utilizadas por aqueles que empregam a análise de conteúdo.

Este trabalho utiliza a análise temática como técnica de análise de conteúdo, que tem como noção de tema a Microrregionalização da Saúde. Assim, foram construídas as grelhas de análise e através desse método os elementos dos textos das entrevistas são classificados em categorias.

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 realizam os estudo de casos.

5 RESULTADOS

A apresentação dos resultados do diagnóstico desta dissertação traz os dados provenientes da pesquisa documental junto às seguintes instituições: Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas, Diretoria Regional de Campinas - DIR 12, Secretaria Municipal de Saúde de Jundiaí; das entrevistas realizadas junto aos gestores de saúde dos municípios das microrregiões de saúde de Jundiaí/SP e Penedo/AL e, também, dos diretores da Secretaria de Estado de Saúde de Alagoas e diretores da Regional de Saúde de Campinas.

O objetivo foi reunir um *corpus* qualitativo de informações baseado nos documentos oficiais que tratam do processo de regionalização dos dois casos - Jundiaí/SP e Penedo/AL - das experiências vivenciadas pelos gestores e diretores de saúde na trajetória do processo de microrregionalização com o intuito de orientar/colaborar para uma proposta metodológica de planejamento para organização estratégica dos serviços de média e alta complexidade no litoral norte paulista.

Esta fase se faz necessária como reconstrução histórica dos dois processos de microrregionalização para, num segundo momento, partir desse diagnóstico e propor a organização de uma metodologia embasada no Planejamento Estratégico Situacional para o planejamento da microrregionalização do setor saúde no litoral norte paulista.

5.1 RESULTADOS DA ANÁLISE DOS DOCUMENTOS OFICIAIS

Foram analisados documentos Regionalização das Ações de Saúde do Estado de Alagoas; Plano Diretor, Plano Diretor de Regionalização do Estado de São Paulo e os itens do Plano Municipal de Jundiaí/SP referentes à Reorientação do Modelo Assistencial, Referência Regional, Avaliação e Controle e Melhoria da Gestão, do Acesso e Qualidade das Ações e Serviços de Saúde, conforme orienta a metodologia da análise de conteúdo, e, após a leitura sistemática emergiram cinco categorias principais evidenciadas nos documentos que apresentam diversas subcategorias: Planejamento da regionalização (modelo regionalizado das ações, módulos assistenciais, microrregiões, composição da microrregião, pólo); Programação Pactuada Integrada (identificar potencial de oferta de procedimentos de acordo com o nível de referência, definição dos grupos ou procedimentos em cada município); Política e Gestão (cadastramento dos estabelecimentos de saúde, tipo de gestão de cada município, comissão intergestora); Equidade de acesso (PPI e regulação, interfaces da regulação na regionalização e o planejamento, controle e avaliação, acessibilidade); Investimentos (planejamento de investimentos), conforme exposto no Quadro 9:

Categoria 1: Planejamento da regionalização	Categoria 2: Programação Pactuada Integrada	Categoria 3: Política e Gestão	Categoria 4: Equidade de acesso	Categoria 5: Investimentos
Subcategorias	Subcategorias	Subcategorias	Subcategorias	Subcategorias
1.1. Modelo regionalizado das ações 1.2. Módulos assistenciais 1.3. Microrregiões 1.4. Composição da microrregião 1.5. Pólo	2.1. Identificar potencial de oferta de procedimentos de acordo com o nível de referência 2.2. Definição dos grupos ou procedimentos em cada município	3.1. Cadastramento dos estabelecimentos de saúde 3.2. Tipo de gestão de cada município 3.3. Comissão intergestora	4.1. PPI e Regulação 4.2. Interfaces da regulação na regionalização e o planejamento, controle e avaliação 4.3. Acessibilidade	5.1. Planejamento de Investimentos

Quadro 9 – Categorias e Subcategorias dos Documentos

A primeira categoria, **Planejamento da Regionalização** (Quadro 10), foi subdividida em quatro subcategorias: modelo regionalizado, módulos assistenciais, composição das microrregiões e município-pólo:

CATEGORIA 1:	SUBCATEGORIAS:
1 Planejamento da regionalização	1.1 Modelo regionalizado das ações
	1.2 Módulos assistenciais
	1.3 Composição da microrregião
	1.4 Município-pólo

Quadro 10 – Planejamento da Regionalização e Subcategorias

Nos documentos estaduais em análise (Plano Diretor de Regionalização do Estado de São Paulo e Plano Diretor de Regionalização do Estado de Alagoas), havia um traço em comum: cumprimento da Norma Operacional de Assistência à Saúde.

Os documentos em análise sugerem o planejamento da regionalização, como um instrumento de ordenamento da assistência à saúde, que estabelece prioridades de intervenção, para atender às necessidades de saúde da população e garantir o acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção, num processo permanente de aperfeiçoamento da assistência à saúde.

Na microrregião de Jundiá, quanto à subcategoria **modelo regionalizado das ações** (subcategoria 1.1), o processo de microrregionalização se deu de maneira ascendente e natural, dada a oferta e demanda dos serviços de saúde, iniciativa dos gestores locais, localização geográfica, facilidade de transportes e desenvolvimento sócio-econômico da região.

A microrregião de Jundiaí abriga uma população de 687.240 habitantes, densidade demográfica de 385,20 hab/km² e está inserida na Região de Campinas – DIR 12, que conta com 42 (quarenta e dois municípios) e quatro microrregiões (Jundiaí, Bragança Paulista, Campinas e Amparo), somando uma população de 3.464.830 habitantes, numa área de 9.036,17 km² e uma densidade demográfica de 383,44 hab/km². O Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS da região é 1, trata-se de região com alto desenvolvimento econômico e social (IBGE, 2000).

Em 1998 já se tinha notícia de que o município de Jundiaí contava com documento Manual de Referência e Contra-Referência, que tratava de um Sistema de referência e contra-referência e protocolo básico de encaminhamentos para especialidades, que se discutia com os profissionais das especialidades e da rede básica e que vinha se organizando em relação à ampliação do acesso e negociação entre os municípios.

O Plano Municipal de Jundiaí conta com um item, denominado **Referência Regional**, que aborda a referência da população do município, quais os serviços de referência para cada município da microrregião, demonstrando preocupação e organização entre os municípios dessa área. O documento trata, também, dos atendimentos realizados em Jundiaí a pacientes de outros municípios, tais como, Cajamar, Francisco Morato, Franco da Rocha e Caieiras.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, manifesta nos documentos preocupação quanto às dificuldades dos gestores municipais em mudarem a realidade de saúde local, o não estabelecimento de uma rede adequada de referência e contra-referência intermunicipal e a falta de fluxos pactuados com serviços regulares e especializados, o que afunila em dificuldades no acesso. As NOAS 01/01 e NOAS 01/02, e outros mecanismos de acompanhamento da regulação e hierarquização, fazem em parte, o novo papel do Estado e salientam a ótica do planejamento integrado.

A microrregião de Jundiaí, anteriormente a NOAS, por iniciativa local, vem evoluindo no processo de planejamento e organização quanto à regionalização e transposição das tantas dificuldades ao acesso.

Em relação ao processo de regionalização o **Estado de Alagoas**, localizado na região Nordeste do país, segundo documento oficial da Secretaria de Estado da Saúde “Plano Diretor de Regionalização das Ações de Saúde”, na década de 1980, já se destacava no cenário nacional como **modelo de regionalização**. Em junho de 1999 sediou um Seminário Internacional sobre Microrregionalização da Saúde e, em julho deste mesmo ano, deu início a estudos e análises em conduzir o processo de implantação de sistemas microrregionais de serviços de saúde. Com a participação do

Colegiado de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS, foram agrupados os municípios do Estado em doze Microrregiões de Saúde, utilizando como critérios, entre outros, o perfil epidemiológico, fluxos de pacientes, relação econômica entre municípios e acesso viário.

Assim, Alagoas vem discutindo a descentralização da saúde desde 1999, a partir da organização do território estadual em microrregiões. Com a aprovação da NOAS 01/2001, pela Portaria Ministerial GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001, os municípios do Estado foram reavaliados segundo distribuição geográfica por microrregião, em função da elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), e realizadas algumas alterações, bem como o acréscimo de uma microrregião.

Os documentos analisados, tanto o Plano Diretor quanto o Projeto Piloto de Implementação de Microrregionalização, apresentam o histórico do processo de regionalização, a caracterização do Estado e da microrregião em análise, que é a 4ª microrregião – Penedo, inserida na 2ª região.

Observa-se forte papel da Secretaria de Estado da Saúde na condução do processo de regionalização e implementação dos sistemas microrregionais em Alagoas.

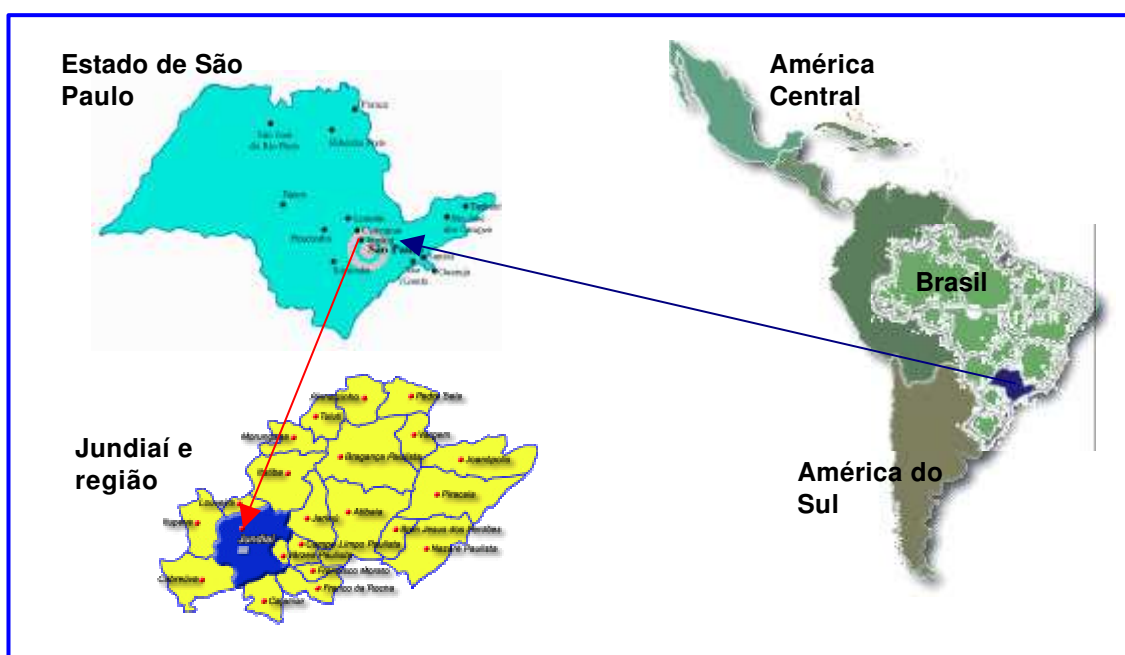
Na microrregião de **Jundiaí**, segundo os documentos analisados, os municípios foram organizados em **módulos assistenciais e microrregiões** (subcategoria 1.2), cada qual ofertando serviços com determinado nível de complexidade, buscando organizar a assistência de forma a facilitar o acesso. O Estado de São Paulo foi organizado em 24 regiões e 64 microrregiões. Oito dos nove municípios da microrregião de Jundiaí são módulos assistenciais para si próprios, Jundiaí é município-pólo da microrregião e Campinas é município-pólo da região.

O Plano Diretor de Regionalização, PDR – do Estado de São Paulo, traz o critério utilizado para a identificação dos municípios aptos a Municípios-sede de módulo assistencial. Considerou-se o potencial de oferta de serviços de Atenção Básica Ampliada, o potencial de oferta de procedimentos mínimos de média complexidade e a realização de internações hospitalares.

Em **Alagoas**, os documentos apontam que as proposições de módulos e sede dos **módulos assistenciais** foram feitas a partir da análise dos dados obtidos no levantamento da produção, por procedimento segundo os anexos 2 e 3 da NOAS 01/01, e, também, pela identificação da internação nas clínicas básicas, além do potencial de oferta de procedimentos mínimos da média complexidade. Outro critério adotado refere-se aos municípios de pequeno porte que se encontravam em Gestão Plena do Sistema de Saúde pela NOB 01/96, e que foram apontados como sede de

módulo. E, novamente, observa-se o papel do Estado no sentido de colaborar na preparação técnica desses municípios.

A microrregião de Jundiaí (Figura 12), no tocante à subcategoria 1.3, **composição da microrregião**, conta com nove municípios: Jundiaí, Jarinu, Itatiba, Itupeva, Morungaba e Cabreúva, habilitados na Gestão Plena do Sistema de Saúde; e os municípios de Várzea Paulista, Campo Limpo Paulista e Louveira, incluídos na Gestão Plena Básica do Sistema de Saúde.



Fonte: Adaptado de <http://www.jundiai.com.br/ComoChegar.asp>, acesso em 25/03/2004.; <http://ajaf.tripod.com.br/mapas.htm>, Acesso em 25/03/2004

Figura12 – Mapa da Localização da Microrregião de Jundiaí

A localização geográfica da região, próxima a dois grandes centros econômicos (Campinas - São Paulo), do entroncamento viário Anhanguera-Bandeirantes e proximidade da Rodovia Dom Pedro II, contribue para o crescente desenvolvimento, industrial, comercial e de serviços. Apresenta clima predominantemente tropical-frio, com temperatura média anual ao redor de 20°C.

A 4ª microrregião – **Penedo/AL** (Figura 13) é formada por cinco municípios: Penedo, Igreja Nova, Piaçabuçu, Porto Real do Colégio e São Brás, sendo Penedo o município-sede. Essa microrregião, aprovada na Bipartite como “Micro piloto”, possui uma população de 120.934 habitantes (IBGE, 2000) e localiza-se no centro sul de Alagoas, às margens do Rio São Francisco que banha todos os municípios dessa microrregião.



Fonte: Adaptado do Plano Diretor de Regionalização do Estado de Alagoas, 2002 e do site: www.brazilcenter.co.kr/mapa/alagoas.htm. Acesso em 24/04/2004.

Figura 13 – Mapa da Microrregião de Penedo/AL – 4ª microrregião (em destaque)

Nessa região são desenvolvidas atividades agropecuárias - a cultura de cana-de-açúcar e arroz e criação de bois, carneiros e porcos. Como atividades industriais, há destilaria de álcool, usina de açúcar e fábricas de macarrão e sucos. O comércio é formado por lojas de varejo e atacado.

Os municípios do Estado de Alagoas são considerados carentes, com o Índice de Desenvolvimento Humano em 0,538, em 1996, quando a média do Brasil era 0,830.

A organização da atenção básica dessa região está voltada à estratégia PSF apresentava uma cobertura populacional, em 2002, que variava entre 80,44 a 100%.

Na análise da subcategoria **município-pólo** (subcategoria 1.4) observa-se que **Jundiaí**, como **município-pólo** da microrregião, sedia a referência: dos procedimentos de Média Complexidade II: todos os grupos; dos de Média Complexidade III: todos os grupos e dos de Alta Complexidade Ambulatorial: tomografia computadorizada, radio/quimioterapia, TRS (Terapia Renal Substitutiva); Internações Hospitalares e UTI adulto, pediátrica e neonatal.

Em relação a **Alagoas**, o documento Plano Diretor de Regionalização aponta como **município-pólo** da 4ª microrregião Maceió – capital do Estado, também considerado pólo estadual. O desenho do Plano Diretor de Regionalização desse Estado foi estruturado em duas macrorregiões, que concentram serviços de referência de média complexidade (nível 2 e 3), e de alta complexidade. Assim, as microrregiões referenciam às regiões e às macrorregiões.

A segunda categoria, identificada nos documentos **Programação Pactuada Integrada** (Quadro 11), em geral é vista como um documento que explicita a quantidade de procedimentos ambulatoriais e hospitalares e respectivas necessidades de recursos de cada município, para atender sua população própria e a população referenciada de outros municípios, quando este for referência.

Nesta análise, esta categoria foi subdividida em duas subcategorias: identificação do potencial de oferta de procedimentos de acordo com o nível de referência e definição dos grupos e procedimentos em cada município.

CATEGORIA 2:	SUBCATEGORIAS:
2. Programação Pactuada Integrada	2.1 Identificação do potencial de oferta de procedimentos de acordo com o nível de referência
	2.2 Definição dos grupos ou procedimentos em cada município

Quadro 11 – Programação Pactuada Integrada e Subcategorias

No Estado de São Paulo, a partir de 1998, com a implantação da NOB 01/96, discute-se formas de operacionalização da **Programação Pactuada Integrada – PPI**. Representantes da Secretaria Estadual de Saúde – SES e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS/SP, traçaram as principais diretrizes para a execução da PPI do Estado, tendo como princípio norteador a regionalização, no sentido de propiciar melhoria do acesso à população e maior equidade.

No caso de Jundiaí, a regional de Campinas foi projeto piloto no tema PPI na estratégia de implementação da NOAS no Estado de São Paulo. Segundo o

documento municipal de Jundiaí, em análise, o processo de discussão da Programação Pactuada Integrada – PPI, foi reconstruindo nova pactuação das referências entre os gestores, contemplando a assistência à saúde em todos os níveis. De acordo com o documento em questão “espera-se como resultado a reorganização do sistema de referências entre os municípios e os serviços regionais ou terciários sob gestão estadual, com um compromisso maior de todos” (NOAS 01/2002).

Em Alagoas, a retomada do processo de descentralização e regionalização foi procedida da elaboração da PPI e estudos sobre a NOAS. Em junho de 2001 a CIB apreciou e aprovou a PPI e, definiram-se novos tetos financeiros do Estado e dos municípios (PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO DE ALAGOAS, 2002, p. 9).

A PPI/AL do ano de 2000, conforme o documento do Estado de Alagoas em análise: “serviu de subsídio para o levantamento das referências ambulatoriais e hospitalares que orientaram a conformação dos módulos assistenciais, municípios-sede de região, municípios-pólo de macrorregião e municípios caracterizados como pólos concentradores na PPI (Maceió e Arapiraca)” (PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO DE ALAGOAS, 2002, p. 21).

Quanto à subcategoria 2.1, **identificar potencial de oferta de procedimentos de acordo com o nível de referência**, no caso de **Jundiaí**, o documento estadual aponta como princípios ordenadores o planejamento, a programação e a pactuação, buscando a necessidade da população e não a lógica de prestação de serviços.

Dessa forma, foram utilizados parâmetros físicos de acordo com a necessidade da população e parâmetros financeiros com base em série histórica, dando a dimensão da capacidade de oferta, assim como do limite financeiro existente.

A regional de Campinas foi escolhida como projeto piloto para a implementação da NOAS no Estado de São Paulo, na área da PPI. A partir do projeto piloto foi desencadeado o trabalho junto às demais regionais do Estado e iniciou-se o cadastramento de estabelecimentos de saúde, sob a coordenação da Vigilância Sanitária.

Na microrregião de Jundiaí, já constava do Plano Municipal de 2000, os serviços que os demais municípios da microrregião realizam e em quais serviços o município de Jundiaí é referência. Nota-se que, embora não pactuado formalmente, na prática existe uma organização e fluxo de atendimento segundo critérios de oferta e demanda entre os municípios dessa região.

No Estado de **Alagoas**, em relação a essa subcategoria, a situação dos municípios, segundo a oferta dos procedimentos considerados na NOAS como elenco de Procedimentos Básicos Ampliados e do Elenco de Procedimentos da Média

Complexidade, foi sistematizada em planilhas por microrregião de saúde e foram apontados por município a oferta de procedimentos da atenção básica, da média e da alta complexidade. A PPI relativa a 2000 serviu de subsídio para o levantamento das referências ambulatoriais e hospitalares e a identificação dos municípios-sede de região e municípios-pólo de macrorregião.

O documento aponta como tarefa do Estado a reformulação da PPI após a conclusão do PDR, para readequar a pactuação anterior e garantir as referências dentro dos módulos assistenciais, demonstrando o forte papel do Estado no processo de microrregionalização.

Na apresentação do PDR e do Projeto Piloto de Penedo, em seminários de sensibilização, os técnicos observaram um problema-chave levantado pelos participantes, a não garantia da referência acordada entre os gestores na Programação Pactuada Integrada – PPI, o que gerou descontentamento entre os gestores municipais e, ao secretário de saúde do município de Penedo (sede da microrregião), por não haver os procedimentos da média complexidade nível 1 nessa cidade.

A PPI traz à tona a necessidade de negociação na pactuação entre os municípios.

Observa-se que é através da Secretaria de Estado da Saúde que estão organizadas as referências, e um aspecto relevante, é que conta com referência interestadual de serviços especializados/procedimentos em outros Estados, atendimentos tais como: cirurgia do coração em São Paulo; infectologia (HIV reaplicação de carga viral PCR) em São Paulo; nefrologia em Recife; reabilitação especializada, em Brasília ou Salvador; pneumologia (transplante de pulmão) em Porto Alegre; entre outros. Nota-se a necessidade de se percorrer longas distâncias para tratamentos mais especializados.

Quanto à subcategoria 2.2, **definição dos grupos ou procedimentos em cada município**, no **Estado de São Paulo**, segundo o documento Estadual em análise, partiu-se das recomendações da NOAS e utilizou-se a estratégia de levantamento da produção dos serviços de saúde por procedimento, com o objetivo de identificar condições dos municípios para assumir as ações de atenção básica à saúde e condições para habilitação a municípios-sede realizando os procedimentos mínimos de média complexidade e internações nas clínicas básicas.

No Estado de **Alagoas** foi realizado levantamento e análise de dados dos relatórios do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/DATASUS), entre outros relatórios. A análise ressalta a baixa realização de procedimentos de atenção básica e de média complexidade simples, (elenco de procedimentos denominados pela NOAS

como atenção básica ampliada e de média complexidade 1), o que dificultou a identificação imediata de municípios sede de módulo e o processo de microrregionalização.

A terceira categoria, **Política e Gestão** (Quadro 12), apresenta as subcategorias: cadastro dos estabelecimentos de saúde, tipo de gestão de cada município, comissão intergestora, controle regulação e avaliação e desenvolvimento de recursos humanos, conforme quadro a seguir.

CATEGORIA 3:	SUBCATEGORIAS:
3. Política e Gestão de Saúde	3.1 Cadastro dos Estabelecimentos
	3.2 Tipo de Gestão de cada município
	3.3 Comissão Intergestora
	3.4 Controle, Regulação e Avaliação
	3.5 Desenvolvimento de Recursos Humanos

Quadro 12 – Política e Gestão e Subcategorias

No Estado de São Paulo, segundo documentos oficiais, o gestor estadual de saúde, “vem buscando o fortalecimento do Sistema no Estado, através do nível central e regional, promovendo eqüidade entre as regiões de saúde e municípios [...] articulando e gerenciando políticas e ações de saúde no âmbito do Estado” (PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2002, p. 14).

A Secretaria de Estado da Saúde está organizada administrativamente em duas Coordenações, uma para o Interior e outra para a Grande São Paulo, e 24 Diretorias Regionais de Saúde, sendo cinco na Grande São Paulo e dezenove no Interior do Estado.

O Estado conta com 645 municípios e uma população que ultrapassa 37 milhões de habitantes com densidade demográfica de 148,96 habitantes por km². Dos 645 municípios, 161 encontram-se em Gestão Plena do Sistema de Saúde, 482 habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica e dois não estão habilitados sob nenhuma gestão.

A estratégia adotada para subsidiar o processo de implantação da NOAS foi a realização de projeto-piloto em três regionais de saúde: Campinas, São José dos Campos e Santo André. A área escolhida para São José dos Campos foi a metodologia dos indicadores de saúde, para Santo André o estudo da regionalização e para Campinas a PPI.

No Estado de Alagoas, segundo os documentos analisados, o planejamento compartilhado da gestão estadual preocupou-se em estabelecer o Plano de Desenvolvimento Sustentável, baseado na criação de regiões administrativas e de planejamento. A proposta de microrregionalização dos serviços de saúde foi considerada compatível com o Programa de Governo de Alagoas. Além disso, a organização proposta pela área da saúde estimula uma cooperação intermunicipal e dos municípios com o Governo do Estado, através da Secretaria de Estado da Saúde.

Dessa forma, o documento Plano Diretor de Regionalização, no desenho da regionalização de Alagoas, contempla treze microrregiões, cinco regiões e duas macrorregiões.

O referido documento aborda a política e a gestão das ações de saúde de média e de alta complexidade no Estado de Alagoas, e demonstra que as diretrizes da política de média complexidade devem ser discutidas e traçadas pelos gestores federais, estaduais e municipais. Quanto à gestão da política de alta complexidade, o documento traz que é responsabilidade do Estado e, assim, lista as atribuições intransferíveis do gestor estadual e as responsabilidades dos municípios em gestão plena do sistema municipal que ofertarem serviços de alta complexidade em seu território.

Referente à subcategoria 3.1, **cadastramento dos estabelecimentos de saúde**, na região de **Jundiaí**, os documentos apresentam oferta de serviços com cadastramento dos estabelecimentos de saúde e procedimentos que cada município realiza nessa microrregião. É considerado instrumento importante para identificar recursos existentes e aperfeiçoamento de gestão.

Em relação a **Penedo**, o documento demonstra existência do cadastro dos estabelecimentos de serviços de saúde nos municípios e compara com os serviços realizados, analisando as distorções.

Quanto aos municípios da microrregião de **Jundiaí**, em relação à subcategoria 3.2, **tipo de gestão de cada município**, encontram-se em Gestão Plena do Sistema de Saúde, conforme NOB 96: Jundiaí, Itupeva, Itatiba, Jarinu, Morungaba e Cabreúva. Na Gestão Plena da Atenção Básica: Cachoeira Paulista, Louveira e Campo Limpo Paulista.

Ao tratar da subcategoria 3.2, **tipo de gestão de cada município**, informa-se que os municípios componentes da 4ª Microrregião de Saúde do Estado de **Alagoas** são Penedo, em Gestão Plena do Sistema Municipal, e os municípios de Piaçabuçu, Igreja Nova, São Braz e Porto Real do Colégio, que estão habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica.

Quanto à subcategoria 3.3, **comissão intergestora**, os municípios da microrregião de **Jundiaí** fazem parte da região de Campinas, que totaliza 42 municípios. A microrregião de Jundiaí demonstra ter relação intergestora presente, por apresentar iniciativas locais.

Em **Penedo**, quanto à subcategoria 3.3, observa-se forte influência estatal na condução e presidência dessa instância.

A subcategoria 3.4, **controle, regulação e avaliação**, no Estado de São Paulo, onde a região de **Jundiaí** está inserida, é tema abordado no documento estadual analisado, como: “as funções de controle, regulação e avaliação devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde, tendo em vista sua importância para a revisão de prioridades e diretrizes, contribuindo para o alcance de melhores resultados em termos de saúde da população” (PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2002, p. 89).

A estruturação e operacionalização do órgão de controle, avaliação e auditoria, como integrante do componente do Sistema Nacional de Auditoria, foi exigência feita a todos os municípios que se habilitaram na Gestão Plena do Sistema de Saúde segundo a NOB 01/96. O documento municipal - Plano de Saúde do Município de Jundiaí - traz que é função do componente municipal definir instrumentos para a realização das atividades, consolidar informações, analisar os resultados obtidos, propor medidas corretivas. O documento aponta, também, a política do município de Jundiaí em priorizar a atuação da Vigilância Sanitária, em prol da melhoria na qualidade de produtos e prestação de serviços de interesse à saúde, disponibilizados à comunidade.

No caso de **Alagoas**, quanto a essa subcategoria, a Secretaria de Estado assessora os municípios na elaboração, implementação e operacionalização dos complexos reguladores. A Secretaria de Estado da Saúde, por intermédio do Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria, “dá cumprimento às responsabilidades inerentes a este nível de gestão” e realiza atividades de cooperação técnica aos municípios, capacitação das equipes, controle das referências e contra-referências pactuadas na PPI, avaliação da qualidade dos serviços ofertados, etc. Percebe-se presença marcante do Estado na estruturação do componente de auditoria, controle e avaliação nos municípios e tem-se ciência das dificuldades existentes na contratação de técnicos especializados em locais distantes (PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO DE ALAGOAS, 2002, p. 36).

Em relação à subcategoria 3.5, **desenvolvimento de recursos humanos**, no caso **Jundiaí** é entendido como essencial, já que é por meio da qualificação e motivação dos recursos humanos que será garantido o novo papel institucional das

secretarias de saúde. Foi proposta a capacitação com relação aos aspectos mais gerais, relativos à política e gestão do SUS, como as questões de treinamentos técnicos específicos.

Em **Alagoas**, no caso **Penedo**, nota-se presença marcante do Estado na cooperação técnica aos municípios e na capacitação. No desenvolvimento do processo de microrregionalização foi realizado o Seminário Estadual sobre Microrregionalização com a participação de técnicos da Secretaria de Estado da Saúde e com assessoria de profissionais da Universidade de Campinas/SP e da Escola de Saúde Pública do Ceará. Definiu-se a realização do primeiro curso introdutório de sistemas microrregionais em oito seminários e foi promovido o curso de 20 horas aos coordenadores e facilitadores dos seminários temáticos.

A quarta categoria, **Eqüidade de Acesso** (Quadro 13), nesta análise apresenta as subcategorias: interfaces da regulação na regionalização e acessibilidade:

CATEGORIA 4:	SUBCATEGORIAS:
4. Eqüidade de Acesso	4.1 Interfaces da regulação na regionalização
	4.2 Acessibilidade

Quadro 13 – Eqüidade de Acesso e Subcategorias

Tratando-se da subcategoria 4.1, **interfaces da regulação na regionalização**, segundo o documento Plano Diretor de Regionalização, o **Estado de São Paulo** institui o processo regulatório num aspecto mais amplo, ou seja, no fortalecimento da capacidade de gestão de intervir sobre o acesso dos cidadãos à assistência mais necessária de forma dinâmica, ordenada e equânime. Trata, ainda, que a regulação pressupõe organização de oferta de ações e serviços de saúde, adequando-os às necessidades a partir de um planejamento ascendente. Na prática, a regulação da assistência se traduz em centrais (centrais de vagas), que, segundo o documento, terão abrangência, distrital, municipal, microrregional, macrorregional e estadual, de acordo com o grau de complexidade da assistência que se deseja regular.

Jundiáí, município-pólo da microrregião, contempla a criação de mecanismos de regulação entre os principais deveres e prerrogativas da Secretaria de Saúde para os atendimentos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, garantia ao parto e à gestante de alto risco, entre outros. Manifesta a necessidade da efetiva implantação do Sistema Municipal de Regulação, com gradativa incorporação de procedimentos a serem regulados e a preocupação de um sistema eficiente de comunicação e informação de todos os serviços.

Em Alagoas, o documento estatal exprime que a regulação tem como referência atual o Plano Diretor de Regionalização e aponta como deve ser exercida em todos os níveis de referência, na busca por equidade de acesso, respeitando-se a PPI. A regulação apresenta-se dividida em assistência ambulatorial e assistência hospitalar. A assistência ambulatorial estabelece mecanismos, tais como os contratos firmados entre Secretaria de Estado, Secretarias Municipais de Saúde e prestadores de serviços, constando os serviços a serem contratados e ofertados; agendamento por telefone, por meio das Secretarias de Saúde, diretamente aos serviços de referência, entre outros. A regulação hospitalar segue a lógica da hierarquização dos níveis de referência intermediários, contemplando a relação entre os municípios componentes dos módulos assistenciais das microrregiões, regiões e macrorregiões, com o objetivo de tornar os serviços mais acessíveis ao usuário.

Na subcategoria 4.2, **acessibilidade**, no caso **Jundiaí**, o documento estatal deixa evidente que a falta de uma rede de referência e contra-referência intermunicipais, e ainda a falta de fluxos pactuados com os serviços regionais especializados, dificultam o acesso da população. Entende-se que o estabelecimento com clara garantia da referência entre os municípios beneficia o cidadão no sentido do acesso e da equidade.

A microrregião de **Jundiaí** demonstra certa clareza em relação ao acesso, incluindo, nos documentos, os percentuais de cobertura populacional. Observa-se a existência de organização entre os municípios em prol do acesso, de maneira ascendente.

No **Estado de Alagoas**, quanto a essa subcategoria 4.2, nota-se preocupação em descentralizar serviços especializados que estão concentrados em Maceió e Arapiraca para municípios pólo de microrregião, com o intuito de torná-los mais acessíveis e mais próximos dos usuários. Percebe-se, ainda, em relação à **acessibilidade**, as longas distâncias a serem percorridas pelo usuário para conseguir o tratamento, principalmente quando se trata de atendimentos mais especializados e de referências interestaduais, em que, para determinados casos, o atendimento é realizado em São Paulo, Brasília, Salvador, Recife, Rio de Janeiro, quando se tem referência. Há também a falta de referência, como por exemplo, para ressonância magnética.

A quinta e última categoria apresentada neste trabalho, referente à análise dos documentos, é o **Investimento** (Quadro 14), e conta com a subcategoria, Plano Diretor de Investimento:

CATEGORIA 5:	SUBCATEGORIA:
5 Investimento	5.1 Plano Diretor de Investimentos

Quadro 14 – Investimento e Subcategoria

O Plano Diretor de Investimento do **Estado de São Paulo**, segundo documento em análise, foi elaborado com o objetivo de direcionar recursos para a implementação de redes assistenciais de saúde, contemplando, assim, o processo de regionalização. Nota-se que foi realizado um diagnóstico da existência ou suficiência e insuficiência tecnológica. Dessa forma, a Secretaria de Estado da Saúde realizou levantamento quanto à capacidade de produção versus produção e necessidade da população. Para cálculo dessa necessidade da população, afirma ter utilizado os critérios e parâmetros dispostos na Portaria Ministerial GM/MS, número 544, de 11 de abril de 2001, que faz recomendações quanto aos convênios de investimentos no processo de regionalização da assistência, e, assim, expõe as necessidades de investimentos.

No Estado de Alagoas, segundo o documento Plano Diretor de Investimentos, explicita-se uma série de demandas de investimentos em equipamentos e estruturas físicas capazes de melhorar o atendimento à população. As necessidades de investimentos foram apontadas em conformação com a organização de regionalização. E as necessidades de investimentos pleiteados representam necessidade em ofertar atendimentos no âmbito da atenção básica ampliada, média complexidade 1, redes de referência especializadas e alguns procedimentos de alta complexidade.

5.1 ANÁLISE DAS FALAS DOS GESTORES

A análise das falas dos sujeitos investigados apresenta-se com base no levantamento dos dados provenientes das entrevistas realizadas juntos aos sete gestores municipais e diretores estaduais, da área da saúde, dos casos em estudo: Jundiaí/SP e Penedo/AL.

O roteiro da entrevista (Apêndice II) apresenta 29 questões. Foi dividido em quatro blocos: o primeiro levanta dados da Instituição, com duas perguntas fechadas, o segundo trata o tema Microrregionalização, com quatorze perguntas abertas, o terceiro, com quatro questões abertas, refere-se às Forças Políticas e, por último, aborda-se o perfil do respondente, com nove questões, sendo seis fechadas e três abertas. Este roteiro complementa o resgate histórico das experiências de microrregionalização e, com certeza, contribui para a compreensão das fases de planejamento a serem indicadas para a microrregionalização do litoral norte paulista.

Na tentativa de facilitar o entendimento, neste trabalho, as falas dos informantes apresentam-se transcritas em *itálico*, e foram utilizadas expressões indicadas entre chaves, como por exemplo: [apesar de] “*acontece que...*”. Os cortes nas falas foram indicados por reticências entre chaves, da seguinte maneira: [...].

Para resguardar a identidade dos entrevistados, substituíram-se seus nomes e municípios que representam por **E1, E2, E3, E4, E5, E6 e E7**.

5.1.1 Perfil do Sujeito Entrevistado

Dos sujeitos entrevistados (N=7), prevalece uma incidência do gênero masculino, 71%, em contrapartida a 29% do gênero feminino.

Tabela 1 – Gênero do Informante

Sexo	Número Absoluto	%
1- Masculino	5	71
2- Feminino	2	29
TOTAL	7	100

Percebe-se que a maioria dos gestores respondentes – 42,8% – encontra-se na faixa etária entre 36 a 45 anos, seguida da faixa etária 46 a 59 anos – 28,6% – representada por um gestor do sexo masculino e um do sexo feminino (Tabela 2). Tanto na faixa de 26 a 35 anos, como acima de 60 anos apresentam taxa menor – 14,3% – em cada uma.

Tabela 2 – Faixa Etária do Informante

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total	%
1- menos de 20 anos				
2- 21 a 25 anos				
3- 26 a 35 anos		1	1	14,3
4- 36 a 45 anos	3		3	42,8
5- 46 a 59 anos	1	1	2	28,6
6- acima de 60 anos	1		1	14,3
TOTAL	5	2	7	100

Todos os informantes são casados (100%) e todos os respondentes informaram ser da cor branca (100%).

Quanto à filiação religiosa, percebe-se uma predominância **cristã** (100%), de formação éou praticante, na maioria católica. Um dos informantes respondeu que embora sua formação seja cristã, optou por não se filiar a nenhum credo religioso e considera-se agnóstico.

A Tabela 3 traz o nível de escolaridade dos respondentes.

Tabela 3 – Escolaridade do Informante

Escolaridade	Masculino	Feminino	Total	%
1- Superior incompleto	1		1	14,3
2- Superior				
3- Especialização	3	2	5	71,4
4- Mestrado				
5- Doutorado	1		1	14,3
TOTAL	5	2	7	100

Dentre os informantes predomina o grau de escolaridade **Especialização**, e observou-se, na pesquisa, que a maioria deles contam com mais de uma especialização. Com relação às especialidades dos informantes do sexo masculino um é especialista em cirurgia geral e em gestão de serviços de saúde; outro é especialista em saúde pública e em gestão de serviços de saúde, e um terceiro em cirurgia geral. Quanto às especializações das informantes do sexo feminino, uma é especialista em saúde pública e a outra é pediatra e especialista em gestão de serviços de saúde.

Um dos informantes apresenta doutorado e três especializações, são elas: Saúde Pública, Nutrição Clínica e Administração de Serviços Públicos.

Em síntese, três dos informantes contam com mais de uma especialização, dois com uma especialização, um com doutorado e três especializações e um não concluiu o nível superior.

Dos informantes, quatro são médicos, um é psicólogo, um enfermeiro e um não concluiu o curso de Administração de Empresas.

A Tabela 4 traz a filiação política dos respondentes do sexo masculino e feminino:

Tabela 4 – Filiação Política do Informante

Filiação Política	Masculino	Feminino	Total	%
1- Conservadora	1	-	1	14,3
2- Conservadora sem partido	-	1	1	14,3
3- Inovadora	2	-	2	28,5
4- Inovadora sem partido	-	1	1	14,3
5- Fundamentalista sem partido	1	-	1	14,3
6- Não tem partido político	1	-	1	14,3
TOTAL	5	2	7	100

Percebe-se que a maioria dos gestores e diretores de saúde que participaram desta pesquisa não estão filiados em partido político, mas assumem uma postura política diante da situação de poder que fazem parte. Segundo a fala do E5 *“não tenho partido político. Política não é ruim, somos atores políticos, não de política própria nem partidária”*. O E3 trata dessa questão como *“não tenho partido, mas sou adepta a projetos inovadores que venham melhorar a qualidade de vida da população”*.

Dos entrevistados, filiados ou não em partidos políticos, quanto à tendência política, 28,6% apresentam-se com tendência conservadora, 42,8% com tendência inovadora e 14,3% fundamentalista. Um dos informantes, 14,3%, não pertence a nenhum partido político. Nota-se uma predominância na tendência política inovadora.

5.2.2 Da Instituição dos Informantes

Quanto ao bloco **Da Instituição**, a pesquisa contou com um representante do Estado e 6 gestores municipais de saúde. Dos municípios representados, cinco estão habilitados na Gestão Plena do Sistema de Saúde e dois na Gestão Plena da Atenção Básica de Saúde, conforme mostra a Tabela 5:

Tabela 5 - Instituição dos Informantes segundo Gestão

Gestão	Estado	Município	Total	%
1- Gestão Plena do Sistema	1	4	5	71,4
2- Gestão da Atenção Básica	-	2	2	28,6
TOTAL	1	6	7	100,0

Observa-se que a maioria das instituições as quais pertencem os depoentes, (71,4%), encontra-se habilitada na Gestão Plena do Sistema de Saúde, expressando forte representação dos poderes locais, e os dois municípios que estão na Gestão Plena da Atenção Básica são de menor porte populacional.

5.2.3 Percepção e Opinião dos Sujeitos quanto a microrregionalização

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.

Tabela 6 – Evocações sobre o sentido de microrregionalização

Microrregionalização	N.A.*	%
1. uma estratégia que busca maior eqüidade no atendimento	06	24
2. relacionar-se com outras cidades de forma organizada	06	24
3. uma forma de facilitar as ações e oferta de serviços	05	20
4. uma maneira de suprir deficiências para garantir o acesso	06	24
5. é uma coisa boa desde que haja recursos	02	8
TOTAL	25	100

* Respostas múltiplas

Dos depoimentos analisados, a maioria dos informantes acredita que a microrregionalização é ou poderá ser **uma estratégia que busque maior eqüidade nos atendimentos às necessidades de saúde**. Esta evocação confirma a importância do conceito de eqüidade utilizado por Cordeiro (1991, p. 100) uma vez que expressa ações que assegurem os serviços de saúde em todos os níveis, independente do local de moradia do cidadão.

Segundo Lima (2000), as articulações microrregionais são uma forma de disponibilizar os níveis mais complexos de atendimentos necessários ao bem-estar, e, também, a articulação microrregional vem otimizar recursos, contribuindo para que estes serviços sejam oferecidos. O artigo 1º da NOAS 01/01 traz, “o processo de regionalização como estratégia da hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior eqüidade”.

Os dados da Tabela 6 apontam, também, que a maioria dos entrevistados entende que a microrregionalização é uma forma de **relacionar-se com outras cidades de forma organizada, visando facilitar a oferta de serviços** segundo necessidades, no sentido de “*suprir deficiências que os municípios têm em maior ou menor grau*” (E 5), a fim de **garantir o acesso**. Para o entrevistado E1 a microrregionalização “*é uma condição de sobrevivência do SUS*”. Uma preocupação presente em alguns dos informantes é quanto à **questão financeira**, enfatizada pelo E7, que coloca que “*a microrregionalização só poderá dar certo se houver injeção de recursos*”.

As evocações, feitas pelos sujeitos entrevistados, levam a aceitar que eles sabem o que significa microrregionalização no processo de regionalização dos serviços de saúde. A fala dos entrevistados aproxima-se das definições de alguns

autores citados na Revisão da Literatura, como Almeida *et al* (1998, p. 17), que sustenta que 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. Para Carvalho (2002, p. 27), regionalização é a organização dos serviços que cobre determinada região, complementando-as.

Os sete informantes são unânimes ao afirmar que a microrregionalização é **uma forma mais justa e qualitativa de distribuição de serviços e recursos**, no sentido do **direito de ter acesso aos serviços de maior complexidade**, serviços esses que exigem estrutura física, equipamentos e recursos humanos adequados para um atendimento especializado mais complexo (Tabela 7).

A maioria dos respondentes acreditam, ainda, que a microrregionalização 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** - manifestando a responsabilidade dos municípios e demais níveis governamentais quanto à atenção integral aos cidadãos (Tabela 7). Entende-se assim, que um projeto de microrregionalização pode amenizar desigualdades sociais evidenciando sua relação com a Sociedade Brasileira.

Tabela 7 – Relações entre a Microrregionalização e a Sociedade Brasileira

Microrregionalização e a Sociedade Brasileira	N.A.*	%
1. como o próximo passo de efetivação do SUS	04	17,4
2. relação de responsabilidade do poder público e atenção integral aos cidadãos	05	21,8
3. uma forma mais justa e qualitativa de distribuição dos serviços e recursos	07	30,4
4. como o direito de ter acesso aos serviços de saúde de maior complexidade	07	30,4
TOTAL	23	100

* Respostas múltiplas

Os informantes, relacionando Microrregionalização com a Sociedade Brasileira, acreditam que a Microrregionalização efetiva o SUS (17,4%), que é uma relação do poder público nos três níveis e o cidadão (21,8%). E, a sociedade brasileira, por ser tão desigual, acredita-se que um projeto dessa natureza seja uma alternativa mais justa e igualitária (30,4%), e, uma forma de viabilizar o acesso (30,4%).

Nas evocações de cada um destes entrevistados, para essa relação de Microrregionalização e Sociedade, a questão da cidadania é bem evidenciada.

Para os respondentes, a Microrregionalização favorece o desenvolvimento da cidadania no usuário, considerando cidadania como democracia, no sentido da garantia dos direitos mínimos como saúde, educação, moradia (SOARES, 1993, p. 1).

À medida que os próprios informantes afirmam que a microrregionalização pode ser uma maneira mais justa de distribuição de serviços e recursos e que traz à tona o direito ao acesso, confirma a idéia de cidadania como mudança na organização social (SOARES, 1993, p. 1).

O E7, quanto à relação Microrregionalização e Sociedade Brasileira, 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 microrregionalização vem como forma de estar garantindo a população desse tipo de tecnologia, de assistência e ter facilidade no acesso”*.

O E2 associa a importância da Microrregionalização 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 DIR [Direção 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.”*.

Associando essa relação entre Microrregionalização e Sociedade Brasileira, E4 traduz em seu município *“meu município é pequeno, apresenta boa resolatividade, 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 e um chamamento à sociedade brasileira 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”[grifos nossos].

Nesse sentido, a autora Cohn (2000, p. 4) traz que cidadania não é simplesmente o acesso dos cidadãos às necessidades sociais básicas, mas essa implica ao acesso e a participação na definição das agendas municipais de saúde, e a partir desse exercício é que se pode conquistar identidade e autonomia.

Assim, expressa-se o sentido abstraído dessa análise: sentir-se cidadão!

O Estado, no processo de microrregionalização, 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).

Isso está refletido nas evocações dos gestores participantes desta pesquisa, conforme Tabela 8. Todos os entrevistados que responderam esta questão focam a relação entre o Estado e o processo de microrregionalização, na importância do **papel do Estado enquanto regulador**, mediador e facilitador desse processo (55,6%).

Tabela 8 – Relação entre o Estado e a Microrregionalização

Estado e Microrregionalização	N.A.*	%
1. o Estado como ordenador exigente	02	22,2
2. o Estado enquanto papel regulador do processo	05	55,6
3. sem resposta	02	22,2
TOTAL	9	100

* Respostas múltiplas

Dois dos entrevistados não responderam à questão (22,2%).

Uma outra evocação, quanto a essa relação entre Estado e Microrregionalização, é a que o Estado tem se 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 [DIR] mesmo”*.

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”*.

E7 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”*.

Isso 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.

Assim, desde a NOB 93, as comissões intergestoras foram defendidas como espaços privilegiados 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).

Ao efetivar o processo de descentralização pela via regionalização, a PPI (Programação Pactuada Integrada), foi prevista na NOB 93 e na NOB 96 e enfatizada na NOAS 01/01 e NOAS 01/02 (GUIMARÃES, 2002, p. 61).

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.

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 no planejamento, nos três níveis de atenção (Tabela 9).

Tabela 9 – A Programação Pactuada Integrada como instrumento à Microrregionalização

PPI e Microrregionalização	N.A.*	%
1. no que se refere a planejamento e programação é um instrumento de fato	05	33,3
2. enquanto implementação dificuldades são sentidas pelos municípios, principalmente quanto ao financiamento	04	26,6
3. várias programações foram feitas e ainda não implementadas	04	26,6
4. o processo de pactuação é complicado, ainda estamos em negociação	01	6,7
5. sem resposta	01	6,7
TOTAL	15	100

* Respostas múltiplas

Os dados da tabela 9 demonstram que 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 ainda não houve formalização** (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 microrregional e local de serviços e necessidades de saúde, muito boa”*. O E4 entende que *“a microrregionalização facilitou as discussões em torno da PPI, hoje está mais claro com quem pactuamos”*. 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 [...] Para o município pólo [...] sabem o que os outros vão precisar, tem como se programar [...] foi um avanço nesse sentido”*.

As dificuldades em relação à PPI são evidenciadas nas evocações, apresentando-se algumas expressivas. A percepção de E2 *“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 microrregional? 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 dessa fala está em **“entender que a PPI não é só pactuar numa reunião da DIR ou na mesa de algum município-sede”**[grifos nossos].*

Outra preocupação apresentada nas evocações, em relação à implementação do PPI na microrregionalização, é a questão financeira, para E5 *“a PPI está mais no físico do que no financeiro [...] financeiro nenhum, porque o Estado não quer participar, não tem participado”*. Percebe-se uma expectativa de financiamento dessa implementação. Segundo E7 *“esperamos que para o início de 2004 essa PPI possa estar totalmente implantada, isso vai beneficiar muito os municípios [...] vai ter município de referência, vai ter a questão financeira para estar financiando estes centros de referência e os municípios menores por contrapartida [...] vai ter incentivo para que ele possa estar desenvolvendo e implantando esse serviço dentro do município, que é o caso do meu município”*. O E6 manifesta-se que *“ainda não conseguiu fechar a PPI [...] quando fechar a PPI, teremos como trabalhar”*.

5.2.4 Percepção e Opinião dos Sujeitos quanto a planejamento e implementação da microrregionalização

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:

Tabela 10 – Planejamento e Implementação da Microrregionalização (processo)

Processo	N.A.*	%
1. pactuação entre os municípios da região e a DIR	07	28
2. uma iniciativa própria devido às demandas proporcionais	05	20
3. uma aproximação e organização dos municípios para discussão dos seus problemas	07	28
4. realização de diagnóstico, reuniões periódicas e adoção de critérios e protocolos	05	20
5. realização de seminários temáticos	01	4
TOTAL	25	100

* Respostas múltiplas

Conforme Tabela 10, todos os entrevistados, independente da região que representam, se são gestores municipais ou estaduais, expressam 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 de forma ascendente, que se faça uma descentralização, com ênfase na municipalização e com regionalização ascendente, e não como um processo pactuado de cima para baixo.

A experiência vivenciada por E6 traz a realização de seminários temáticos, *“foram realizados nove seminários temáticos [...] os técnicos da Secretaria de Estado colocou [colocaram] com muita transparência, em cada seminário era um assunto, onde faziam questão de contar com os secretários e profissionais de saúde, [...] e [fazia-se] questão de levar os profissionais [...] que já davam opinião dependendo da situação”.* Nota-se que esse caso, em estudo, utilizou para planejamento e implementação da microrregionalização, da sensibilização dos atores sociais envolvidos, por meio de seminários temáticos.

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 intersetorial 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 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*”. O 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*” e nas palavras de E6 “*houve, os técnicos da Secretaria de Estado da Saúde estavam presentes*”.

Embora entendendo que o processo ainda esteja em fase de implantação, o 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*”.

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), observa-se na Tabela 11, as principais motivações para o planejamento e implementação da microrregionalização nos casos em estudo.

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 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. O cumprimento da lei e a expectativa de melhorar o financiamento não é enfatizado por todos os respondentes, embora importantes e

decisivos. A angústia quanto as dificuldades em se conseguir a vaga parece ser o calcanhar-de-aquiles dos gestores municipais de saúde.

Tabela 11 – Planejamento e Implementação da Microrregionalização (motivação)

Motivação	N.A.*	%
1. uma possibilidade de resolver a demanda reprimida nas ações mais complexas	07	31,8
2. por força de lei	04	18,2
3. a garantia do atendimento na atenção secundária e terciária	07	31,8
4. a expectativa de melhorar o financiamento	04	18,2
TOTAL	22	100

* Respostas múltiplas

Nesse sentido, Ubierna (mimeo *apud* BAHIA, 1998, p. 27), afirma que “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, grande repressão de demanda, total falta de casamento entre os serviços e a epidemiologia”* também motivaram para impulsionar o processo de microrregionalização. Já 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 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, 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 e percebe-se, também, nas evocações que há uma expectativa de melhoria do financiamento.

Ao tratar do tema financiamento, ou seja, **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 de apenas um instrumento ou ferramenta em busca da eficiência e da eficácia

Quanto ao financiamento no planejamento e implementação da microrregionalização, a maioria dos entrevistados afirma que **não houve nenhum incentivo financeiro** (40%). Para três dos sete respondentes, **teoricamente o município de referência deveria receber pelos procedimentos** (30%), e dois respondentes afirmam que **houve incentivo financeiro através de programas específicos e realização de convênios** (30%).

Tabela 12 – Planejamento e Implementação da Microrregionalização (financiamento)

Financiamento	N.A.*	%
1. teoricamente o município de referência deveria receber pelos procedimentos realizados	03	27,3
2. não houve nenhum incentivo financeiro além do teto financeiro	05	45,4
3. houve incentivo através de programas específicos e realização de convênios	03	27,3
TOTAL	11	100

* Respostas múltiplas

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 da microrregionalização 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, E7 expressa que "o financiamento está sendo discutido agora, dentro da PPI" e explica que "quando nós municipalizamos na gestão plena em 1996 e em gestão plena em 1998 [...] naquela época, quando assumimos, já existia no contexto histórico de referência [...] um teto financeiro para atender nosso município [...] Jundiaí já recebia por parte do Ministério da Saúde um montante financeiro [...] para estar resolvendo ações dos municípios que fazem parte dessa micro".

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. Portanto E7, 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".*

Na análise das evocações, fica perceptível uma expectativa de melhoria no financiamento com a implementação da PPI.

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, dá para ver no SIOPS [Sistema de Informações de Gasto Público em Saúde] que 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"* e desabafa quanto às dificuldades ao acesso *"o Estado não quer dar".*

O E6 manifesta sua indignação quanto ao financiamento da atenção básica (PAB - Piso de Atenção Básica) *"manter um habitante com oitenta e quatro centavos é um absurdo isso. Quando faz qualquer procedimento gasta pelo menos cinco reais, no mínimo consome isso [...] vai passar para um real, eles acham que a média por pessoa é um real. É bom para quem está no papel".*

Embora se saiba dos irrisórios valores da Tabela SUS como fator limitante ao acesso, principalmente às ações de média e alta complexidade, nenhum dos entrevistados fizeram menção a essa questão.

Segundo Dowbor (1998, p. 11) 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.

5.2.5 Percepção e Opinião dos Sujeitos quanto ao Acesso aos Serviços de Média e Alta Complexidade

O conceito de acessibilidade de Misoczky (1997) trata de obstáculos e facilidades para que a população obtenha a atenção a saúde que necessita, aqui entendido como acesso aos serviços de média e alta complexidade.

Tabela 13 – Acesso aos Serviços de Média e Alta Complexidade

Serviços de Média e Alta Complexidade	N.A.*	%
1. a média complexidade apresenta dificuldades e desorganização em relação ao acesso	05	25
2. a alta complexidade demonstra certo grau de organização	04	20
3. a capacitação pode ser uma estratégia de avanço na negociação		
4. a microrregionalização proporcionou melhoria ao acesso às ações de média e alta complexidade	07	35
5. a preocupação com o acesso a esses serviços é maior do que com a qualidade	04	20
TOTAL	20	100

* Respostas múltiplas

Na Tabela 13 os dados de todas as evocações apresentam que a **microrregionalização proporcionou melhoria ao acesso às ações de saúde de média e alta complexidade (35%)** e que as maiores **dificuldades estão em suprir as demandas da média complexidade (25%)**. Quanto ao acesso às ações de **alta complexidade, parece estar de certa forma mais organizado (20%)**. De novo, a **preocupação em relação ao acesso se faz presente (20%)**.

Para E1, houve melhoria do acesso da população aos serviços de saúde de média e alta complexidade quanto a *“abrangência e acesso” [...] de acordo com o tamanho do município e levantamento da demanda da região foi realizado o planejamento da microrregionalização*. Já em relação à qualidade *“não necessariamente melhorou”*.

Quanto às dificuldades encontradas em relação às ações de média complexidade, E2 coloca que *“a média ainda é uma bagunça, pois vários municípios*

deveriam realizá-los e não o fazem, sobrecarregando os hospitais e ambulatórios regionais [...] . Afirma que o acesso melhorou, “agora todos têm o mesmo direito, sendo o atendimento dividido entre todos. No tocante à qualidade dos serviços de saúde “acreditamos que melhorou [...] fazemos rotina de acompanhamento de resultados”.

Em relação ao acesso, na vivência de E7 *“existe hoje ainda um grau de dificuldade na alocação de pacientes [...] existe uma fila de espera grande [...] têm serviços que demoram dois a três meses para conseguir [...] em algumas áreas não, a demanda não é tão deprimida e a gente consegue [...] estamos tendo uma grande dificuldade de estar alocando o que Jundiaí não tem capacidade de absorver, tem uma série de exames que eram executados em São Paulo, São Paulo não pode estar executando e hoje estamos com grande dificuldade em estar achando vaga, espaço para estar encaixando esses exames [...] o Estado também não está tendo local para alocar [...]”.*

Na experiência de E6, os casos de média e de alta complexidade são encaminhados para a capital do Estado *“demora, mas consegue”.*

E5 traz à tona um fator importante em relação à melhoria do acesso, *“os municípios dessa microrregião são municípios de arrecadação boa e tem aumentado nos últimos anos [...] ao aumentar a arrecadação [...] permite avançar e garantir uma verba um pouquinho maior para lançar nessas questões de acesso, integralidade, que estão no papel”.*

Acesso e qualidade, para E5, *“são fatores ambos importantes, mas do ponto de vista do meu município [busca-se] ainda estar garantindo o acesso e agora está começando a ver qualidade [...] o sufoco é tão grande que questionar qualidade quando não se tem nem condições de pagar para todos [...] primeiro tem que ter o acesso, mas está se pensando também em qualidade através da UAC [Unidade de Avaliação e Controle]”.*

Quanto à importância da capacitação, esse entrevistado coloca como sendo *“um dos fatores muito importante e que houve um grande avanço da negociação desse entendimento do SUS”* . Ainda quanto à capacitação, os entrevistados E1, E5 e E7, afirmam que elas ocorreram não com o foco em microrregionalização, mas num contexto de saúde pública como um todo.

E6 valoriza a capacitação em todas as áreas, nunca se *“deixou de capacitar, médicos, enfermeiros, controle e avaliação [...]”*, solicitou-se *“do Estado e este nunca disse não”.*

Nas evocações, o acesso foi apresentado como alvo e a qualidade dos serviços aparece em segundo plano. Percebe-se, nos municípios maiores, uma

sistematização em relação à qualidade e nos municípios menores a busca pelo acesso vem em primeiro plano.

Segundo Giansi & Correa (1996), quanto à qualidade de serviços, no atendimento das necessidades dos pacientes, independente do município em que seja realizado, deve estar presente a expectativa do acesso e grau de satisfação. Nesse sentido, para Mezomo (1992), a garantia de qualidade vai ao encontro à legítima preocupação do paciente, desejoso de acessibilidade, conforto e segurança dos cuidados que lhe são prestados.

5.2.6 Percepção e Opinião dos Sujeitos quanto a Microrregionalização e Rede de Serviços Regionalizados e Hierarquizados

Em relação à rede hierarquizada e regionalizada de serviços, Seixas (1999, p. 29), inclui a hierarquização como o princípio administrativo de dispor às diferentes instituições e aos diferentes serviços afins, uma condição de subordinação recíproca que agregue, de forma que se estabeleça, entre eles, uma escala de autoridade. Há de se levar em conta a forma hierarquizada em que se considere a autoridade e a complexidade técnica e administrativa, com negociações, protocolos ou pactuações públicas.

Para Carvalho (2002, p. 27), 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.

Tabela 14 – Microrregionalização e Rede de Serviços Regionalizados e Hierarquizados

Rede regionalizada e hierarquizada	N.A.*	%
1. ausência da rede de serviços regionalizada e hierarquizada	01	5,9
2. há uma troca de atendimentos especializados entre os municípios	05	29,4
3. há necessidade de um protocolo único negociado entre os municípios	05	29,4
4. a microrregionalização proporciona uma rede de serviços	05	29,4
5. sem resposta	01	5,9
TOTAL	17	100

* Respostas múltiplas

As evocações constantes da Tabela 14 demonstram que a maioria dos gestores entrevistados entendem que **a microrregionalização proporciona uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde** (29,4%), porém, manifestam, para tal, a **necessidade de que haja um protocolo único negociado entre os municípios** (29,4%).

Percebe-se que **há uma troca de atendimentos especializados entre os municípios** (29,4%) e uma minoria entende que **não existe uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada** (5,9%). Um dos entrevistados não respondeu essa questão (5,9%).

Para o E3, a organização se deu por meio *“dos deslocamentos espontâneos da própria população em busca do atendimento de suas necessidades de saúde mais próxima de sua residência, criou-se um fluxo organizado e controlado pelos municípios e um melhor atendimento da demanda”*.

O E2 levanta alguns problemas do dia-a-dia como *“a falta de assunção de protocolos, por parte de alguns municípios da microrregião, faz com que cidadãos sejam encaminhados em excesso para especialistas ou exames, reprimindo o atendimento nesses municípios [...] uma vez que estes fazem a gestão de suas filas”*.

No entender do E5, *“é cada um por si e Deus por todos. Não existe essa rede [...] em casos complexos que o município de referência não realiza o tipo de atendimento, mas este tem para onde referenciar, então “na dependência da minha referência ter facilidade de acesso eu vou ter facilidade de acesso também [...]. Nessa microrregião funciona bem, mas depende das outras, da regional, do Estado, do governo federal, então, aí emperra, falta uma organização em rede”*.

O E7 manifesta a importância da rede citando um exemplo *“você imagina uma população pequena de 16 mil habitantes sem hospital, então essa retaguarda regional [...] é extremamente importante”*.

Observa-se nas evocações que há uma troca de atendimentos especializados entre os municípios. E5 evidencia isso na sua fala *“estou precisando de tomografia, faço vascular e faço cirurgia de varizes para eles [demais municípios]”*. Segundo E2 *“o município de Itatiba tem boa capacidade de atendimento em neurocirurgia, por exemplo, então trocamos consultas e procedimento de neurocirurgia por outro atendimento que eles necessitam mais, papanicolau, por exemplo”*.

Dessa forma, é evidente que existe uma negociação entre os municípios, no sentido de barganha integrativa. Segundo Robbins (2002, p. 388) a resolução de problemas de maneira integrativa opera sob a premissa de que há um ou mais acordos que podem gerar uma solução ganho-ganho. Ainda segundo esse autor, para que haja esse tipo de negociação as partes precisam ser francas em suas informações

e preocupações; ter sensibilidade em relação às necessidades uma das outras; ter capacidade de confiar uma nas outras e mostrar disposição de manter certa flexibilidade.

Apesar de demonstrar certo grau de negociação integrativa, percebe-se também nas evocações que não é um mar de rosas, ou melhor, existem os espinhos também, os conflitos. A fala de E5 expressa que *“têm várias cidades, [...] que não assumem a baixa complexidade, que não é papel do município-pólo fazer a atenção básica”*. E2 reclama que *“alguns municípios não querem regular suas vagas – é duro ter fila na porta”*.

Observa-se, então, nesta análise, a importância desses espaços de articulação, negociação e organização dos serviços, para o estabelecimento ou o funcionamento de uma rede regionalizada e hierarquizada das ações de saúde. Tratando-se de diferentes entes federativos, não se pode ignorar as questões relacionadas ao poder de governo.

5.2.7 Percepção e Opinião dos Sujeitos quanto a Microrregionalização e o Poder Local

Sabe-se que o poder local é algo importante no processo de microrregionalização. Segundo Arocena (1989), frente às necessidades de encontrar soluções para problemas urgentes e vitais para a comunidade, são criadas estruturas locais como forma de ação para solucionar os problemas dos municípios e das regiões e implementar políticas sociais que visem melhoria da qualidade de vida.

Molina (1998), evidencia que as pressões sobre os governos locais, vindas das classes populares, vêm se acentuando, exigindo respostas mais imediatas, pela proximidade entre esses gestores e o eleitorado. Nesse sentido, a racionalização dos recursos é motivada a partir das demandas sociais.

As evocações constantes da Tabela 16 expressam que a maioria dos gestores entendem que a microrregionalização, como estratégia de organização dos serviços de saúde, pode ser **uma forma de otimizar recursos e de estabelecer uma sinergia** (25%).

Como as articulações microrregionais, são uma forma de disponibilizar os níveis mais complexos de atendimento, as evocações apontam quanto ao sentido de racionalização a partir das demandas locais, como **uma organização que evita duplicidade de recursos** (25%), e dessa forma, **proporciona melhor utilização dos recursos existentes** (25%).

Para se buscar o acesso de forma eficaz e eficiente, há de se levar em conta a forma hierarquizada (SEIXAS, 1999) demonstrada, nas falas, como **uma necessidade de regular e partilhar responsabilidades** (25%):

Tabela 15 – Racionalização a partir das demandas locais

Racionalização	N.A.*	%
1. uma necessidade de regular e partilhar responsabilidades	06	25
2. uma sinergia entre os municípios facilitando troca de atendimentos e otimizando recursos	06	25
2. uma organização que evita duplicidade de recursos	06	25
3. proporciona melhor utilização dos recursos existentes	06	25
TOTAL	24	100

* Respostas múltiplas

Esse tema, para E1, é visto como *“a grande tônica, à medida que se organiza e não se duplica investimentos e se planeja utilizando os recursos existentes”*. E2 traz que além de evitar a duplicação de recursos, *“a adoção de protocolos e regulação favorece a profissionalização do atendimento”*. E7 retrata, nesse contexto, a microrregionalização como *“um instrumento a mais de força, de união para que [se] possa estar lutando juntos para estar angariando mais recursos e estar aprimorando esse sistema regional”*.

E5 traz as questões de economia de escala, traduzindo em exemplo de seu município *“imagina um município pequeno como o meu, se contratar profissionais na rede por 20 horas e não precisar deles todos os dias”, e, por outro lado, sei que [o município vizinho] já tem esse profissional, se ele der conta da demanda dele e também da minha demanda, posso estar atendendo-o em outras demandas [...] Assim, troca-se atendimentos [...] Certos aparelhos dão conta de 100 mil habitantes, se cada município mesmo rico for gastando com isso, não há município que dá conta de implantar o SUS. Então, **somente de forma regionalizada é que se pode avançar**”*[grifos nossos].

Reconhecendo que os grupos locais, mediante o exercício do poder local, podem influenciar no caminho das políticas de saúde (FERNANDES DA SILVA, 2001), a Tabela 17 mostra o sentido das evocações manifestas quanto as relações do poder local com a microrregionalização.

A maioria dos informantes expressa que **o processo de microrregionalização foi estreitamente técnico** (37,5 %). Apesar dos gestores entenderem que não houve

participação política partidária num envolvimento direto com a microrregionalização, entendem **que essas relações do poder com a microrregionalização, se adequadas, podem apoiar e facilitar o processo** (31,3%).

Embora haja boas relações do poder local com a microrregionalização, os políticos partidários carecem de conhecimento (25%).

Tabela 16 – Relações do Poder Local com a Microrregionalização

Políticas Locais e Microrregionalização	N.A.*	%
1. as relações de poder local são de grande valia se o único alvo for o usuário	01	6,2
2. embora haja boas relações do poder local com a microrregionalização os políticos partidários carecem de conhecimento	04	25,0
3. essas relações, se adequadas, podem apoiar e facilitar	05	31,3
4. o processo de microrregionalização foi estreitamente técnico	06	37,5
TOTAL	16	100

* Respostas múltiplas

Embora as relações com o poder local sejam extremamente decisivas, a maioria dos informantes entendem que o processo de microrregionalização foi técnico. Esta afirmação pode ser identificada citando algumas falas: segundo E1 o *“político partidário ficou à margem, deu apoio, mas o processo foi estreitamente técnico*; para E4 *“o processo foi independente da política”*; já nas palavras de E7 *“não houve nenhuma influência político-partidária nesse processo [...] o que realmente tem predominado são as políticas de saúde”*.

Em contradição a isso, E6 afirma que *“a prefeita aqui dá apoio [...] inclusive participou do seminário [de sensibilização e implementação da microrregionalização], acho importante o prefeito ir participar, saber como está o processo”*.

Mesmo que para a maioria dos respondentes o processo seja técnico, independente da política partidária, observa-se também, nas evocações, as relações de apoio e de facilitação do poder local, embora que de forma indireta.

Dos sete entrevistados, quatro entendem que as forças locais facilitaram o processo de microrregionalização; para dois deles essas forças não interferiram no processo e um dos informantes opinou pela não facilitação.

Na experiência de E1, em relação às forças políticas locais e a microrregionalização, *“a princípio cobraram muito, pois o município passava a assumir*

responsabilidade, houve muita pressão, mas depois veio o apoio em termos de investimento e implantação de serviços”.

Para E7 *“as políticas de saúde implantadas dentro dos municípios [...] pelos seus prefeitos e de suas Câmaras Municipais, favorecem o aprimoramento municipal, evidentemente essa política de saúde vai no contexto da microrregionalização porque qualquer município que tem uma política avançada [...] a nível municipal, com certeza ela vai repercutir no nível regional”* e entende que as forças políticas locais facilitaram na medida em que *“cada gestor local recebeu apoio político para viabilizar o processo”.*

Dessa forma, embora entendendo que o processo foi *“estritamente técnico”*, esse entrevistado (E7) avalia que *“à medida que o meu prefeito me autoriza a estar ampliando o programa saúde da família, à medida que a Câmara Municipal facilitou a execução de convênios [...] à medida que se resolve a nível municipal, [...] no nível regional [...] é uma repercussão secundária”.*

Para E6, as forças políticas facilitaram o processo de microrregionalização *“em termos de prefeitura facilitaram, se você tem um prefeito que diz não, já atrapalha tudo”.*

A vivência de E3 mostra que *“a troca de gestores no meio do processo ou questões políticas locais atuaram como elemento facilitador ou retardador do processo”.*

Nas evocações evidencia-se que, embora haja boas relações do poder local com a microrregionalização, os políticos partidários carecem de conhecimento. Para E1 *“as forças políticas não conhecem o SUS, não acompanharam a evolução do processo”.* Para E5 *“não entendem [...] eles entendem muito por partido/segmentação, eles não entendem um trabalho apartidário”.* Segundo E4, *“o poder local, no momento, deu à Secretaria amplo poder para atuação [...] tenho sempre esclarecido aos políticos sobre o processo de microrregionalização, procuro informá-los das leis e evolução do SUS e mesmo assim fico com a impressão de que [...] não entendem. Ainda recentemente fui questionado por um vereador do porque não termos em nosso município [município pequeno] uma UTI no hospital local”.*

Quanto à possibilidade das forças políticas locais terem acelerado a implementação da microrregionalização, três dos informantes acreditam que sim e quatro entendem que não.

A maioria dos informantes acredita que a microrregionalização não será utilizada pela força política local, os políticos não teriam como colocar na plataforma política no momento das eleições.

Para E5 os políticos “*não teriam como colocar que [foram eles que] fizeram*”, o mérito não é da pessoa do político “*o mérito foi partilhado*”. *Tem que ser visionário, o meu prefeito é visionário*. Para E7 “*não tem como utilizar isso, são coisas de ordem técnica, é tão complexa que o político não teria nem como utilizar*”.

5.2.8 Percepção e Recomendação dos Sujeitos para o processo de Microrregionalização em outros locais

Observa-se semelhança entre as falas e o conceito de Mendes (1999) sobre microrregionalização no processo de regionalização da saúde: conjunto de valores por meio dos quais um grupo de municípios se reconhece e se identifica como pertencente a um território comum.

Conforme tabela 17, os informantes, ao responderem o que recomendariam se fossem participar de novo processo de planejamento e implementação de microrregionalização da saúde, entendem que precisariam **focar na negociação e aprimoramento, implantação de novas tecnologias e assistência mais próxima do usuário** (33,3%), que **investiriam na busca por soluções coletivas e treinamentos específicos** (33,3%). Dessa forma, indicariam **planejar como se fosse única população e únicos serviços** (27,8%) e **que os municípios de médio porte ofertassem mais ações de média complexidade permitindo aos maiores ofertar mais alta complexidade** (5,6%).

Tabela 17 – Recomendações para o planejamento de processo de Microrregionalização

Recomendação dos Gestores	N.A.*	%
1. indicaria planejar como se fosse única população e únicos serviços	05	27,8
2. focaria na negociação e no aprimoramento, implantação de novas tecnologias e assistência mais próxima do usuário	06	33,3
3. investiria na busca de soluções coletivas e treinamentos específicos	06	33,3
4. que os municípios de médio porte ofertassem mais ações de média complexidade (especialidades) permitindo aos maiores focar mais na alta complexidade	01	5,6
TOTAL	18	100

* Respostas múltiplas

Quanto a essa questão, E1 avalia que ainda *“não se conseguiu o escambo de maneira ampla”*. Para E2, suas recomendações são de que *“colocaria na mesa todo desenho epidemiológico, história natural das doenças mais prevalentes, descrição dos principais riscos e suas conseqüências e todos os recursos, como se fossem um único município”*.

No mesmo sentido de E2, também recomenda E5 que o planejamento seja *“da população como se fosse única e dos serviços como se fossem únicos [...] pensa-se muito no meu e o que sobrar é que pensa-se em negociar [...] se conseguíssemos abstrair um pouquinho e pensar no todo, realmente avançaria mais”*.

E 3 entende que precisa investir *“nas discussões dos problemas na busca de soluções coletivas, na troca de experiências e em treinamentos”*. E 6 avalia de forma bastante positiva a sensibilização por meio de seminários temáticos *“foi muito bom [...] acho que poderia repetir”* em outras regiões.

Na experiência de E 7, o processo é complexo e não é fácil, mesmo numa região *“que temos grandes universidades envolvidas [...] estamos quase três anos num processo de negociação e pactuação e não conseguimos formalizar [...] isso mostra que existe dificuldades [...] considerando quanto a essa microrregião que pode-se dizer privilegiada [...] fica clara a necessidade de negociação [...] aprimorar no sentido de implantar novas tecnologias e [...] briga por centro de referência em abrir ou criar vagas para os municípios menores”*.

Expõe-se assim, nessa análise, algumas recomendações para planejamento e implementação de processos de microrregionalização, segundo a vivência dos gestores e diretores de saúde entrevistados.

5.3 METODOLOGIA PROPOSTA: as possibilidades do uso do planejamento estratégico situacional num programa de microrregionalização

Considerando-se :

- ?? a microrregionalização como uma modalidade de organização regional dos serviços de saúde e uma forma de cooperação intermunicipal, no sentido de ampliar o acesso principalmente às ações de média e alta complexidade, e de promover a equidade;
- ?? as dificuldades da região litoral norte paulista no atendimento à saúde mais especializado em média e alta complexidade, que vão desde a ausência de instalações físicas e equipamentos adequados, deficiência na remoção e a superação da barreira do acesso em se conseguir a vaga em municípios centro de referência; e

?? o diagnóstico elaborado a partir da análise de dois casos de microrregionalização apresentados neste capítulo, tem-se a expectativa de superar as dificuldades comuns aos quatro municípios do litoral norte paulista e entende-se a necessidade de encontrar um caminho entre a situação atual de limitações e uma situação ideal.

Nesse sentido, na construção de uma ponte entre o aqui e agora e um futuro desejado, a literatura traz o planejamento estratégico como uma metodologia possível, sem menosprezar a participação popular, sejam os usuários ou os demais cidadãos-municípios, a questão da cidadania e as forças políticas locais, com seus projetos políticos e diversos interesses.

A literatura tem apontado que o método Planejamento Estratégico Situacional (PES) é um dos mais utilizados na área da saúde, por trabalhar com a complexidade da realidade, admitir que não existe um conhecimento único e mostrar que a explicação da realidade depende da inserção de cada ator que participa do problema, o que o diferencia dos modelos de planejamento tradicionais.

Considera-se, também, a importância dessa metodologia por responder às questões de ordem política; por permitir o envolvimento de políticos, de secretários de saúde, prefeitos de outros municípios e das mais diversas categorias de representação da sociedade civil; por conta de situações de negociações complexas e, principalmente, por permitir a participação dos verdadeiros interessados – a população, no sentido de construção de cidadania.

Para facilitar essa proposição metodológica buscou-se reconstituir dois casos distintos de microrregionalização do setor saúde – Jundiaí e Penedo – para elaboração de um diagnóstico. A expectativa é a de que os resultados das análises dos documentos e das falas dos gestores envolvidos atualmente com o processo possam contribuir na busca de melhorias, auxiliar administradores e demais atores sociais na gestão e sensibilizar os atores sociais do Litoral Norte quanto à microrregionalização

Dessa forma, apresenta-se as possibilidades de o Planejamento Estratégico Situacional ser utilizado como base metodológica do planejamento da microrregionalização do litoral norte, considerando os casos de Jundiaí/SP e Penedo/AL, as análises documentais e a experiência vivida e manifesta nos depoimentos dos gestores. Além destas informações, o PES é uma das metodologias cujo diferencial inclui a participação do usuário e demais interessados num projeto de saúde partilhada. O alcance das questões de acessibilidade e cidadania, previstos na Constituição Federal, só serão possíveis mediante a participação dos verdadeiros interessados, que são os clientes, os usuários dos serviços de saúde.

Assumir o planejamento estratégico situacional como metodologia-base para a sensibilização à implementação da microrregionalização, no litoral norte paulista, implica em eleger como objeto privilegiado de intervenção os problemas de saúde da população dessa região, no tocante às ações de média e alta complexidade, à busca de superação, dirigindo à solução dos problemas, no sentido de nortear e encaminhar para as mudanças e transformações da situação atual para a situação desejada.

Centra-se na proposição metodológica do Planejamento Estratégico Situacional por entendê-la como facilitadora de um projeto de microrregionalização da saúde do litoral norte paulista e por responder às questões de ordem política, de desigualdades sociais, de complexidade na negociação e de participação popular. Traz o exercício da cidadania do próprio poder local, que deverá negociar, fazer parcerias, pactuar entre os gestores de saúde e prefeitos dos municípios da região, os gestores estaduais - representados pela Diretoria Regional de Saúde e Núcleo Regional de Saúde; governo federal, representado pelo Ministério da Saúde; os prestadores de serviços de saúde, empresários, conselhos de saúde, profissionais de saúde e representantes da sociedade civil institucionalizados ou não, incluindo as mais diversas categorias de clientes.

Há de se considerar a existência de muitos métodos de planejamento. Para Tancredi *et al* (1998, p. 7) “o melhor método é aquele que melhor ajudar numa determinada situação” e a metodologia escolhida sai bastante enriquecida quando a ela agrega-se técnicas de outros métodos compatíveis que se combinem, conforme o nível de hierarquia e de complexidade dos problemas.

Salienta-se que o método é uma contribuição, é um dos caminhos a ser percorrido e, na prática, ao cenário onde se apresenta o jogo de forças, interesses, etc., vão se incorporando diversos instrumentos de trabalho retirados de muitas partes. Sendo assim, é flexível (TANCREDI, 1998, p. 7).

Deve-se olhar esse caminho como uma ponte a ser atravessada e imaginando que pode-se atravessá-la a pé, de carro, de bicicleta, de ônibus, etc., e que os diferentes atores sociais, de acordo com a percepção, a experiência, a ideologia, o interesse, de cada um, vêem e vivem a realidade de maneiras diferentes, em tempos e expectativas também diferentes.

O Planejamento Estratégico envolve a definição da missão, visão, objetivos e valores como elementos fundamentais para se atingir os resultados propostos (COSTA, 2002) e levanta algumas sugestões para discussão junto aos atores envolvidos no possível planejamento da microrregionalização do setor saúde no litoral norte paulista.

?? **Missão:** razão da existência.

Sugestão: garantia do acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade, promovendo equidade e cidadania;

?? **Visão:** modelo mental de um estado futuro desejado

Sugestão: funcionamento de uma rede regionalizada e hierarquizada integrada aos quatro municípios do litoral norte paulista;

?? **Objetivos:** são os resultados que se pretende alcançar com uma atividade planejada; como sugestão, a melhoria do acesso aos atendimentos de média e alta complexidades aos pacientes do litoral norte paulista.

?? **Valores:** são conceitos de ética e de conduta adotados.

Sugestão: Busca de consenso nas negociações, igualdade de oportunidades a todos os atores sociais envolvidos. Responsabilidade e transparência.

O planejamento estratégico situacional é um método voltado para a resolução de problemas, entendendo-se problema como “algo detectado que incomoda um dado ator social e o motiva a buscar soluções adequadas”. Ou seja, aquilo que o ator detecta na realidade e confronta com um padrão que ele considera não adequado ou não tolerável e o motiva a enfrentá-lo.

O PES é um método que trabalha no processamento de problemas atuais; problemas potenciais (ameaças e oportunidades) e dos macroproblemas.

A seleção de problemas específicos é feita segundo as causas - ou nós críticos do macroproblema. Assim, processar problemas implica em explicar como nasce e se desenvolve o problema através da sua descrição, usando-se indicadores da realidade; fazer planos para atacar as causas do problema, o que implica necessariamente ações intersetoriais; analisar a viabilidade política do plano ou verificar o modo de construir sua viabilidade; atacar o problema na prática, o que implica ter uma visão real dos problemas locais, isto é, sem generalizá-lo nem na descrição, nem na proposta de solução.

À medida que se propõe uma metodologia para organizar os serviços de saúde, o planejamento situacional, no espaço de planejamento da microrregionalização em estudo, se coloca como metodologia privilegiada por contemplar questões relacionadas com os espaços de luta política e poder, por permitir o desenho de estratégias a curto, médio e longo prazo, por tratar de questões ligadas à busca de eficiência e eficácia das ações e por ser considerado processo de transformação, que possibilita a introdução de mudanças organizativas que impliquem na construção de um modelo assistencial com base nos princípios de territorialização,

acessibilidade, integridade e equidade e que seja participativo (TEIXEIRA, 1999, p. 238-241).

Assim, as mudanças na gestão da forma individual para forma coletiva se colocam como estratégicas, pois podem contribuir para a criação de condições necessárias para a redefinição da infra-estrutura e da organização dos serviços de média e alta complexidade, voltados para a solução dos problemas de saúde da população da região litoral norte paulista.

A proposta do Planejamento Estratégico Situacional (PES) é uma criação que tem, por trás de uma visão não compartimentada da sociedade, uma visão sistêmica que tenta integrar e trabalhar com as dificuldades que a vida social oferece, com as surpresas, as possibilidades, com aquilo que é possível e impossível.

Carlos Matus, economista e planejador interessado em áreas do conhecimento que permitissem construir planos que ao final dessem certo, com o máximo de viabilidade, foi o idealizador deste método, inspirado, com certeza, nas idéias de um novo paradigma de educação. Ele teve o condão de construir, em uma série de trabalhos, o PES. Na construção do PES encontram-se elementos da Física, da estratégia militar, da Biologia, de trabalhos da psicologia humana. Conseguindo fazer o que Fayol, pensador francês, fez ao tentar junto com Taylor, encontrar um método para tornar o trabalho rápido e eficiente. Não eram criadores natos, tentaram ler tudo o que estava sendo publicado na época e reuniram aquele conjunto de conhecimentos que resultaram em dois métodos diferentes, embora convergentes (MATUS, 1996).

O PES tenta planejar para uma realidade em permanente mutação, ou seja: pode-se planejar e não se prever o futuro, porque a vida está cheia de surpresas, que proíbem prever. Pode-se prever com algumas variáveis, mas é preciso ter planos de contingência para enfrentar as surpresas, propondo-se uma análise rigorosa do problema.

O planejamento situacional lida com uma situação que é cambiante. Se olhar para o céu e ver uma formação de nuvens; dali a cinco minutos isso já pode ter mudado. Assim também é a realidade social, claro que não com essa rapidez, obviamente. Mas ela permite que se faça planos pensando nessa volatilidade que existe na realidade social.

Ao conceber um plano dessa natureza, Matus estava preocupado em criar uma metodologia que fosse adequada à realidade dinâmica, cheia de surpresas que mostra como não há muita certeza com o que vem depois da curva. Conhece-se o caminho até um certo ponto: o PES é um tipo de planejamento que vai se refazendo permanentemente. Esta é uma qualidade fundamental: ter um plano que não acaba.

Há situações que vão surgindo e pode ser que se tenha que usar um plano de contingência quando acontece um desvio do leito original.

Assim, o desenho da proposta metodológica do PES se apresenta em quatro momentos: análise da situação de saúde da região, desenho da situação-objetivo, estratégias de ação, e, por último, organização do sistema intermunicipal dos serviços de saúde no litoral norte paulista.

A **análise da situação de saúde** da região em estudo inclui a identificação, priorização e análise dos problemas. É o **momento explicativo**, em que se busca conhecer a realidade da região, utilizando-se de todas as informações e indicadores disponíveis para análise, metodologias existentes, enfim, tudo o que for possível para se conseguir um diagnóstico o mais aproximado possível do real.

Neste momento, inicia-se a seleção de problemas, que não significa uma lista de problemas e pronto, mas a compreensão de quem mora, trabalha ou transita pelo território em estudo e suas respectivas demandas por serviços de saúde de média e alta complexidade. Dessa forma, trata-se de aprofundar o conhecimento sobre o território – litoral norte paulista, estreitar a relação com a população organizada, amadurecer o exercício da gestão nos fóruns colegiados, como Conselhos Municipais de Saúde e Comissão Intergestora Regional e também o envolver a sociedade civil, representada pelas associações de bairros, sindicatos, conselhos profissionais e usuários.

O próximo passo do método PES, em relação a esse momento, é a explicação dos problemas, que se faz desenhando sua rede de causalidade e definindo os nós críticos, compreendendo-se os problemas – análise situacional – configuração da situação inicial.

Assim, analisa os problemas, seleciona-os, vê quais são as prioridades maiores nessa seleção, estrutura bem os nós críticos, verifica a governabilidade sobre estes nós críticos e delinea planos para enfrentar esses problemas.

Quando se monta nós críticos e a governabilidade se está vendo quais são os elementos, pessoas e atores organizacionais que podem convergir ou discordar do plano. O planejamento estratégico tem o condão de, ao selecionar e analisar os nós críticos e sua governabilidade, permitir ao grupo analisar também sua viabilidade. Faz-se o teste da viabilidade e, então, os planos de contingência para enfrentar as surpresas.

Essa visão de mudança, de lidar com as surpresas, de estruturar o eixo de ação, é fundamental. A sociedade é extremamente mutável, com demandas conflitantes. O PES foi concebido para lidar com organizações de alta direção, foi concebido como ferramenta para os governantes que estão tomando decisões. Os

Ministros da República, por exemplo, tomam decisões das atividades fim e meio. Essas pessoas deparam-se com dilemas quando, apesar de ter os problemas selecionados, analisados e priorizados, constatam que não há máquina para realizar o plano.

A partir desse tipo de preocupações, começou-se a pensar em como aplicar essa visão, ainda que de maneira reduzida, e penetrar com este método no interior das organizações para ajudá-las a preparar-se para dar conta de um plano. Dentro desta visão é que todo o Estado e os governos devem ser pensados, a partir de dois conceitos fundamentais: das macroorganizações e das organizações.

O segundo momento **Situação-Objetivo – momento normativo** implica na definição dos cenários e da formulação dos objetivos de curto, médio e longo prazo, com base na identificação, priorização e análise dos problemas identificados no primeiro momento.

O conhecimento, então acumulado sobre a organização dos serviços na região, proposta de microrregionalização, necessidades e possibilidade de uma atuação intermunicipal, entre outros, são reorientados para o desenho de onde se quer chegar – imagem objetivo – e das operações que necessitam ser desencadeadas para o enfrentamento dos nós críticos. A construção das operações é um passo fundamental que considera a relação entre o poder político, o conhecimento técnico, as tradições, a cultura da população e calculam-se os recursos necessários para a viabilização da proposta (ALMEIDA, CASTRO *et al.*, 1998).

O **momento estratégico** centra-se no esforço para construir a viabilidade, mapeando todos os atores que possam cooperar ou se opor ao que está proposto. Segundo Matus “a arte da política consiste em fazer possível amanhã aquilo que hoje parece impossível. A estratégia não se refere ao cálculo do possível, mas à construção de viabilidade” (MATUS, 1996).

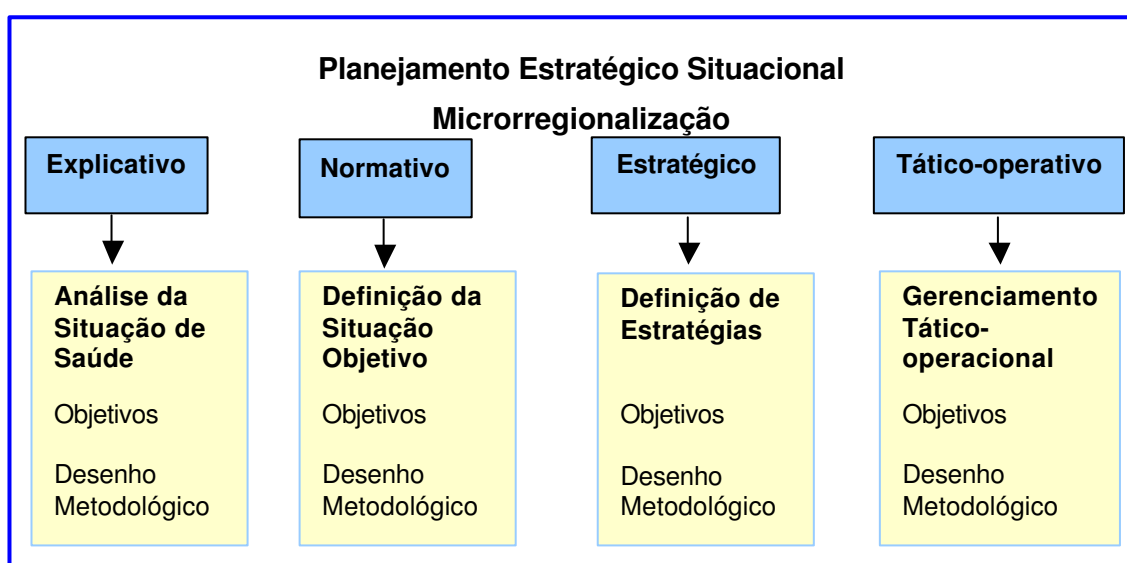
Esse momento é o coração do planejamento da proposição, é o momento em que, a partir da definição concreta do que fazer, quem fará, quando, onde, com quem, com que recursos e para que, aparecerão os conflitos. Dessa forma, corresponde a um processo permanente de formulação e detalhamento de propostas de ação continuamente negociadas entre os gestores, prestadores de serviços, e outros atores sociais envolvidos.

Para a realização do planejamento estratégico em saúde é preciso haver preocupação com os valores institucionais e com as necessidades sociais, que envolve processos políticos e de negociação, assim como a necessidade de caracterização e análise dos cenários, externos e internos, atuais e a projeção de cenários futuros.

O quarto momento, **organização do sistema intermunicipal dos serviços de saúde no litoral norte paulista**, trata do **momento tático-operacional** de execução, acompanhamento e avaliação.

O fazer passa a ser considerado parte do plano e não uma etapa posterior. Assumir essa proposta estratégica de planejamento pode ser uma forma de construir um novo modo de pensar que supere a rotina, a inércia burocrática. A desmotivação pode ser uma possibilidade de reorganizar a lógica da organização do trabalho, construindo um esforço coletivo de mudança da realidade atual. Esse fazer é, também, recalculando o plano, monitorar as operações no sentido de ajuda para redesenhá-las permanentemente e avaliar continuamente o impacto no processo de organização dos serviços de saúde de média e alta complexidade no litoral norte paulista, na realidade da população da região (ALMEIDA & CASTRO *et al*, 1997).

Assim, retoma-se continuamente aos momentos anteriores num processo permanente e em espiral.



Fonte: Adaptado de Teixeira, 1999.

Figura 14 – Momentos do Planejamento Estratégico Situacional – Desenho Proposto ao Planejamento de microrregionalização no litoral norte paulista

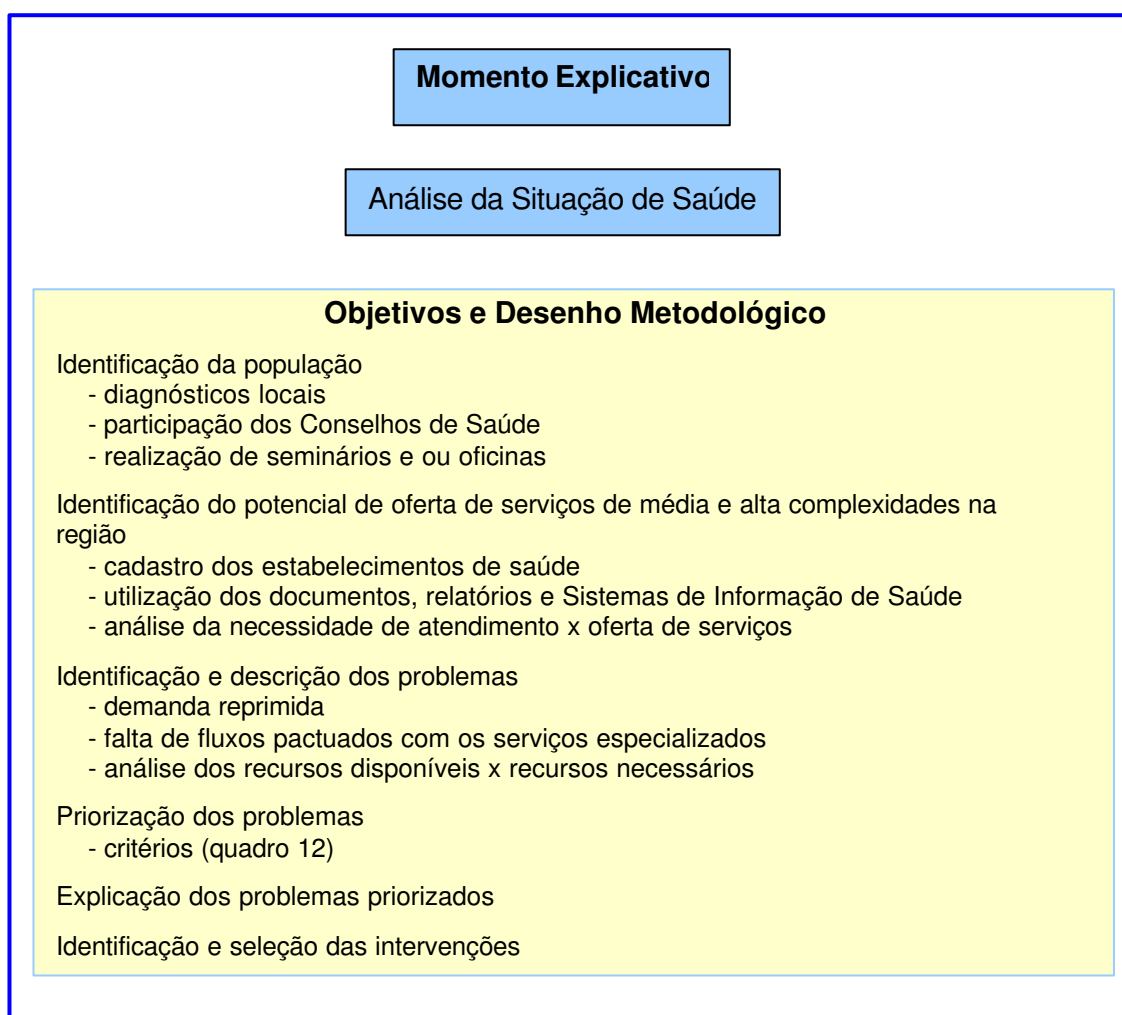
Entende-se que a metodologia proposta seja um dos caminhos possíveis para estudar e sensibilizar para um projeto de planejamento e implementação de microrregionalização dos serviços de saúde no litoral norte paulista. Assim, passa-se a explicar momento por momento do planejamento situacional, considerando as contribuições das falas dos gestores e diretores e dos documentos, dos casos analisados, auxiliados por alguns documentos locais.

Os documentos analisados e as falas dos gestores e diretores de saúde entrevistados apontam a microrregionalização como uma estratégia que busca maior equidade nos atendimentos às necessidades à saúde, uma forma coletiva de gestão ao relacionar-se com outras cidades organizadamente, com o intuito de facilitar a oferta dos serviços em direção à garantia do acesso.

Os entrevistados foram unânimes no entendimento da microrregionalização como uma forma mais justa e qualitativa de distribuição de serviços e recursos e que, dessa forma, facilita o acesso aos serviços de saúde de maior complexidade.

Observa-se que tanto nos documentos, como nas falas, aparece a responsabilidade dos três níveis de governo na atenção integral à saúde dos cidadãos.

Passa-se a detalhar cada momento.



Fonte: Adaptado de Teixeira, 1999.

Figura 15 – Momento Explicativo

Neste momento, é a explicação que se faz da realidade. Há de se buscar conhecer a situação de saúde da região, dos quatro municípios, utilizando todas as

informações, indicadores, metodologias existentes, ou seja, tudo o que for possível para a análise e se ter um diagnóstico.

Assim, a situação de saúde da população do litoral norte é explicada pelas informações disponíveis e pelo conjunto de problemas levantados, na perspectiva dos sujeitos sociais envolvidos no processo.

?? **Identificação da população**

Entende-se que essa identificação da população do litoral norte paulista contemple os critérios demográficos, epidemiológicos, socioeconômico e político. Como desenho metodológico, entende-se que essa caracterização é o “*start*” para a análise da situação, visa aprofundar o conhecimento do território e sua ocupação; estreitar a relação com a população organizada e não organizada oficialmente; realizar seminários para discutir o tema; fortalecer essa discussão nos fóruns oficiais como Conselhos de Saúde dos quatro municípios e na Comissão Intergestora Regional (CIR). Para tanto, os dados e informações coletadas, se sistematizadas em gráficos, tabelas e mapas, facilitam a visualização para a comunicação partilhada e a participação dos interessados, incluindo a população.

Os documentos do estudo de caso de Penedo/AL demonstram que foi realizado diagnóstico do setor saúde, no âmbito estadual, e análise da situação de saúde dos cinco municípios envolvidos no projeto piloto de microrregionalização da saúde.

No caso de Jundiá, os documentos e falas demonstram ter sido um processo ascendente e que se deu de forma natural, numa evolução histórica, na busca dos gestores em resolver seus problemas, principalmente no tocante à garantia do acesso da população aos serviços de média e alta complexidades. Quanto ao diagnóstico da região, percebe-se a iniciativa do município-referência, segundo E2, em apropriar-se das informações disponíveis dos municípios da região. Pelas evocações, percebe-se que houve muita discussão e que, apesar de ser um processo histórico, continua o processo de planejamento e implementação da microrregionalização.

A experiência de Penedo/AL, na realização de seminários temáticos de sensibilização ou oficinas contemplando diversos temas, mostra que foi realizado um diagnóstico situacional e, ao final de cada evento, era formada uma Câmara Técnica.

Entende-se que pode ser utilizado, no litoral norte paulista, a prática de oficinas e seminários, e uma sugestão é que poderia iniciar-se pelos Conselhos de Saúde com amplo chamamento de participação dos mais diversos setores, auxiliando na complementação de informações para identificação da população de cada município e

participando ativamente de todo o processo. Depois, a realização de um Seminário Regional de Sensibilização, com prefeitos, técnicos, liderança dos municípios, conselheiros e sociedade em geral para envolver a agenda do poder local.

?? **Identificação do potencial de oferta de serviços de saúde de média e alta complexidades na região**

Os documentos e as falas dos casos analisados apontam a importância da identificação do potencial de oferta de procedimentos mais complexos de saúde de cada município, como instrumento de planejamento, programação e pactuação.

No litoral norte paulista, a exemplo dos casos, a identificação das necessidades da população e capacidade de produção dos serviços existentes poderão facilitar o processo de negociação.

Assim, utilizar-se da lógica da necessidade da população, conforme previsto no Plano Diretor de Regionalização do Estado de São Paulo, do cadastro atualizado dos Estabelecimentos de Saúde dos quatro municípios, como instrumento de identificação de recursos existentes em cada município, e discutir algumas etapas apontadas pelos casos analisados: a) levantamento dos serviços e necessidades; b) discussão das limitações dos serviços; c) avaliação e classificação de cada município; d) mapeamento dos serviços de alta e média complexidades na microrregião e região, além da utilização de todos os dados disponíveis nos Sistemas de Informação da Saúde, incluindo análise de produção x potencial, entre outras, são contribuições dos casos analisados à região em estudo (litoral norte paulista).

?? **Identificação e descrição dos problemas**

A descrição dos problemas pode ser feita com base nas informações disponíveis e coletadas junto aos seminários ou fóruns que contam com a participação ativa dos atores sociais envolvidos e interessados no processo, que trazem à tona os problemas de cada município e os de integração entre os mesmos e a inter-relação entre os demais municípios.

Um aspecto importante, nesse processo, é a visão de importância de cada município para si próprio, e, assim, transpor a barreira da forma individual para a forma coletiva de gestão, superando o individual competitivo para o cooperativo. Esse é um desafio para o planejamento e implementação de um projeto dessa natureza.

A explicação situacional envolve conhecer a região em estudo, não somente pelos dados, relatórios, mapas, etc., mas também pela participação dos atores (representação dos usuários do sistema, prestadores de serviços, associações

institucionalizadas formalmente e não formais, políticos e população em geral). Essa realidade pode ser conhecida no sentido de ser compreendida, entendendo-se que compreensão vai além de conhecer, é mais abrangente, envolve sentir como vive essa população, onde mora, se trabalha, no que trabalha, quanto ganha, se tem acesso aos serviços de saúde, onde é atendida quando necessita de um atendimento de média e alta complexidades, como são financiadas essas ações, etc., se está satisfeita com os serviços que lhe são oferecidos e o que sugere.

Assim, a explicação situacional dos problemas está relacionada ao *feeling* de quem analisa, ou seja, é subjetiva e carrega os reflexos que os atores envolvidos na explicação trazem na sua bagagem, seja teórica, ideológica, ética, experiência vivenciada e interesses.

Segundo Almeida e Castro (1999), os critérios para seleção dos problemas são: valor político, tempo para se obter resultado, recursos exigidos x recurso disponível, governabilidade dos atores sobre o problema, custos de adiar, exigência de inovação/continuação, impacto regional, impacto no balanço político do governo.

Tanto nos casos de Jundiaí, como de Penedo, observa-se que um dos problemas mais evidenciado é a demanda reprimida nas ações mais complexas de saúde (dificuldade no acesso), a falta de fluxos pactuados com os serviços regionais especializados, explicados, por exemplo, pela falta de integração entre os serviços e instâncias governamentais.

No litoral norte paulista, a demanda não atendida se verifica nas filas de espera para os diversos serviços de média e alta complexidades, como exames de colonoscopia, eletroencefalograma, exames laboratoriais mais complexos, histeroscopia, etc., podendo-se identificar como problemas, as **dificuldades no acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidades** e a demanda reprimida, que poderá ser um dos temas apresentado nos seminários ou fóruns para possível priorização e possibilidades de solução.

Observa-se, na análise dos casos, que a falta de organização dos fluxos e protocolos pactuados com os serviços especializados é, também, um problema a ser transposto. Outra questão importante é a limitação financeira, que por ter tido como base de cálculo a série histórica e esses procedimentos não eram realizados, então, não foram contemplados no teto financeiro. Sugere-se, no momento do planejamento da microrregionalização no litoral norte paulista, alertar-se para tais questões.

?? Priorização dos problemas

Identifica-se uma ordem prioritária para os problemas selecionados junto aos atores sociais envolvidos. Os técnicos devem fazer uso dos parâmetros para priorização de problemas em saúde pública que baseiam-se em escala e critérios, como: impacto na situação de saúde da população da região em estudo, o potencial de epidemia, tecnologia disponível para intervir e custo de intervenção.

O quadro abaixo expõe como os valores podem ser atribuídos a cada um dos critérios e assim estabelecer-se uma pontuação que permita uma priorização de acordo com o total de pontos alcançados (Teixeira, 1999).

Escala	0	1	2	3
Critérios				
Impacto	Baixo	Significativo	Alto	Muito Alto
Potencial de epidemia	Não há	Mínimo	Significativo	Alto
Disponibilidade tecnológica	Mínima	Moderada	Significativa	Alta
Custo	Muito Alto	Significativo	Moderado	Baixo

Fonte: Teixeira, 1999.

Quadro 15 – Parâmetros para priorização de problemas

?? Explicação dos problemas priorizados

Entende-se que a priorização e a explicação dos problemas priorizados deva ocorrer por meio do processo participativo, contando-se no palco com os conhecimentos e experiência dos técnicos, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e representações da comunidade, envolvendo os quatro municípios.

Matus (1996) traz, como modelo de explicação situacional, o fluxograma situacional, rede de causalidade do problema a ser explicado, que hierarquiza as causas pertinentes em três níveis de produção social (regras, acumulações e fluxos de produção social) e as que classifica as mesmas em três espaços segundo sua governabilidade (espaço de governabilidade do ator, espaço-fronteira do problema e espaço de fora do problema).

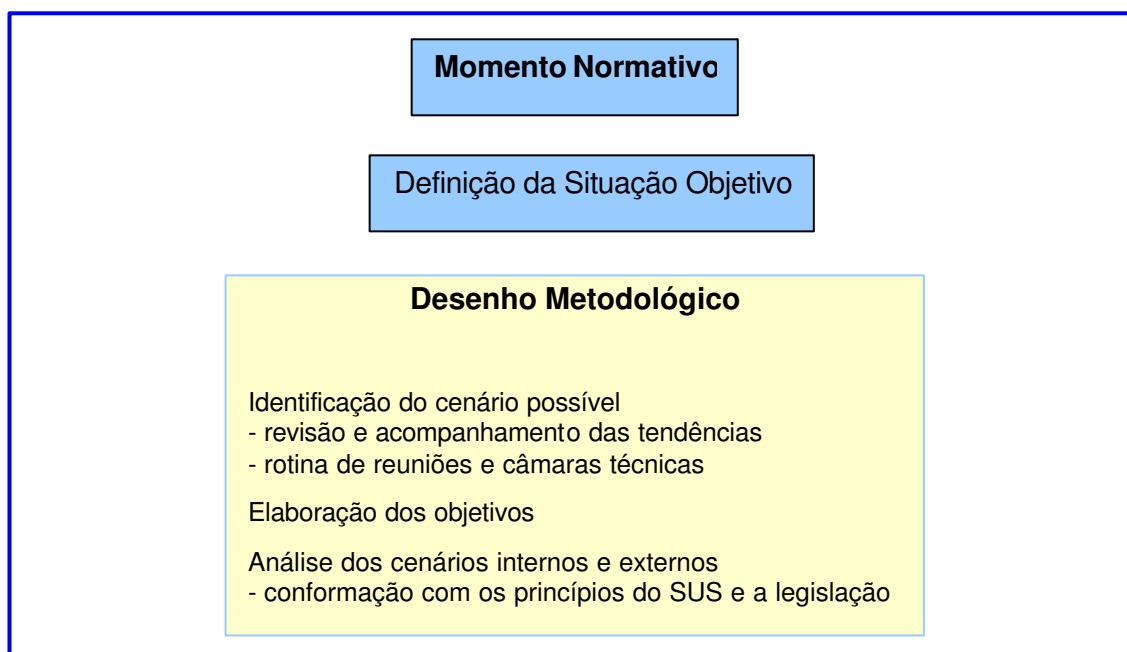
O objetivo do mapeamento das causas de um problema e de suas relações é o de escolher entre as causas os nós críticos ou pontos de ataque do problema focalizado. Esta escolha supõe considerar três critérios por referência às causas: o impacto de cada causa sobre o problema, a possibilidade prática de atuação sobre as causas e a viabilidade ou oportunidade política de intervenção sobre as mesmas.

Se, a título de exemplo, o problema priorizado for a dificuldade no acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade, é possível que apresentem-se como nós críticos: insuficiência de recursos financeiros para atendimento de média e alta complexidades, ausência de fluxos e pactos intermunicipais, insuficiente regionalização e pode-se ter como possíveis descritores do problema: alta porcentagem de demanda não atendida, insuficiente atenção à saúde, grande número de reclamações, etc.

?? **Identificação e seleção de intervenções**

Para identificar as intervenções que serão necessárias para o encaminhamento e solução dos problemas identificados, descritos e priorizados, um dos casos analisados demonstra que, por iniciativa própria, foram realizados diagnósticos e reuniões periódicas que discutiram e organizaram critérios e protocolos para encontrar soluções e respostas ao principal problema de demanda reprimida.

O próximo passo é o **momento normativo**.



Fonte: Adaptado de Teixeira, 1999

Figura 16 – Momento Normativo

Com base na identificação, priorização e análise dos problemas levantados e explicados no momento anterior, responde-se à pergunta **onde se quer chegar**. A partir da situação atual, define-se a imagem objetivo e a situação objetivo a longo, médio e curto prazo.

Todo conhecimento acumulado no momento explicativo, sobre a demografia, a epidemiologia, a organização dos serviços de saúde da região, a percepção dos atores, necessidade de integração entre os municípios, etc., agora, são reorientados para onde se quer chegar.

O quadro 16 demonstra a formulação de situação e imagem objetivo suposta para a microrregionalização do setor saúde no litoral norte paulista:

Situação Atual	Imagem Objetivo	Situação Objetivo
Alta porcentagem de demanda não atendida nos procedimentos de média e alta complexidades	Atender 100% da demanda por procedimentos de média e alta complexidades	Reduzir em um ano 50% da demanda reprimida
Insuficiente atenção à saúde	Atendimento integral à saúde	Melhoria do atendimento à saúde
Grande número de reclamações	Ausência de reclamações e satisfação do usuário	Melhorar o grau de satisfação do usuário Reduzir em até 30% o número de reclamações em um ano

Fonte: Adaptado de Almeida & Castro, 1999.

Quadro 16 – Formulação de Situação e Imagem Objetivos

É nesse momento, também, que se identificam os atores, se priorizam as operações e definem-se os responsáveis por elas, assim, constroem-se uma matriz de operação dos nós críticos, cujo exemplo encontra-se no Quadro 17, considerando-se, a título de exemplificação, o problema dificuldade no acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade, e, como nó crítico, insuficiência de recursos financeiros para a realização de procedimentos de alta e média complexidades:

Operação	Atores	Recursos					Responsável	Prazo
		Téc.	Adm.	Pol.	Fin.	Viab		
OP1 – Articular junto aos poderes municipal, estadual e federal, recursos para as ações de alta e média complexidades	- Prefeitos dos quatro municípios - Comissão Intergestora do SUS - Secretários de Saúde dos quatro municípios - Conselhos de Saúde - Usuários e representantes de entidades institucionalizadas e demais movimentos sociais	-	-	+++	+++	-	Prefeitos dos quatro municípios	Indeterminado

Fonte: Adaptado de Teixeira, 1999.

Quadro 17 – Matriz de Operações

?? **Identificação do cenário possível**

Faz-se necessária a revisão e acompanhamento constante de informações de natureza política, econômica, social e identificação de tendências.

As tendências no âmbito nacional, estadual e nos municípios da região, podem alterar o cenário de possível para impossível ou vice-versa. Embora já se tenha a situação-objetivo, é necessário um acompanhamento contínuo do cálculo sobre o futuro e a construção de diferentes cenários, conhecendo os atores, os recursos e os conflitos que envolvem cada um.

Nesse sentido, há de se levar em consideração as questões políticas que, para o sucesso da microrregionalização, supõe-se a superação de conflitos e adoção dos problemas não mais como apenas municipais, mas como regionais.

Nos casos analisados, a rotina de reuniões e a instalação de Câmaras Técnicas, facilitaram o acompanhamento do processo, o que pode ser realizado no litoral norte, com participação técnica e social.

?? **Elaboração dos objetivos**

Essa fase implica em discutir os objetivos que podem ser alcançados e a forma de torná-los viáveis e estabelecer prazos.

Na busca pela solução do problema demanda reprimida para atendimentos de média e alta complexidade, na análise dos estudos de casos, observa-se, nos documentos e nas falas dos entrevistados, a ênfase em construir espaços de negociação, articulação e organização dos serviços e ações de saúde, priorizar as necessidades da população, com o intuito de garantir o atendimento na atenção secundária e terciária.

?? **Análise dos cenários internos e externos**

Quanto ao cenário interno, verificar se há integração entre os objetivos definidos com os princípios gerais de equidade, acessibilidade e integralidade.

Os estudos de casos mostram que a microrregionalização está em conformação com os princípios do SUS, e que é uma forma integrativa de proporcionar maior acesso dos pacientes e aos serviços de saúde mais complexos e, assim, diminuir as desigualdades sociais.

No cenário externo, há de se avaliar a relação entre os objetivos estabelecidos de forma partilhada na região e sua correspondência às políticas estadual e nacional de saúde e revisa-se, criando condições favoráveis e de apoio ao plano de intervenção.

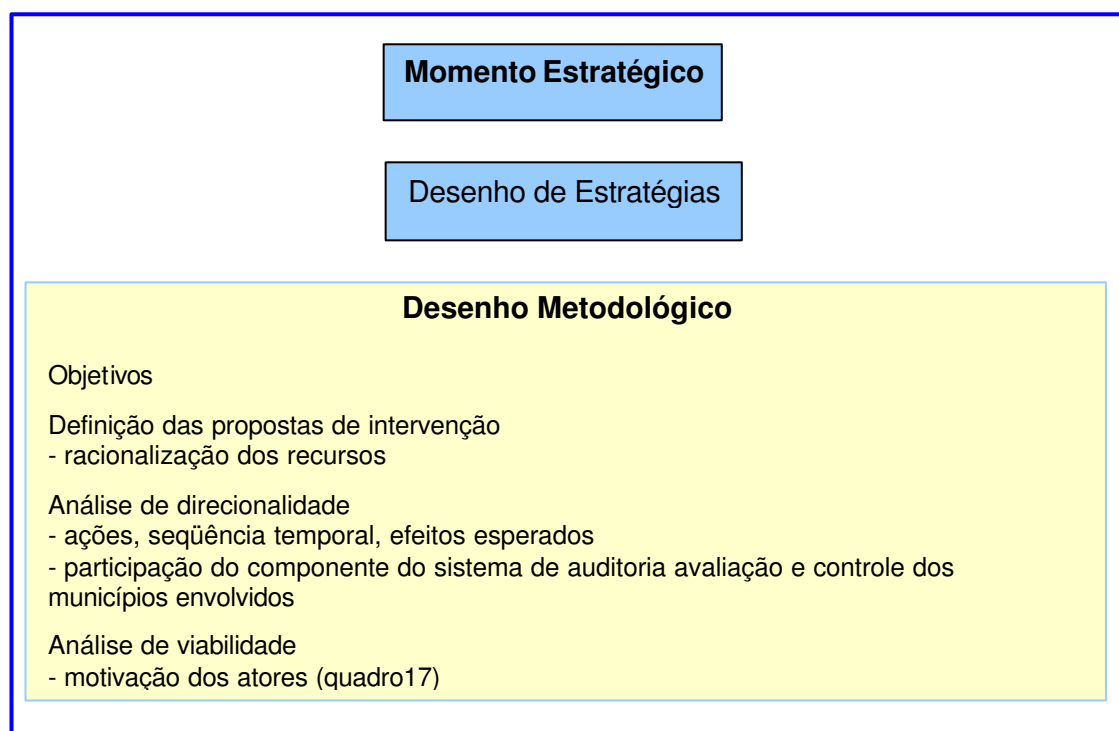
Os casos analisados demonstram conformação com os documentos dos governos estaduais, como o Plano Diretor de Regionalização, tanto do Estado de São Paulo como do Estado de Alagoas, e do governo federal, pelas portarias ministeriais, como a NOAS 01/01 e NOAS 01/02, para a viabilização do planejamento e implementação da microrregionalização.

No planejamento e implementação do projeto de microrregionalização, no litoral norte, há de se levar em consideração as análises dos cenários interno e externo.

O **momento estratégico** centra-se no esforço para construir a viabilidade, mapeando todos os atores que possam cooperar ou se opor à proposta.

A análise estratégica, segundo Almeida *et.al* (1997), deve responder às perguntas: Que operações do plano são viáveis agora? Posso construir operações viáveis durante meu governo?

Nesse momento analisa-se os possíveis conflitos dos atores em relação às operações e sua natureza, a viabilidade, e indica-se a estratégia para criar viabilidade quando não há consenso.



Fonte: Adaptado de Teixeira, 1999.

Figura 17 – Momento Estratégico

?? Definição das propostas de intervenção

Uma vez identificados os atores e o tipo de poder que cada um mantém na Matriz de Operações apresentada na página --- (Quadro 16), inicia-se a programação

de atividades, e a intervenção pode ser feita tomando como ponto de partida os nós críticos. Entende-se por nó crítico fatores que aparecem na rede explicativa em mais de um problema, o que indica que a intervenção sobre ele teria um efeito potencial de criar as condições para sua solução.

Supondo-se como nó crítico a insuficiência de recursos financeiros para a realização dos procedimentos de alta e média complexidades, os estudos analisados manifestam a problemática em relação à escassez de recursos financeiros, principalmente quanto às transferências dos governos federal e estadual para suprir a demanda por atendimentos de alta e média complexidades.

A lógica de transferência de recursos SUS, calculada em série histórica, não atende às necessidades de demanda, uma vez que a base é subdimensionada.

A análise dos estudos mostra que os municípios têm apostado na racionalização dos recursos, evitando duplicidade de investimentos e formando uma sinergia entre eles. Um outro aspecto relevante é a ampliação da participação dos recursos municipais no setor saúde.

?? Análise de direcionalidade

Diz respeito à direção das intervenções para alcançar os objetivos. Assim, deve checar o conjunto de intervenções propostas, sua seqüência temporal, os efeitos esperados e qual a relação com os objetivos.

Segundo Teixeira (1999, p. 253), uma pergunta que expressa bem esse procedimento é “estão previstas todas as ações que são necessárias e suficientes para o alcance dos objetivos? São as ações previstas as necessárias e suficientes para o alcance dos objetivos?”.

O importante é, então, o acompanhamento e a avaliação das intervenções em direção ao alcance dos objetivos, aqui defendidos como melhoria do acesso aos atendimentos de média e alta complexidades aos pacientes do litoral norte paulista.

Nos casos analisados, percebe-se a presença da equipe da área de controle, regulação e avaliação na análise de direcionalidade. No caso de Alagoas (microrregião de Penedo), por intermédio do Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria, com presença marcante do Estado. Na microrregião de Jundiaí, observa-se a participação do componente do Sistema de Auditoria.

No litoral norte paulista, sugere-se a participação dos componentes municipais do sistema de auditoria e equipe de acompanhamento do processo de microrregionalização.

?? Análise de Viabilidade

Considera-se o ponto focal para o planejamento da microrregionalização.

O enfoque situacional da questão da viabilidade implica num conceito de recurso ampliado. O poder técnico, político, administrativo e financeiro, ou seja, a capacidade de mobilizar conhecimentos e informações (técnico); de mobilizar recursos pessoal, material, equipamentos, etc. (administrativo); de investimentos e custeios (financeiro), a capacidade de mobilizar vontades (político), e a capacidade de estimular pessoas a comprometerem-se com determinados objetivos e ações por interesses políticos e ideológicos (projetos políticos) (TESTA, 1979).

A construção de matriz de motivação dos atores em relação às operações facilita identificar os atores que são aliados, oponentes e indiferentes ao plano. Entende-se que, assim, seja possível visualizar os poderes favoráveis para aglutinar, e conseguir adesão dos atores indiferentes e neutralizar os poderes contrários.

Atores	OP1	OP2	OP3	OP4
A1				
A2				
A3				
A4				

Fonte: Adaptado de Tancredi *at al*, 1998.

Quadro 18 – Matriz de Motivação dos Atores

Legenda:

+, -, 0 (indiferente)

Valor: A (alto), B (baixo), M (médio)

Aliados: A1, A3

Oponentes: A2

Operação de consenso:

Operação de conflito:

Este passo pede, também, uma sistematização das informações básicas em uma periodicidade determinada e considera tempos e responsáveis pela realização das ações previstas.

O quarto momento, **tático-operacional**, é o momento da execução, da realização e também do acompanhamento e avaliação das intervenções definidas no processo de planejamento da microrregionalização no litoral norte paulista. É o agir

cotidianamente em função do que foi planejado e, assim, criar condições para que os atores tenham a agenda preenchida pelo que foi definido no plano.

Fica clara a necessidade da submissão da ação diária à disciplina do planejamento. O plano, sem relação com a ação, é supérfluo ou mera pesquisa sobre o futuro (ALMEIDA *et al*, 1999).

O fazer é parte integrante do plano e não uma etapa posterior ao planejamento, o fazer é também recalcular o plano, o monitorar as operações, redesenhando-as permanentemente e avaliando continuamente o impacto no processo de organização dos serviços.

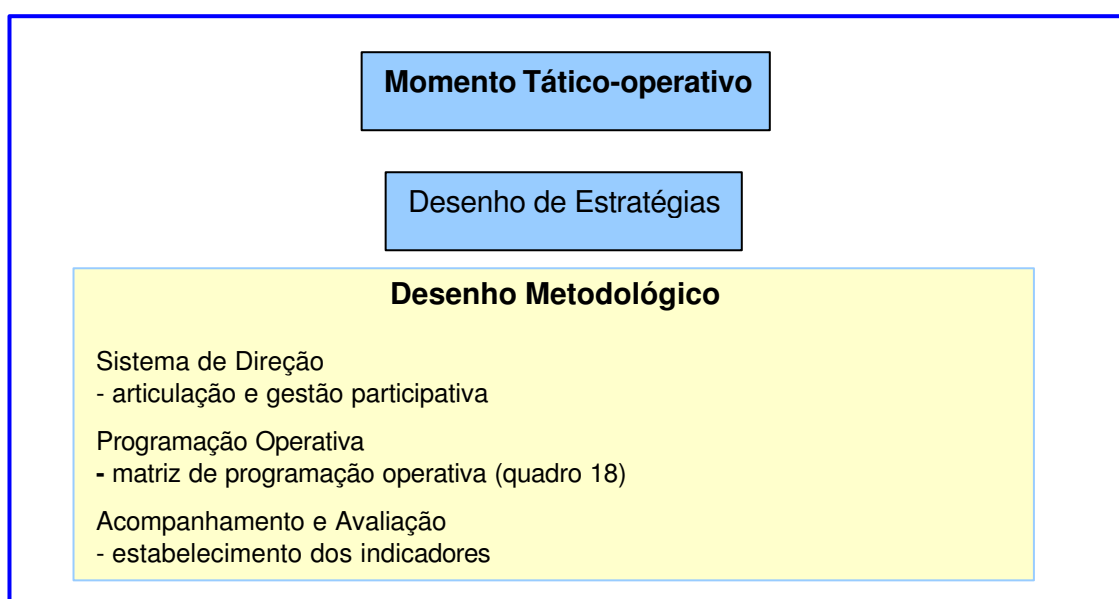


Figura 18 – Momento Tático-operativo

?? **Sistema de direção**

Por envolver vários municípios, entende-se a necessidade de montar um sistema de articulação de acordo com os princípios da gestão participativa e democrática entre os municípios envolvidos e a instância estadual representada pelo Núcleo Regional de Saúde de Caraguatatuba, Diretoria Regional de Saúde de São José dos Campos (DIR –21) e o colegiado Comissão Intergestora Regional.

Implica em estabelecer claramente as funções e competências de cada uma das partes envolvidas, formalizando-se em pactos de atendimentos. Como o que se propõe inicialmente é cada município oferecer serviços de determinada especialidade para si próprio e ser referência para os demais, precisa ficar muito claro, nesse momento, o que cabe a cada um, o que implica em estabelecimento de relações flexíveis organizadas em função da operacionalização, focando a comunicação ágil e

partilhada como importante fator na implementação e possível formação de comissões ou grupos de trabalho.

?? **Programação operativa**

Como o nome já diz, este passo significa operacionalizar de acordo com o tempo de cumprimento para as atividades e tarefas e respectivos responsáveis.

Sugere-se a utilização de uma matriz tático-operacional como instrumento de programação, apresentando-se dois modelos a seguir, que poderão ser revistos e adequados às necessidades apresentadas no decorrer do plano:

Programação Operativa				
Problema	Nós-Críticos	Objetivos	Ações Responsável	Tempo

Fonte: Teixeira, 1999.

Quadro 19 – Matriz de Programação Operativa

Operação/Tática	Processo	Responsável	Tempo	Nó-Crítico
Cognitivo				
Político				
Administrativo				
Técnico				

Fonte: Adaptado de Teixeira, 1999.

Quadro 20 – Matriz Tático-operacional

?? **Acompanhamento e avaliação**

Para o acompanhamento e avaliação do processo de planejamento e implementação da microrregionalização, bem como dos resultados, entende-se que sejam necessários alguns indicadores e que se estabeleçam níveis de impacto, de oferta, a organização dos serviços de média e alta complexidade e compara-los com outras regiões.

6 DISCUSSÃO

A discussão dos resultados centrou-se na apresentação do conhecimento obtido a partir da análise dos documentos e das evocações dos atores sociais entrevistados, tendo como foco a microrregionalização do setor saúde – diagnóstico - que favoreceu, de maneira significativa, o entendimento da trajetória e a reconstrução dos fenômenos ocorridos nos dois casos. Assim, foi fundamentada a proposição de microrregionalização do setor saúde no litoral norte paulista, com ênfase na utilização da metodologia do planejamento estratégico situacional.

As evocações, ao expressarem a Microrregionalização, confirmam as premissas iniciais deste trabalho, de que pode ser sintetizada em uma estratégia que busca maior equidade nos atendimentos às necessidades de saúde e de relacionar-se com outras cidades de maneira organizada com o intuito de garantir o direito de acesso às ações de saúde de maior complexidade.

Pela análise realizada, outra questão que merece ser discutida é o planejamento regional, uma vez que tanto nos documentos como nas evocações, o planejar regionalmente é tido como uma estratégia que possibilita operacionalizar e organizar os sistemas municipais de saúde facilitando o alcance dos princípios constitucionais.

6.1 ESTUDO DE CASOS

As regiões analisadas são distintas, tanto quanto ao modelo de regionalização da saúde como em relação ao modelo de desenvolvimento socioeconômico. A região de Jundiaí é considerada pólo industrial e está em franco crescimento. Já Penedo/AL pertence a uma região entendida como carente.

Observa-se, quanto ao modelo de regionalização, diferenças entre os casos analisados. Em Jundiaí, o processo de microrregionalização se deu de forma ascendente e natural, no caso de Penedo o processo está inserido nas políticas de desenvolvimento e planejamento do governo estadual.

Em relação ao litoral norte paulista, pode-se considerá-lo diferente dos dois casos em estudo, tanto como em desenvolvimento socioeconômico, modelo de desenvolvimento adotado calcado na construção civil e dependência do veraneio, quanto a presença da sazonalidade. Em relação à regionalização da saúde, também têm suas peculiaridades.

Observa-se uma leve semelhança com a região de Jundiaí, segundo os profissionais que trabalham na região, que relatam que a tentativa de cooperação

intermunicipal no litoral norte é discutida a aproximadamente 20 anos, antes mesmo de se pensar nas Normas Operacionais NOB 93 e NOB 96. A motivação dessas discussões estava calcada na garantia do acesso às ações de saúde e integração entre os municípios da região.

No processo de implementação da NOAS 01/01 e NOAS 01/02, os municípios de Caraguatatuba, São Sebastião e Ubatuba foram classificados como sede de módulo e, o município de São José dos Campos como município-pólo (DIR 21).

Essa questão merece atenção. Apesar de a NOAS 01/02, no capítulo I item 1.1, tratar da regionalização funcional na lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, observa-se no caso em estudo, que o planejamento da regionalização, norteou-se pela estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde. Muitos dos atendimentos de média e alta complexidades eram, historicamente, realizados em Taubaté. No processo de construção da NOAS, o município de Taubaté começa a organizar-se para ser município-pólo referência para os municípios pertencentes à DIR 24, conforme o Plano Diretor de Regionalização do Estado de São Paulo. Assim, num primeiro momento, a própria Secretaria de Estado da Saúde redimensiona a população referência de Taubaté, excluindo o litoral norte paulista.

Segundo informação do Setor de Transportes da Prefeitura Municipal de Ubatuba, os pacientes que antes recebiam em Taubaté tratamentos especializados, como radioterapia, quimioterapia e hemodiálise, passaram a ser transportados para São José dos Campos e Jacareí. A mudança de referência os obriga a viajar aproximadamente 50 a 70 quilômetros, três vezes por semana, o que merece ser revisto no processo de regionalização e consolidação da PPI.

Com base nos estudos de casos analisados, observa-se que no processo de planejamento e implementação da microrregionalização, deve-se levar em consideração a evolução histórica dos atendimentos.

Nos exemplos analisados, a Programação Pactuada Integrada é um importante instrumento na regionalização. Observa-se que a maior dificuldade na implementação da PPI está no aspecto financeiro.

Segundo os documentos analisados no processo de elaboração da PPI, para o levantamento da necessidade da população, foram utilizados parâmetros físicos e, para dimensionar a oferta existente, o cadastramento dos estabelecimentos de saúde. Como parâmetro financeiro a base foi a série histórica.

Observa-se, assim, a necessidade de se considerar, o histórico de referência dos atendimentos e as limitações financeiras, frente às demandas por serviços de saúde de média e alta complexidades.

Para as políticas de gestão das ações de saúde de média e alta complexidades, no processo de regionalização à luz da NOAS, observa-se uma certa recentralização no papel do Estado ao delegar, sob sua coordenação e regulação, a articulação dos gestores municipais para negociação de referências intermunicipais que culmina na programação pactuada integrada, mesmo tratando-se de municípios em gestão plena do sistema de saúde.

Segundo o documento “Implantação da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001”, do Ministério da Saúde, cabe aos gestores estaduais: desencadear, coordenar e conduzir o processo de regionalização, estabelecendo estratégias para viabilização da proposta e participação das três esferas de governo e conselhos de saúde.

Nas evocações dos gestores entrevistados, a importância do papel do Estado é evidenciada enquanto mediador e facilitador do processo de microrregionalização.

Um dos casos analisados, traz a experiência de implementação de forma ascendente “de baixo para cima”, retratando um processo histórico de negociação e busca de solução dos problemas de saúde entre os gestores locais.

Entende-se que o litoral norte paulista, que compreende o espaço geográfico dos municípios de Caraguatatuba, São Sebastião, Ubatuba e Ilhabela, pode configurar-se numa microrregião, dada as semelhanças geográficas, características culturais e tipo de desenvolvimento sócio-econômico.

Na área da saúde algumas dificuldades históricas são semelhantes nos quatro municípios, como a falta de estrutura de serviços que poderiam suprir as necessidades em média e alta complexidades, embora a população dos quatro municípios, somadas, justifique a necessidade dessa estrutura.

A proposta que já vem sendo discutida há algum tempo entre os municípios dessa microrregião, é que cada um desenvolvesse um tipo de serviço, que envolvesse ações específicas e compartilhasse com os demais municípios. Dessa forma, a título de exemplo, Ubatuba poderia estar se especializando em neurocirurgia, São Sebastião em hemodiálise, Caraguatatuba em colonoscopia, ressonância magnética, e assim por diante, com um planejamento estratégico situacional participativo, centrando na negociação integrativa, focado no benefício do usuário/cliente.

Segundo relato de alguns profissionais, a oferta de serviços de saúde no litoral norte paulista não foi planejada de maneira integrada, embora historicamente discute-se entre os municípios as questões de saúde no sentido de superar dificuldades. A construção da atenção à saúde tem se dado de forma isolada, diferente em cada município.

M. S. F., afirma que, no seu entender, para resolver a demanda por serviços de saúde de média e alta complexidades nessa região há de se pensar de forma coletiva. A construção da oferta de serviços não foi planejada regionalmente, aconteceu de maneira isolada e não foi pensada enquanto necessidade para a região. E traz uma outra questão importante em sua experiência, que é a existência de uma certa rivalidade política entre esses municípios, que precisa ser superada. Nesse sentido, faz-se importante incluir essa questão nos momentos explicativo, normativo e estratégico da proposta de planejamento.

Entende-se que nos dias de hoje não há mais espaço para barganha distributiva em que se disputa o maior pedaço do bolo, quando se precisa juntar para se formar um bolo. Assim, valoriza-se o despertar para a barganha integrativa.

As dificuldades em relação aos serviços de saúde de média e alta complexidade nos quatro municípios do litoral norte são presentes. A demanda reprimida por esses serviços é sentida. Esse incômodo impõe um xeque político às questões atuais de acesso, de economia de escala e racionalização de recursos, de negociação, de cumprimento de normas, tendendo a um processo de microrregionalização como uma possível forma de responder a essas necessidades.

Os documentos do município de Ilhabela, quanto às referências SUS, apontam que apesar do instrumento de pactuação disposto pela NOAS, ainda não houve a sua implementação. As referências continuam informais e irregulares e o município arca em grande parte com os custos dos exames de média complexidade 3 e alta complexidade, tanto em regime de urgência como os eletivos, pagando com recursos próprios municipais aos prestadores na maioria das vezes, valores superiores aos da tabela SUS.

O Relatório de Gestão de Caraguatatuba (2002, p. 23), quanto à organização dos serviços de média e alta complexidade aponta que o município participou de todo o processo da PPI e, embora esse instrumento fosse considerado uma saída para os gestores poderem pactuar e trocar serviços, garantindo atendimento integral aos munícipes, deparou-se com uma dura realidade que é a falta de recursos para o financiamento. Os tetos financeiros disponíveis para cada componente da PPI para os procedimentos de média e alta complexidades, não são suficientes para atender as necessidades de cada município, ficando prejudicada a pactuação.

Esse documento também expõe que embora o ano 2002 tenha sido marcado por avanços, novos desafios e maiores responsabilidades em relação à consolidação do SUS, de um lado caminha-se para as discussões de regionalização e organização dos serviços em busca de maior equidade, e, por outro, amarga-se a perda das poucas referências até então existentes, ainda que informalmente.

O Plano Municipal de Saúde de São Sebastião 2001-2002, aponta o item **Referência Externa** “a construção da microrregionalização do Litoral Norte [...] deve se dar de tal maneira que em sua estratégia contemple a maximização da permanência dos clientes em nossa região, garantindo de forma mais ampla possível, todos os recursos para média e alta complexidade”.

Na página 10 desse documento aparece novamente a questão da microrregionalização e a definição e recomposição dos papéis dos gerentes ao novo modelo, com ênfase na microrregião.

O documento Agenda Municipal de Saúde de Ubatuba 2001-2002, no eixo 4, denominado Reorientação do Modelo Assistencial e Descentralização, traz: desenvolver processo de integração intermunicipal da atenção à saúde no litoral norte paulista.

Assim, observa-se que os quatro municípios, em documentos diferentes, apontam a preocupação com a integração das ações de saúde de média e alta complexidade em prol da equidade do acesso.

A experiência dos gestores entrevistados aponta a Microrregionalização como uma estratégia que visa melhoria do acesso às ações mais complexas de saúde. Entende-se que a ocupação dos espaços de articulação e integração, com a participação dos atores sociais, que venha definir uma agenda que priorize intervenções e respostas aos problemas de saúde da região que possa promover a equidade do acesso.

Na medida em que a equidade de acesso é entendida como objetivo a ser alcançado, é interessante observar que nas evocações dos estudo dos casos analisados, não é contemplado o princípio da participação social.

Considera-se, ainda, que para o alcance da equidade na gestão dos serviços de saúde, um dos requisitos de impacto é um sistema de financiamento estável e suficiente para o provimento das ações e condições para a aplicação dos princípios constitucionais.

Os documentos analisados trazem os Planos Diretores de Investimento como instrumento estadual de necessidade de investimentos, apontados como necessários à implementação do processo de regionalização.

A maioria dos gestores entrevistados informa que não houve incentivo financeiro à implementação da microrregionalização, manteve-se o teto financeiro fixado sob o critério de série histórica. Repetindo as palavras de E7 “*a regionalização ocorre dentro do teto financeiro de cada município*”, ou seja, do que já existia, então “*estamos com o nosso teto financeiro estourado*”. Essa fala nos remete a refletir e observar a existência dos inúmeros SUS municipais e, das profundas desigualdades

existentes entre os municípios dependendo do município que o cidadão reside dentro de uma mesma região.

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

Dos casos analisados, observa-se na microrregião de Jundiaí, expressiva participação dos recursos próprios dos municípios no financiamento do setor saúde e, além disso, a atuação na racionalização.

Os municípios do litoral norte paulista, conforme informações do SIOPS/2002 (Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde), demonstram compromisso político com o setor saúde, embora em gestão individual.

ANO	RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS À SAÚDE (percentuais %)				
	MUNICÍPIOS				
	Caraguatatuba	Ilhabela	São Sebastião	Ubatuba	Mínimo a aplicar
2000	20,48	37,46	18,19	20,9	7
2001	18,70	39,87	20,73	22,45	15
2002	22,24	62,87	20,73	18,50	15

Fonte: SIOPS 2002.

Quadro 21 – Percentuais de Recursos próprios municipais destinados à saúde nos municípios de Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba no período de 2000 a 2002.

Observa-se, no quadro 21, que todos os municípios destinam ao setor saúde, percentuais superiores ao mínimo, ao aplicarem o cumprimento à Constituição Federal (EC 29/2002).

As políticas públicas de saúde combinam financiamento das três esferas de governo com execução descentralizada no nível local.

Entendendo-se a gestão pública como o espaço de tomada de decisões, a partir da mediação entre necessidades/demandas sociais e a administração dos recursos governamentais disponíveis, há ampliação do grau de autonomia política e financeira dos entes federados, sobretudo a esfera local, no que diz respeito à busca de estratégias políticas, na tomada de decisões e no controle das políticas de alcance social.

Em relação ao financiamento da microrregionalização, a maioria das evocações aponta para a racionalização, no sentido de evitar duplicidade de investimentos, melhor utilização dos recursos existentes e, além disso, acreditam que

de forma coletiva, juntos, podem ser ouvidos, conseguirem mais recursos e aprimorarem mais o sistema regional.

Para o litoral norte paulista, entende-se que o planejamento e a articulação entre os municípios, na estratégia de microrregionalização dos serviços de saúde, é uma forma de gestão cooperada entre os municípios, tanto no sentido de visar otimização dos recursos existentes como na captação de novos recursos.

Os gestores entrevistados fortalecem nas evocações a idéia da necessidade de pactuação, entendida 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 amenizar.

Os gestores informantes reafirmam, com veemência, sua neutralidade político-ideológica, o que é discutível uma vez que fazendo parte do grupo do poder local, eles fazem parte e representam o projeto político.

Na proposta de microrregionalização do setor saúde, para o litoral norte paulista, devem ser consideradas as diversidades ideológicas entre os municípios, que podem ser amenizadas pelo processo de pactuação pela aproximação, diagnóstico, etc., e realização de pactos pontuais.

Apesar da importância do poder local na microrregionalização, a maioria dos entrevistados, entende que esse processo é extremamente técnico e percebe-se a falta de conhecimento dos representantes políticos.

No litoral norte paulista, com base nas experiências dos casos, há necessidade de ampliar o conhecimento das forças políticas locais sobre microrregionalização.

Dos gestores entrevistados, 42,8% afirmam ser de tendência política inovadora. Segundo Fernandes da Silva (2001), é necessário reconhecer a estreita relação que existe entre a ação política local a cargo de gestores comprometidos com a transformação dos sistemas de saúde em seus espaços concretos de atuação.

Se nos municípios que vão integrar a microrregião do litoral norte paulista, e os gestores forem de tendência inovadora, pode-se deduzir a flexibilidade para apreciar e discutir o planejamento da microrregionalização.

Nos casos em análise, esse processo se expressa de várias maneiras, uma estratégia que busque maior equidade nos atendimentos às necessidades de saúde.

A aceitação dos gestores do litoral norte paulista, semelhantemente aos casos analisados, pode facilitar o planejamento e implementação do projeto para viabilizar a microrregionalização.

O cumprimento dos princípios organizacionais e operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) parece ter sido alcançado nas experiências que foram analisadas, uma vez que a Microrregionalização se afirma 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.

Embora os casos apresentem também dificuldades, espera-se que no litoral norte paulista a estratégia microrregionalização venha amenizar as questões relativas ao acesso.

6.1 METODOLOGIA PARA O PLANEJAMENTO SITUACIONAL

O Planejamento Estratégico Situacional é uma metodologia em que sua seleção neste trabalho pesou por mostrar-se que não é apenas um método, mas agrega técnicas que facilitam um projeto de microrregionalização. Primeiro, por indicar caminhos para superar questões significativas como desenvolvimento da cidadania pela participação dos conselhos municipais de saúde e das demais representações, organizadas ou não, em cada um dos municípios do litoral norte paulista, diminuindo assim, a centralidade. Depois, por seu caráter dinâmico de acompanhamento das mudanças locais.

O planejamento permite o desenvolvimento dos sistemas municipais de saúde. A metodologia proposta leva os gestores municipais e os gestores de saúde ao enfrentamento de uma nova estrutura do sistema de saúde, para garantir, de fato, participação social.

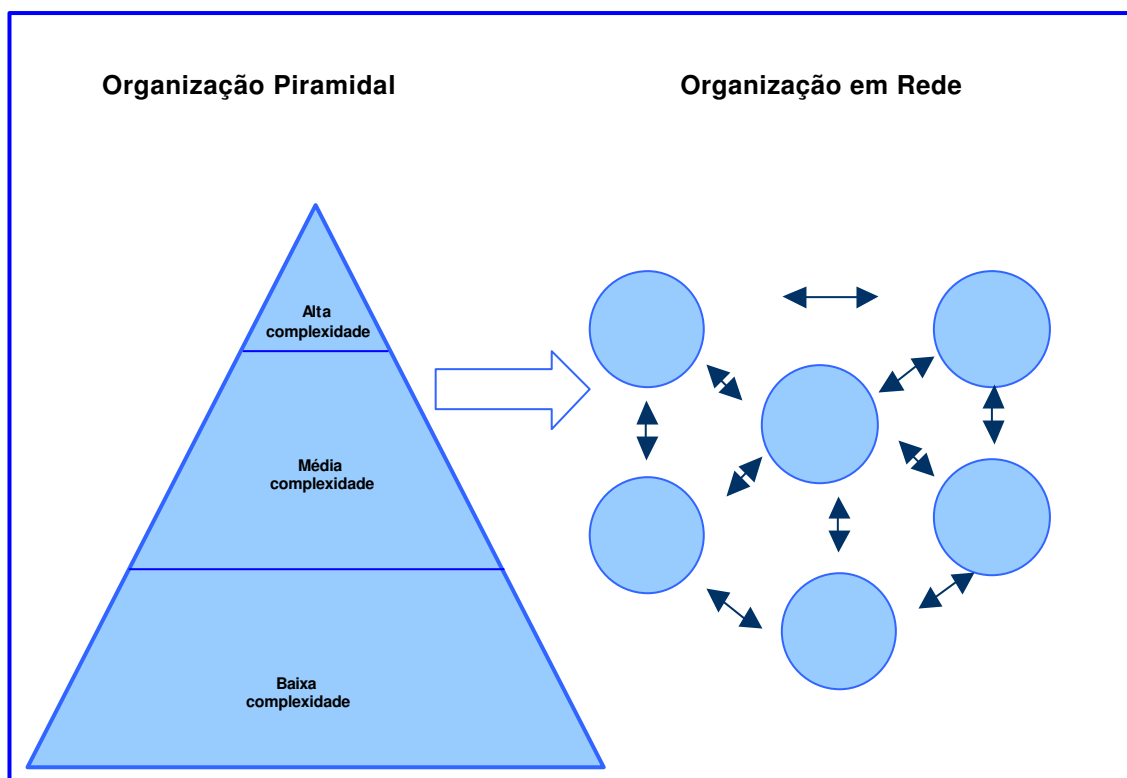
Vale salientar que a metodologia é uma contribuição, em que pese a sua alta potência, para o enfrentamento dos problemas de saúde, portanto, não se deve prender aos métodos, é preciso estar acima deles e utilizá-los com coerência, como ferramentas.

Ao pensar a microrregionalização estrategicamente planejada, busca-se promover sistemas de serviços de saúde, na dialética da concentração e da dispersão, favorecendo a economia de escala, o acesso aos serviços de saúde e a qualidade dos serviços de saúde.

Além do planejamento, a metodologia em si não basta. A decisão inicial recai entre o querer fazer e o não querer fazer.

O entendimento da importância da superação das formas de gestão individuais para coletivas, da microrregionalização e planejamento estratégico situacional, e dos possíveis benefícios, não é suficiente; há de se ter uma atitude de querer fazer.

Optando-se por querer fazer, para desenvolver os sistemas municipais de saúde do litoral norte paulista possibilitando a microrregionalização, é preciso posicionar-se diante da organização piramidal e aceitação de uma concepção alternativa de redes de serviços, local e inter-relacionada.



Fonte: Mendes, 2002.

Figura 20 - Concepção alternativa de redes de serviço de saúde.

Outro aspecto de discussão é o reconhecimento das dificuldades dos gestores, tanto de políticas municipais como os de saúde, que ainda não estão preparados para os trabalhos em rede e, além disso, os obstáculos no estabelecimento, pactuação e cumprimento de fluxos e protocolos que favoreçam o desenvolvimento dessa estratégia.

Entende-se que haja resistências culturais na adoção de um planejamento que considere a substituição da estrutura piramidal da saúde por uma rede de serviços alternativa.

Uma outra discussão é a definição dos atores, quanto ao nível de poder que cada um tem nos momentos estratégico e tático-operativo.

Embora o PES seja um instrumento entendido como adequado para um projeto de microrregionalização, é necessário alerta para cada um dos momentos que estão inter-relacionados e são de difícil compreensão por parte daqueles atores sociais que não contam com elevado grau de escolaridade, o que vai exigir, da parte dos técnicos que atuarão no processo de microrregionalização no litoral norte paulista, uma explicação adaptando a linguagem de cada um dos momentos para se alcançar a devida compreensão e participação.

Precisa-se considerar a necessidade de sensibilização dos técnicos envolvidos em relação à participação popular, para não correr o risco do processo ser conduzido de maneira centralizadora, mas sim em buscando “superar a participação induzida” (MOLINA, sd, p.1), evitando que os participantes não sejam meros aprovadores, ou usados como legitimadores de decisões já previamente pensadas por técnicos ou pelos poderes locais.

Destaca-se, também, que outros fatores são relevantes para que a microrregionalização possa vencer os desafios de operacionalização e organização dos sistemas de saúde. Precisa ficar claro que não é suficiente uma proposta política ou a adoção pura e simples da metodologia.

Assumir a proposta estratégica de planejamento da microrregionalização no litoral norte, pode ser uma forma de construir um novo modo de pensar e de agir que supere a visão da fronteira municipal para a intermunicipal, e do individual para o coletivo, uma possibilidade de reorganizar os serviços de saúde da região bem como sua relação com os centros de referência mais especializados, construindo, num esforço de mudança da realidade atual em prol da melhoria do acesso às ações de maior complexidade, possibilitando equidade e promovendo cidadania, tanto no sentido de democracia (quanto à ampliação do acesso) como no desenvolvimento de cidadania (quando da participação no processo de planejamento e implementação da microrregionalização e agendas de compromissos pactuados).

Os princípios constitucionais em relação à saúde não serão alcançados só com as intenções políticas de implementação da microrregionalização.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou apresentar uma estratégia que possibilite a superação das deficiências nas ações de saúde de média e alta complexidades no litoral norte paulista e dificuldades de se avançar individualmente. É necessário, portanto, 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.

Com base na análise do estudo dos casos, percebe-se que a microrregionalização é uma estratégia de organização dos serviços de saúde que relaciona-se com outros municípios, no sentido de organizar e otimizar a oferta segundo as necessidades de saúde da população; potencializa a organização de redes regionalizadas, facilitando a resposta às necessidades de saúde da população, melhora o acesso aos serviços e otimiza recursos disponíveis na região, por trazer significativa economia de escala.

Pode-se afirmar que a microrregionalização é uma das estratégias de articulação e integração dos sistemas municipais de saúde por potencializar a organização de redes regionalizadas, facilitar a resposta às necessidades de saúde da população, melhorar o acesso aos serviços, e, também, por poder otimizar os recursos disponíveis na região, trazer significativas economias de escala e superar desafios locais. A microrregionalização não garante qualidade per si.

Nesse sentido, dadas as dificuldades do setor saúde no litoral norte paulista, este trabalho delineou uma proposta de utilização da metodologia de planejamento e implementação da microrregionalização, fundamentada no Planejamento Estratégico Situacional e levou em consideração o arcabouço legal e a análise dos estudos de casos de Jundiaí/SP e Penedo/AL. Considerou, também, as peculiaridades da região em estudo e, principalmente, procurou contemplar a participação dos mais diversos atores, como sociedade civil, prestadores de serviços de saúde, políticos, empresários, etc.

Diante da interpretação dos resultados, conclui-se que:

?? há necessidade de adoção de uma nova agenda que vislumbre mecanismos de integração entre os municípios da região litoral norte paulista e que preserve a autonomia política e administrativa própria do pacto federativo brasileiro, com objetivos claros de otimizar a utilização dos recursos de abrangência regional, criar mecanismos de escala que ampliem a eficiência econômica e promover a equidade loco-regional.

- ?? a utilização da metodologia, somada à vontade política de querer organizar a regionalização e à decisão pelo fazer, pode contribuir para otimizar os recursos de maior densidade tecnológica, criar espaços intermunicipais de planejamento participativo e, além disso, ampliar a cooperação da União e dos governos estaduais e municipais entre si.
- ?? não basta saber o que é microrregionalização e planejamento estratégico situacional, há de se ter uma atitude de querer fazer, acompanhada de vontade política.
- ?? a decisão do fazer implicará na melhoria da capacidade de gestão, envolve capacitação, modernização da estrutura administrativa das secretarias de saúde, dos hospitais e dos prestadores de serviços; normatização do setor de transportes e estabelecimento de estratégias que garantam o financiamento para tornar a microrregião resolutive.
- ?? mesmo optando-se pelo fazer, ter apoio político, utilizar o planejamento como estratégia facilitadora, os desafios a serem vencidos fazem-se presentes, e um deles é a busca de maior resolutividade da atenção básica para a regularização da demanda por ações de média e alta complexidades.
- ?? faz-se necessária a atenção à garantia da participação dos mais diversos atores sociais e o aperfeiçoamento dos canais institucionais – conselhos e conferências de saúde – com o cuidado para que a participação não seja de “faz-de-conta”. Deve-se estimular os atores sociais a sentirem-se à vontade para expressarem suas reais necessidades e opiniões e, que elas sejam importantes nas decisões, na expectativa de que o planejamento de microrregionalização no litoral norte supere a visão de “para eles” para “com eles”.
- ?? o planejamento e a gestão municipal integrados nos municípios do litoral norte paulista podem reduzir dificuldades nos atendimentos de saúde de média e alta complexidades, possibilitando à microrregião valorizar as potencialidades, buscar soluções e novas possibilidades de administração dos problemas de saúde.
- ?? deve-se levar em consideração, no litoral norte paulista, as recomendações dos gestores entrevistados quanto à necessidade de focar na negociação, no diálogo e aprimoramento, investindo na busca de soluções coletivas, treinamentos, implementação de novas tecnologias e assistência mais próxima do usuário, na visão de população única e, acima

de tudo, ampliar o círculo da visão “do meu” (individual) para “o nosso” (sinérgica).

A expectativa é de que a microrregionalização do setor saúde, no litoral norte paulista, torne-se realidade; que utilize a metodologia do planejamento estratégico situacional; que seja ascendente e conte com ampla participação, garantindo Eqüidade, Acesso e Participação Social.

Tem-se clareza de que este trabalho é exploratório e que pode avançar à medida que outros estudos tratem cada um dos desafios, na busca de um sistema municipal de saúde eficiente e eficaz. Outro aspecto a ser tratado pode ser o estudo das redes hierarquizadas de saúde em cada um dos municípios.

Do ponto de vista da participação social, uma abertura, é como tornar mais eficiente a atuação dos conselhos, não só junto à saúde, mas também a qualidade de participação para minimizando cidadania induzida para cidadania plena.

Estudos sobre as resistências culturais e políticas, e tantos outros, poderão somar, sinergicamente, em direção à acessibilidade e participação social, em prol do bem-estar e da qualidade de vida de todos os cidadãos, independente do município e da posição que ocupam no poder local.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA E.S. e WESTPHAL, M. F. (orgs) – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001. – (Acadêmica, 37).

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

ALMEIDA, E.S.,CASTRO, C.G.J.; **Planejamento e Programação em Saúde**, 1999 (mimeografado – anotações de aulas).

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

ALMEIDA, E.S., CHIORO, A., ZIONI, F. **Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: Antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS**. In: Almeida, E.S.; Westphal, M.F (orgs.). São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 2001.

ALMEIDA, M.H.T. **Federalismo e Políticas Sociais**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, 10 (28) : 88-108, 1999.

ARENDT, H. **A Condição Humana**. 5. ed. Rio de Janeiro: Florense Universitária, 1991.

_____. **A vida do espírito: o pensar, o querer, o julgar**. Rio de Janeiro, Relume Dumará : E. UFRJ, 1992.

AROCENA, J. **Descentralización e iniciativa, uma discusión necesaria**. Cuardenos del Claeh, Revista Uruguay de ciencias Sociales, 14 (51), p. 43-54, março, 1989.

ARRECH, M. **Emergência e desenvolvimento do Welfare State: teorias e explicativas**. In: BID, Rio de Janeiro, nº 39, 1995, p. 11.

_____. **Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização**. Rio de Janeiro : Revan, São Paulo: FAPESP, 2000.

BAHIA, S. R. *et al.* (coord.) **Município e acessibilidade**. Rio de Janeiro: IBAM/DUMA, 1998.

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

BARROSO, D. S. **Políticas de Recursos Humanos, do Discurso Oficial à Prática: Um Estudo Realizado na Administração Direta do Estado do Espírito Santo**. Dissertação de Mestrado, EBAP/FGV, sd.

BELLUZZO, L.G.M; TAVARES, M. C.; COUTINHO, L. **Política Econômica, Inflexão e Crise 1974-1981**. In: Desenvolvimento Capitalista no Brasil. Ensaio sobre a Crise, v. 1. São Paulo: Brasiliense, 1982.

BERTHOUD, C.M.E. **O ciclo da parentalidade : o exercício da função parenteral da longo da vida**. São Paulo, 1999. Tese doutorado, PUC São Paulo, 1999.

BOBBIO, N. **Estado, governo, sociedade: por uma teoria geral da política**, 7ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

BOWMAN, M.; HAMPTON, W. **Democracia locais : um studio comparativo**. México: Fondo de Cultura Económica, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. **1997: ano da saúde no Brasil: ações e metas prioritárias**. Brasília.1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde : desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**, 1ª. Edição, Brasília : Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos. **Experiências Inovadoras no SUS**, Brasília, 2002.

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.

BRYSON, J. M. & ALSTON, F. K. ***Creating your Strategic Plan – A workbook for Public and Nonpublic Organizations***. São Francisco, Jossey - Bass Publishers, 1996.

CALDERÓN, F. ***Governance, Competitiveness and Social Integration***. In: Cepal Review. Santiago, n. 57, p. 45-46, 1995.

CARVALHO, AI. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1994.

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.

CASTELLANOS, P.L. **Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais**. In: Barata, R.B. (org.) *Condições de Vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro, Abrasco, 1997.

CASTRO, C.G.J., WESTPHAL, M.F. **Modelo de Atenção**. In: Almeida, E.S.; Westphal, M.F (orgs.). São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 2001.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001. (Biblioteca da Educação. Série 1. Escola; v. 16).

CHOAY, F. MERLIN, P. ***Dictionnaire de l'urbanisme et de l'aménagement***. Paris: Presses Universitaires de France, 1994 in: BAHIA, Sergio Rodrigues et al. (coord.) **Município e acessibilidade**. Rio de Janeiro: IBAM/DUMA, 1998

CLARKE, M.; STEWART, J. ***Choices for Local Government for de 1990' s and beyond***. Harlow : Longman, 1991.

COHN, A. ; ELIAS, P. E. M. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**, 5ª. Edição, São Paulo: Cortez: CEDEC, 2003.

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

COHN, A. Estado, políticas públicas e saúde. In: CANESQUI A.M. (org.). **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: Hucitec/Abrasco. 1997.

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE. **Estudos, pesquisas e legislação básica**. Informativo Jurídico do CEPAM, São Paulo, ano 10, n.11, nov. 1995.

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

COSTA, E.A. . **Gestão Estratégica**. São Paulo: Saraiva.2002.

COSTA, W.G. **A municipalização dos serviços de saúde no Estado de Mato Grosso: evolução e desafios**. São Paulo, s.n, 2000.

COSTA, N.R., SILVA, P.L.B.,RIBEIRO, J.M. **A descentralização do Sistema de Saúde no Brasil**. Revista do Serviço Público, 1999.

DAHLGREN G., WHITEAHED, M. **Polices and strategies to promote equity in health**. Copenhgen: World Health Organization, 1992.

DANIEL, C. **Gestão Local e participação da sociedade**. In Villas-Boas, Renata (org.). Participação popular nos governos locais. São Paulo: Pólis, 1994.

DRAIBE, S. & HENRIQUE, W. **Welfare State no Brasil, características e perspectivas**. In: Revista da ANPOCS, nº 12, 1988.

_____. **O Welfare no Brasil: Características e Perspectivas**. In: Caderno de Pesquisa nº 8, NEPP, Unicamp, Campinas,1993.

DEVER, G. E. A. **A Epidemiologia na Administração dos Serviços de Saúde**, 1. ed., São Paulo: Ed. Pioneira, 1988, p. 47-68.

DONABEDIAN, A. **A Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde**. Trad. de Roberto Passos Nogueira. In: NOGUEIRA, R. P. A. A Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

DOWBOR, L. **O que é Poder Local?** São Paulo: Brasiliense, 1995. (Coleção Primeiros Passos)

DOWBOR, L.& BRAVA,S.C. Políticas Municipais de Emprego. In: BRAVA, S.C. og., **Desenvolvimento Local**, Polis, nº 25, 1996.

ELIAS, P.E.M.E.; COHN, A. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**, 5ª. Edição, São Paulo: Cortez: CEDEC, 2003.

ESCOREL, S. **Projeto Montes Claros. Palco de Bandeira e Luta, Experiência Acumulada do Movimento Sanitário**. In: TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury, Org. Projeto Montes Claros: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

FARAH, M. F. S. **Gestão Pública e Cidadania : Iniciativas Inovadoras na Administração Subnacional no Brasil**, sd, EAESP-FGV.

FERLA, A. A.; SOUZA, D.Y. **Incorporação dos prestadores de Serviço à rede regionalizada de atenção à saúde**. In: Experiências Inovadoras no SUS : Relatos de Experiências. Projeto Reforsus. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

FERNANDES DA SILVA, S. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas**. São Paulo: Hucitec, 2001.

FIGUEIREDO, A.C. **Princípios de Justiça e avaliação de políticas**. Lua Nova. CEDEC, São Paulo, 1997.

FLEURY, S. Equidade e Reforma Sanitária: Brasil. Saúde em Debate, nº43, junho de 1994.

_____. **Legitimidade, Estado e Cultura Política**. Trabalho apresentado no Seminário "Situación y Perspectivas de América Latina em la Sociedad de la Información : Reflexiones com Manuel Castells". Santa Cruz, Bolívia, 2002.

FLORA, P.; HEIDENHEIMER, A. ***The Development of Welfare States in Europe and America*** – New Bruseick, N.J., Transction Books, 1981.

FRANCO, T.B., MERHY, E.E. **PSF: Contradições de um programa destinado a mudança do modelo assistencial**. Campinas, 2000 (mimeografado).

GENRO, T. **Reforma do Estado e Democratização do Poder local. In: Poder Local, Participação Popular e Construção da Cidadania**. São Paulo: Instituto Polis, Instituto Cajamar, IBASE/FASE, 1995.

GIANESI, I. G. N.; CORRÊA, H. L. **Administração Estratégica de Serviços**. São Paulo: Atlas, 1994.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1996.

GOODE, W. J. & HATT, P. K. **Método em Pesquisa Social**. 2º São Paulo: Biblioteca Universitária, 1973.

GUIMARÃES, L. **Arquitetura da Cooperação Intergovernamental: Os Consórcios em Saúde de Mato Grosso**. 2001. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

_____ **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.

FRANCO, T.B., MERHY, E.E. **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial**. Campinas, 2000 (mimeografado).

HOBSBAWN, E. **A Era dos Extremos : O Breve Século XX – 1914-1991**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995, p. 253-265.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Relatório da população estimada em 2003**. Dados fornecidos pelo escritório do IBGE de São Sebastião.

JUNQUEIRA, L. A P., INOJOSA, R.M. **O processo de municipalização na política de saúde em São Paulo**. Revista Administração Pública. 31 (5): 130-152, 1997.

KAHN, R. L. **Dynamics of interviewing**. New York: John Wiley, 1962.

LAURELL, A..C. **Para um Estado de bem estar na América Latina**. Lua Nova, CEDEC, São Paulo, 1998.

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.

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.

MARINHO DA SILVA, H. **A Política Pública de Saúde no Brasil: dilemas e desafios para a institucionalização do SUS**. Dissertação de Mestrado, EBAP, FGV, 1996.

MARINO, S.R.A. Macrorregiões em Saúde: **Consolidando o modelo assistencial regionalizado**. In: Experiências Inovadoras no SUS : Relatos de Experiências. Projeto Reforsus. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MARTINELLI, M.L. **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

MARTINELLI, N. **A Regionalização e a Comissão Intergestores Bipartite Regional**. In: A Regionalização da Saúde em Mato Grosso: **Em busca da integralidade** da atenção. NETO, J.S.M. (org.). Cuiabá: SES, 2002.

MATUS, C. **O Método PES - Roteiro de Análise Teórica**, São Paulo, Ed. FUNDAP, 1996, p. 6. (mimeografado).

_____. **Fundamento da Planificação situacional**. In: RIVERA, J. V. (org.). Planejamento e Programação em Saúde : um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez Editora / ABRASCO, 1989.

MAXIMIANO, A. C. A. **Introdução à administração**. São Paulo: Atlas, 2000.

MEDEIROS, M. **Princípios de Justiça na Alocação de Recursos em Saúde**. Textos para discussão nº 687. Rio de Janeiro, dezembro de 1999.

MENDES, E. V. **A Missão dos Sistemas Microrregionais de Saúde**. Relatório de Consultoria realizada na Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas. julho/99.

_____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1996.

_____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 2ª ed. 1999.

MENDES, E.V. e cols. **Manual para Elaboração de um Plano de Ação Intersectorial e Participativo para a Construção de Cidades Saudáveis**, Belo Horizonte, Escola de Saúde de Minas Gerais da Fundação Ezequiel Dias, 1997 (mimeografado).

MEZOMO, João Catarin. **Qualidade Hospitalar: reinventando a administração**. São Paulo: CEDAS, 1992.

MINAYO, M. C. S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Ed. Abrasco, 2000, p. 9-197.

MIRANDA, A.T.C. **Acreditação do Hospital Universitário Pedro Ernesto : Projeto de Aperfeiçoamento de Rotinas e Protocolos de Trabalho**, Brasília, 2002.

MIRSHAWKA, Victor. **Hospital: Fui bem atendido !!!, a vez do Brasil**. São Paulo: Makron Books, 1994.

MISOCZKY, M.C. **Produção e Consumo de Serviços de Saúde: O papel da Acessibilidade**. Informativo PDG Saúde, Ano 3, número 18, outubro 1997.

MOLINA, V. L. I. **Negociações pelo “Alto”**: um estudo sobre a formulação das Políticas de Saúde em São José dos Campos, de 1980 a 1996. 1998. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Araraquara.

NASCIMENTO, V. B. **SUS, Gestão Pública da Saúde e Sistema Federativo Brasileiro**. 2000. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

NEEP (Núcleo de Estudos de Políticas Públicas). **Brasil 1986. Relatório sobre a Situação Social do País**. Campinas: Unicamp, 1988.

NOGUEIRA, R. P. A. **A Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

OPAS. *Iniquidades em la situación de la salud, acceso y gasto em atención de salud (Projeto de Investigación) ivisión de Salud y Desarrollo Humano*, Washington, 1998.

PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO DE ALAGOAS, Secretaria de Estado de Saúde de Alagoas, 2002.

PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO, Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, 2002.

QUIVY, R, CAMPENHOUDT L.V. **Manual de investigação em Ciências Sociais**. Lisboa: Gradiva, 1992.

RAWLS, J. **Uma Teoria da Justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

RIBEIRO, J. M.; ROSÁRIO DA COSTA, N. **Experiências em gestão descentralizadas de redes e organizações**. In: Brasil: Radiografia da Saúde. Campinas, SP: IE e NEPP, 2001.

ROBBINS, S.P. **Comportamento Organizacional**. Tradução técnica Reynaldo Marcondes. 9ª edição, São Paulo: Prentice Hall, 2002.

ROSÁRIO DA COSTA, N. **A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva.** In: Brasil: Radiografia da Saúde. Campinas, SP: IE e NEPP, 2001.

RUFIAN, D. ; PALMA, E. **La descentralización problema contemporáneo en América latina, Comisión Económica para América Latina y Caribe, CEPAL,** Chile: mimeo, s.d.

SANTOS, L. **Consórcio Administrativo Intermunicipal: aspectos gerais, suas especificidades em relação ao Sistema Único de Saúde.** Estudo realizado a pedido da Secretaria de políticas de Saúde do MS, Brasília (mimeografado).

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

SCOCHI, M.J. **Indicadores da Qualidade dos Registros e de Assistência Ambulatorial em Maringá (Estado do Paraná, Brasil): Um Exercício de Avaliação.** Cadernos de Saúde Pública, v.10, n.3, p. 356-367, jul./set.1994.

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

SEN, A. **Desigualdade Reexaminada.** Rio de Janeiro: Record, 2000.

SILVA, L. A . **Apresentação.** In: Para que participação popular nos governos locais? São Paulo: Instituto Pólis/Instituto Cajamar/IBASE/FASE, 1996.

SOUZA, R.R. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SPOSATI, A. **Globalização: Um novo e velho processo.** In: DOWBOR L, IANNI, O. (Apostila mimeografada), 1997.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

STONER, J. A. F. **Administração.** São Paulo: LTC, 1995.

STRAUSS, A. , CORBIN, J. **Basics of qualitative research : Techniques and procedures for developing grounded theory.** California: Sage, 2ª edition, 1998.

TANCREDI, F.B., BARRIOS, S.R.L., FERREIRA, J.H.G. **Planejamento em Saúde.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

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

TEIXEIRA, C. F. **Planejamento e Programação situacional em Distritos Sanitários: metodologia e organização**. In: MENDES, Eugênio Vilaça et al. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4.ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1999, p. 237-259.

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.

TEMPLETON, J. F. **Focus group – a strategic guide to organizing, conducting and analysing the focus group interview**. USA: McGraw, Hill, 1994.

TESTA, M. **Planificación estratégica en el sector salud**. CENDES, UVC, Caracas, Venezuela, 1979.

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.

VIANA, A. L. **Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas**. In: Revista de Administração Pública, março/abril, vol.30, nº 02, 1996.

VITA, A. **A justiça igualitária e seus críticos**. São Paulo, Unesp, 2000.

WANDERLEY, L.E.W. **A questão social no contexto da globalização: o caso latino brasileiro caribenho**. In WANDERLEY, M.B.; BOGUS, L.; YABEK, M.C.(orgs.) **Desigualdades e a questão social**. São Paulo : EDUC, 1997.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity in health**. International Journal of Health Services, 22 (33) : 429-445, 1992.

YIN, R.K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. Tradução: Daniel Grassi. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

XAVIER, T. A. S., FALK, James Anthony. **Critérios de Qualidade no atendimento em serviços de saúde: o que pensam os seus clientes potenciais**. In: Anais do

XXI ENANPAD - Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação em Administração, 1997. Rio de Janeiro, 1997, 10v, v. 7, n. 14, p. 1-14 (CD-ROM).

FONTES ELETRÔNICAS

ESCOREL, S. **Os dilemas da Equidade em Saúde: Aspectos Conceituais.**

Disponível em <http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala3310.pdf>. Acesso em 24/04/2004.

FLEURY, S. **Governabilidade e Cidadania para a equidade em saúde**, s.d.

Disponível em: <http://www.claeh.org.uy/forosaudepaper4fleury.htm>. Acesso em: 02.abr.2003.

GOUVEIA, M. A **Equidade. Liberdade**, Recife, 2003. Disponível em:

http://www.liberdade7.hgp.ig.com.br/artigos_equidade.htm. Acesso em: 03.abr.2003.

<http://www.prefeiturasdobrasil.com.br/brasil-alagoas.php>. Acesso em 24.abr.2004.

<http://www.visitealagoas.com.br/frameset%20-%20mapas.htm>. Acesso em 24.abr.2004.

MOLINA, V. L. I. Conferência Municipal de Saúde e Cidadania Induzida. São José dos Campos, de 1990 a 1996. Disponível em:

<http://ccs.uel.br/espacoparasaude/v3n1/doc/conferencia.htm> . Acesso em 23.mai.2003.

OSLER, W. (1971). Disponível em: <http://www.incor.usp.br/conteudo - medico / decourt/ momento %20de% 20reflexao %20william%20osler.html>. Acesso 23.mar.2004.

Planejamento Estratégico – Disponível em:

http://www.castwork.com/solucoes_ps_01.php; e em <http://www.planejamento.gov.br/> Acesso em 12.jun.2003.

SANTOS, T. **O papel do Estado num mundo em globalização.** Disponível em:

<http://www.tce.sc.gov.br/biblioteca/artigos/papelestmunddglob.html>. Acesso em 12.jun.2003.

SOARES, H. **Cidadania como um Conceito de Totalidade**. In : Jornal A Razão em

10.Set.1993. Disponível em: <http://www.angelfire.com.sk/holgonsi/cidadania.html>.

Acesso em: 02.abr.2003.