

# **L'optique des gestionnaires municipaux: une approche dialectique de la Régionalisation en santé**

**Auta Stephan-Souza, Elizabeth Jucá e M. Jacometti,**

**Ivan Charles F. Chebli, Marcélia Guimarães Paiva**

**UFJF e SSSDA/PMJF**

**Projet de recherche original: Etude de la Régionalisation et Organisation de  
l'Assistance de Moyenne et Haute Complexité dans la Macrorégion Sud-est de  
Minas Gerais.**

Le Système Unique de Santé est un arrangement organisationnel de l'Etat brésilien qui soutient la politique de santé au Brésil.

Les **principes doctrinaires** qui donnent de la légitimité au système sont :  
l'universalité, l'intégralité, l'équité et le droit à l'information.

Les **directives organisatrices** sont: la décentralisation, l'hiérarchisation, la participation de la communauté et la régionalisation.

La cible de la recherche est l'étude de la **régionalisation** de la macrorégion Sud-est de Minas Gerais/BR dont Juiz de Fora est la ville-pôle. Cette ville est une référence non seulement pour les villes de l'Etat du Minas Gerais mais aussi pour les villes frontalières de l'Etat de Rio de Janeiro. Le point de départ est le HU/CAS vers où converge une partie de cette population à la recherche de soins médicaux de moyenne et de haute complexité.

## **Objectifs:**

Mieux comprendre les facteurs qui interviennent dans la directive de Régionalisation en détachant les éléments qui révèlent quelques-uns des principaux problèmes qui atteignent la gestion du Système Unique de Santé du Brésil.

Systematiser les informations concernant l'assistance de moyenne et de haute complexité auprès des gestionnaires municipaux dans le but d'analyser le processus de

régulation du flux des usagers dans le réseau de services de santé de la région d'influence de la ville de Juiz de Fora.

**Question Centrale:**

Comment les gestionnaires hospitaliers et municipaux mettent en oeuvre les outils de planification de la gestion du SUS (PDR et PPI) et comment ils participent à sa construction et son implantation?

**Nous analysons l'existence :**

. des flux informels des usagers de l'Etat de Rio de Janeiro à la recherche de soins de santé de moyenne et de haute complexité ambulatoire et hospitalière à Juiz de Fora et vice-versa, des petites Villes de Minas Gerais vers les villes de l'Etat de Rio de Janeiro.

. L'intérêt des gestionnaires à élaborer un nouveau dessin du réseau entre les états qui oriente le flux historique des usagers selon ce qui établit déjà la législation en vigueur à partir de NOAS- Norme Opérationnelle d'Assistance à la Santé et complétée par le Pacte pour la Santé.

Cela est dû à la politique restrictive de l'Etat dans la réduction des coûts du financement de la santé ainsi qu' à l'incapacité des gestionnaires qui ne savent pas concilier les intérêts individuels et collectifs, tout cela aggravé par leur méconnaissance de la politique du SUS.

La présentation des limites a voulu indiquer des propositions congruentes qui permettent au SUS de surmonter ses difficultés dans son propre domaine de politique, à travers une réorientation du financement, dans la distribution équitative des ressources et dans le fondement d'une régionalisation plus étendue qui rende compte des valeurs culturelles et sociales présentes dans les demandes de la population qui souhaite avoir accès à des soins médicaux efficaces.

**Les résultats détaillés:**

. La connaissance des gestionnaires des outils de gestion est encore faible; beaucoup d'entre eux méconnaissent les mécanismes mis à leur disposition par le SUS. On a remarqué l'incompétence des gestionnaires, les contingences politiques des villes, la discontinuité dans la réception et l'application des ressources.

. dans le rapport entre l'Hôpital Universitaire et les gestionnaires du SUS il y a des points contradictoires: tantôt ils condamnent la tendance de l'Hôpital Universitaire à privilégier l'enseignement au détriment de l'assistance, en désobéissant de ce fait au contrat établi avec la gestion municipale, tantôt ils identifient les bienfaits qui pourraient survenir de l'approximation entre le HU et les villes frontalières, en dépit de la rupture du contrat établi.

. Un besoin se fait urgent: celui de concevoir et optimiser un nouveau dessin de pacte entre les états qui puisse absorber la réalité pratique de la gestion régionalisée de santé sans surcharger l'Etat de Minas Gerais.

. la *régulation* et le *contrôle* devraient être mieux diffusés par moyen de mécanismes formateurs qui offrent un entraînement aditionnel aux gestionnaires pour qu'ils puissent appliquer les instruments de gestion de manière plus rationnelle, basés sur des recherches et des descriptions détaillées des conditions réelles des demandes locales de santé.

. les mécanismes de contrôle devraient être associés à une motivation concernant la participation des gestionnaires, des professionnels et des usagers, dans le but d'une viabilisation du Pacte pour la Gestion et la Défense du SUS, dans un processus continu de solidification des conceptions de démocratisation et d'intégralité.

. la nécessité d'activer et divulguer la dynamique des secteurs de compensation, en se servant des mécanismes régulateurs, selon le principe de la transparence de la gestion publique de santé, en évitant l'utilisation exclusive de solutions personnelles, ce qui s'oppose au droit collectif et individuel.

. La planification et l'information devraient être articulées de manière à offrir un plus grand

soutien à la politique du SUS, en valorisant le réseau unique, régionalisé et hiérarchisé.

. Le financement doit aussi être mieux administré. Les ressources sont insuffisantes, il est vrai, mais la gestion financière manque d'un secteur efficace qui puisse rendre compte des nécessités.

. Le contrat présente un déséquilibre entre la pensée du gestionnaire du SUS et de celle du gestionnaire hospitalier. Le gestionnaire municipal accuse, avec raison, le gestionnaire hospitalier de privilégier l'enseignement et de ne suivre ni les objectifs ni les indicateurs du pacte. Le gestionnaire hospitalier critique, à son tour et avec raison, la tendance nette du gestionnaire du SUS à répondre, en premier lieu, aux besoins des services privés, en reléguant au second plan, l'utilisation du potentiel de services offerts par le secteur public.

. Les liens intermunicipaux bien que validés par la population et les gestionnaires, étant donné la facilité d'accès, cachent, néanmoins, le retour du prestige des ressources publiques appliquées au domaine privé.

. La judicialisation de la santé entre dans le domaine des droits publics et privés. On solidifie ainsi une fissure entre les bases du financement distribuées et l'obéissance des ordres judiciaires.

. L'accès, pour répondre à l'universalité et à l'intégrité, dépasse les limites de la dimension géographique et est atteint par la disponibilité, l'acceptabilité et la capacité financière. Amplifier l'accès dans le but de surmonter les obstacles de la gestion et de l'organisation des services de santé. Ces aspects manquent d'une observation plus épurée de leurs déterminants.

. A la fin, on considère l'importance de récupérer la capacité de résolution des problèmes qui doit être intersectorielle, à plusieurs niveaux, réaliste, interdisciplinaire, comparative et généralisée, dans le but de surmonter les fragilités qui se trouvent encore présentes dans la mise en oeuvre de la politique du SUS.

## **Parcours méthodologique**

L'option pour la méthode dialectique est justifiée car elle considère les contradictions internes du processus de gestion du SUS à partir de la **totalité**, caractère de portée, qui à partir d'une perspective **historique** entoure l'objet de connaissance à travers la compréhension de toutes ses interventions et corrélations.

Les études qualitatives basées sur une approche dialectique cherchent à valoriser les aspects descriptifs et les perceptions en ciblant sur le particulier comme élément d'une totalité. Ces études cherchent également à comprendre les individus dans leur contexte historique et social.

Les interviews ont été réalisées du mois de janvier à décembre 2007 à l'Hôpital Universitaire/UFJF avec deux de ses gestionnaires principaux, avec le gestionnaire actuel du SUS, au Secrétariat de Santé de la ville pôle – Juiz de Fora- et avec les gestionnaires municipaux dans chaque ville frontalière: Três rios, Paraíba do Sul, Levi Gasparian, Sapucaia, Areal (RJ), Chiador et Santana do Deserto (MG).

## **Résultats**

L'étude a abordé la totalité – Régionalisation du Système Unique de Santé dans la macrorégion Sud-est de Minas Gerais, dans ses aspects historiques, politiques, organisationnels et ses dédoublements dans des parties présentées non pas comme des points impairs, uniques et juxtaposés mais comme le fruit d'une dynamique commune, avec ses contradictions et perspectives. On a montré comment les gestionnaires des villes frontalières vivent le quotidien des pratiques de la gestion locale du SUS.

On a rattaché l'*historicité* comme le fil conducteur de notre étude, en considérant la non linéarité des faits et l'opportunité d'indiquer quelques aspects fondamentaux concernant la régionalisation du SUS.

L'histoire de la régionalisation, qui commence au Brésil des années 60, est reprise à la fin de la dictature militaire, inspirée de *Alma-Ata* et renforcée par la Réforme

Sanitaire, en instituant les bases et les principes de garantie de l'équité et de l'universalité, incorporés à la Charte de 88.

La continuité historique des deux dernières décennies montre la vitalité du concept de régionalisation et la nécessité de donner suite aux possibilités de changements présentées ici dans le but de modifier l'alignement du PDR en vue de le rendre plus souple à travers des mécanismes viables qui ne compromettent pas quantitativement les dépenses de la région de santé.

Les discours des gestionnaires se sont montrés contradictoires, en révélant des visions particulières de la reconnaissance de la dynamique de la réalité, ce qui aboutit à des mesures administratives contraires à la régionalisation du SUS.