



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
MESTRADO PROFISSIONAL EM PLANEJAMENTO E POLÍTICAS  
PÚBLICAS

**MICRORREGIÕES DE SAÚDE:  
A EXPERIÊNCIA DO ESTADO DO CEARÁ**

MARIA GORETI MACEDO LOBO DE ANDRADE

**Fortaleza - CE  
Março / 2007**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

# MICRORREGIÕES DE SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO ESTADO DO CEARÁ

**MARIA GORETI MACEDO LOBO DE ANDRADE**

**Professor Orientador Paulo César de Almeida (DR)**

Dissertação apresentada à banca examinadora da Universidade Estadual do Ceará, Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Planejamento e Políticas Públicas.

**Fortaleza - CE**

## **DEDICATÓRIA**

Para Oliveira e Maurícia, meus pais, que sempre incentivaram o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Para Alexandre, filho querido, pelo apoio silencioso e sincero que fortalece a minha luta.

Para Paulo Renato, filho amado, pela companhia bem-humorada e feliz que ilumina minha vida.

Para Socorro, Batista e Márcia, irmãos queridos, sempre presentes em minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, em primeiro plano, pela sua misericórdia em minha vida.

À minha Mãe e Advogada, N. Sr.a das Graças pelo amor que me dedica todos os dias.

À equipe da Fundação Beto Studart de Incentivo ao Talento, Ana Maria, Íris Sampaio e Valnísia, pelo carinho e apoio.

À Nathiane, pelo cuidado com o Paulo Renato nos períodos de ausência que este trabalho me impôs.

Ao professor Doutor Paulo César de Almeida, pela condução da orientação deste trabalho.

A Silvia Mamede Studart Soares, superintendente da Escola de Saúde Pública do Ceará, em cuja gestão, numa visão empreendedora, me deu a oportunidade de cursar este Mestrado.

À equipe do Mestrado Profissional de Planejamento e Políticas Públicas da UECE, pela competência na condução do Curso.

À professora Doutora Liduína Farias Almeida da Costa, da pelo carinho e incentivo.

À professora Doutora Vera Lúcia de Almeida, responsável pelo incentivo e orientação nos primeiros passos deste trabalho.

Aos colegas de Mestrado, pela alegria e solidariedade, especialmente Marieta e Fábio Landim.

À equipe da Secretaria Estadual de Saúde – SESA, especialmente Dr. Evandro Teixeira e Nágela Norões pela competência técnica essencial para o desenvolvimento do Projeto-Piloto de Baturité.

Aos secretários municipais e técnicos de Aracoiaba, Aratuba, Baturité, Capistrano, Guaramiranga, Itapiúna, Mulungu, e Pacoti pela competência e seriedade na condução do Projeto-Piloto.

Às colegas assistentes sociais da Emergência do Hospital Geral de Fortaleza, especialmente Gorety Pereira, pelo estímulo e energia essenciais para a conclusão deste trabalho.



**POEMA DA MICRORREGIÃO**

**Pertencer à Microrregião**

**Foi o início**

**Tecer a união**

**Foi o desafio**

**Integrar os serviços**

**Foi a necessidade**

**Racionalizar os recursos**

**Foi o caminho**

**Pertencer, tecendo a união, integrando e  
racionalizando os recursos. Foi o resultado do  
processo de implantação da Microrregião de  
Baturité.**

**Baturité.**

**Vilauva Lopes**

**Secretária de Saúde de Aratuba**

## RESUMO

Microrregiões de Saúde: a experiência do Ceará é um estudo de caso, cujo enfoque qualitativo procurou resgatar os documentos que compuseram a formulação teórico-metodológica de todas as etapas da implantação do Projeto-piloto Microrregião de Baturité. A Microrregião de Baturité foi escolhida, para o desenvolvimento do Projeto-piloto, por preencher os critérios básicos com razoável aproximação, fatores de ordem técnica e de cunho logístico. Agregava outros fatores que facilitavam a cooperação do nível estadual com o regional, destacando-se a Associação dos Municípios do Maciço de Baturité e a existência de uma rede de serviços de saúde de nível secundário capaz de atender resolutivamente às demandas da Microrregião. O objetivo deste estudo é registrar a implantação da Microrregião de Baturité – Projeto-Piloto, matriz de referência para a implantação das microrregiões do Ceará, em todas as etapas. O estudo rastreou ainda os resultados relevantes, nas arenas política e técnica, e sua repercussão no desenho de expansão da proposta para o Estado do Ceará. A coleta de informações se deu através da pesquisa bibliográfica e documental e observação sistemática. Na pesquisa documental, foram revistos documentos, relatórios produzidos pela Secretaria Estadual da Saúde, grupo técnico de condução dos trabalhos e consultores, incluindo-se também a transcrição das fitas resultantes de encontros como mesa redonda, seminários entre outros. A observação sistemática ocorreu por intermédio da participação da pesquisadora em o todo processo da experiência, como representante da Escola de Saúde Pública do Ceará no grupo de condução e como coordenadora do Curso de Aperfeiçoamento em Gestão dos Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde. Do resultado do estudo concluiu-se que através do Projeto-Piloto foi possível germinar conhecimentos, métodos, técnicas e instrumentos. Desta forma, mais uma vez o Ceará deu a partida inicial e consolidou a regionalização que antecedeu à NOAS 01 e serviu de modelo para a política nacional de saúde nesta área. Um dos resultados mais efetivos está o fortalecimento dos fóruns de negociação, conselhos municipais de saúde e comissão intergestores bipartite. Houve, no decorrer da experiência, a quebra do isolamento entre os municípios, mediante os diagnósticos apresentados. A interlocução dos secretários possibilitou o desenho de soluções coletivas para os problemas comuns. A experiência de Baturité serviu para a elaboração de conhecimentos, métodos e técnicas, as quais foram testadas e aprimoradas no sentido de viabilizar a escala para todo o Estado. A meta mobilizadora: “a saúde mais perto do povo, o povo mais perto da saúde”, formulada no decorrer da implantação do Projeto-Piloto traduziu, o imaginário coletivo do desejo das pessoas de terem acesso e acessibilidade às ações e serviços de saúde.

Palavras Chaves: Políticas Pública, Avaliação de Políticas Públicas, Descentralização, Regionalização, Sistemas de Saúde.

## ABSTRACT

“Healthcare Microregions: The Experience of Ceará” is a case study whose qualitative focus has sought to rescue the documents that comprised the theoretical-methodological formulation of all the implementation phases of the “Baturité Microregion Pilot-Project.” The Microregion of Baturité was chosen for the development of the Project because it fulfilled the basic criteria to a reasonably close extent, as well as factors of a technical and logistical order. The microregion also offered other factors that facilitated cooperation on the state level with the regional level, most noteworthy of which was the “Association of Municipalities of Maciço de Baturité” and the existence of a secondary level healthcare service network capable of resolutely meeting the demands of the Microregion. The objective of this study is to record the implementation of the Baturité Microregion Pilot Project, a benchmark for the implementation of the Microregions of Ceará, in all of its phases. The study also traces the relevant findings, in the technical and political arenas, and their repercussions on the design for expanding the proposal for the State of Ceará. Information was collected by means of bibliographical and document research and systematic observation. In the document research, documents were reviewed, as well as reports produced by the State Secretariat of Health, the technical group for conduction of the works and consultants, including transcriptions of the tapes recorded at meetings such as round table discussions and seminars, among others. The systematic observation occurred through the researcher’s participation in the entire process of the experience, as the representative of the “*Escola de Saúde Pública do Ceará*” (Ceará School of Public Health) in the conductor-group and as coordinator of the Course of Enhancement in Management of Microregional Healthcare Service Systems. As a result of the study, it was concluded that through this Project it was possible to germinate knowledge, methods, techniques and instruments. In this way, Ceará once again kicked off and consolidated the regionalization that preceded NOAS-01 and served as model for the national healthcare policy in this area. One of the most effective results is the strengthening of the forums for negotiations, municipal health councils and bipartite managerial commission. Over the course of the experience, the isolation among the municipalities was broken through, by means of the diagnoses presented. The dialogue among the state secretariats enabled the design of collective solutions for the problems in common. The Baturité experience served for the elaboration of knowledge, methods and techniques, which were tested and perfected in terms of providing viability to scale the project to the entire State. The mobilizing goal: “Healthcare closer to the people, the people closer to health,” formulated over the course of implementation of the Pilot-Project, translates the collective concept of people’s desire to have access and accessibility to healthcare services.

Keywords: Public Policies, Evaluation of Public Policies, Decentralization, Regionalization, Healthcare Systems

# SUMÁRIO

## INTRODUÇÃO

### 1 CENÁRIO DO ESTUDO

- 1.1 Aspectos Demográficos e Geográficos
- 1.2 O retrato da Morbi-Mortalidade no Ceará
- 1.3 A Microrregião de Baturité

### 2 O REFERENCIAL TEÓRICO: APROXIMAÇÃO SOBRE A DESCENTRALIZAÇÃO EM SAÚDE

### 3 A TRILHA METODOLÓGICA

### 4 A IMPLANTAÇÃO DAS MICRORREGIÕES DE SAÚDE

- 4.1 Articulação de Alianças Estratégicas
- 4.2 Roteiro em Oito Passos para o desenvolvimento do Projeto-Piloto
  - 4.2.1 Passo 1 composição do Grupo Técnico da Microrregional – GT- MR
  - 4.2.2 Passo 2 seminário interno – Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde
  - 4.2.3 Passo 3 reunião com os prefeitos e secretários municipais de saúde microrregião de Baturité
  - 4.2.4 Passo 4 elaboração do diagnóstico microrregional
  - 4.2.5 Passo 5 curso de aperfeiçoamento de gestores dos sistemas microrregionais de serviços de saúde
  - 4.2.6 Passo 6 composição da câmara técnica
  - 4.2.7 Passo 7 pactuação
  - 4.2.8 Passo 8 avaliação do Projeto-Piloto

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### ANEXOS

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AF - Assistência Farmacêutica

AFB - Assistência Farmacêutica Básica

AIS – Ações Integradas de Saúde

AMAB – Associação dos Municípios do Maciço de Baturité

APROCE – Associação dos Prefeitos do Ceará

APS – Atenção Primária em Saúde

CA – Controle e Avaliação

CESAU – Conselho Estadual de Saúde

CF – Constituição Federal

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNS – Conferência Nacional de Saúde

C.O. – Consultório Odontológico

COMIRES – Coordenadoria das Microrregiões

CONASP – Conselho Consultivo da Saúde Previdenciário

COSEMS – Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde

CS – Centro de Saúde

DERES – Departamento Regional de Saúde

DFID – *Department for International Development*

ESP/CE – Escola de Saúde Pública do Ceará

FAE – Fração Assistencial Especializada

FNUAP – Fundo de População das Nações Unidas

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

GT/MR – Grupo Técnico Microrregional

ICCN – Incentivo ao Combate das Carências Nutricionais

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

IPLANCE - Fundação Instituto de Pesquisa e Informação do Ceará

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional da Assistência  
NOB – Norma Operacional Básica  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
PAB - Plena da Atenção Básica  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PARSSEC - Projeto de Apoio à Reforma do Setor Saúde no Estado do Ceará  
PBL – *Problem Based Learning*  
PDR – Plano de Desenvolvimento Regional  
PNI – Programa Nacional de Imunização  
PNUD – Programa das Nações Unidas  
PPI – Programação Pactuada Integrada  
PS – Posto de Saúde  
PSF – Programa de Saúde da Família  
PSM – Plena do Sistema Municipal  
SESA – Secretaria Estadual de Saúde  
SIH – Sistema de Informação Hospitalar  
SIM - Sistema de Informação Mortalidade  
SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificações  
SINASC - Sistema de Informação de Nascidos  
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TMI – Taxa de Mortalidade Infantil  
VISA – Vigilância Sanitária  
ZOPP – *Ziel Orientierte Projekt Planung*

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Distribuição da População na Microrregião de Baturité.

Tabela 2: Nível de Gestão e Áreas de Responsabilidade NOB 96 situação em dezembro de 1998.

Tabela 3: Demonstrativo da atenção primária e rede de unidades de saúde da Microrregião de Baturité. Situação em dezembro de 1998.

Tabela 4: Diagnóstico Microrregional: tipo de informação e importância para o conjunto da Microrregião.

Tabela 5: Cronograma do curso de aperfeiçoamento em gestão de sistemas microrregionais serviços de saúde.

Tabela 6: composição das câmaras técnicas: participação mínima dos assessores por Município.

## FICHA CATALOGRÁFICA

ANDRADE, Maria Goreti Macedo Lobo de

*MICRORREGIÕES DE SAÚDE: a experiência do Estado do Ceará*

91 p.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Universidade Estadual do Ceará, do curso Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas, 2007.

Orientador: Almeida, Paulo César de.

1. Avaliação de Políticas Públicas 2. Políticas Públicas  
3. Descentralização 4. Regionalização

[goretimacedo@agripec.com.br](mailto:goretimacedo@agripec.com.br)

## INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 – CF/88 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, reconhecendo a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O artigo 198, sessão II da CF/88 estabelece que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e
- participação da comunidade.

A implantação do SUS está alicerçada nos princípios doutrinários e organizativos.

Segundo Cunha e Cunha (1998) historicamente, no Brasil, quem tinha direito a saúde eram apenas os trabalhadores segurados do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS e depois Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS. Com a implantação do SUS, esta realidade foi mudada, passando a saúde a ser um direito de cidadania de todas as pessoas, cabendo ao Estado assegurar este direito. Neste sentido, o acesso às ações e serviços de saúde deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.

O objetivo do princípio doutrinário da equidade é diminuir as desigualdades, mas isso não significa que a equidade seja sinônimo de igualdade. Apesar de todas as pessoas terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, portanto, têm necessidades diferenciadas as quais devem ser atendidas. (Ibid).

O princípio da equidade significa que a rede dos serviços de saúde deve estar atenta para as desigualdades, com o objetivo de ajustar suas ações às necessidades de cada parcela da população. Equidade significa tratar desigualmente os desiguais, oferecendo mais a quem precisa mais, procurando reduzir a desigualdade. É, portanto, um princípio de justiça social.

Ainda segundo Cunha e Cunha (1998), o princípio da integralidade significa considerar a pessoa como um todo, atendendo as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção das doenças, o tratamento e a reabilitação. Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial das diferentes áreas como repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

A organização do SUS, com base nos princípios doutrinários, e, considerando a idéia embutida na proposta de seguridade social e relevância pública, exigiu a definição das diretrizes essenciais para torná-la concreta. Assim, foram definidos os princípios organizativos do SUS.

No tocante aos princípios organizativos, o que se refere à regionalização e hierarquização aponta para a organização dos serviços de saúde em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de conhecimentos epidemiológicos, e com definição e conhecimento da clientela a ser atendida.

Para Cunha e Cunha (1998), descentralizar é redistribuir o poder e as responsabilidades entre os diferentes níveis de governo. Segundo os autores, na saúde, a descentralização tem como objetivo prestar serviços de maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização da população.

De acordo com Fleury (1988), na perspectiva da “Reforma Sanitária”, a descentralização é entendida como deslocamento de poder, não só do nível central para o nível local, mas, principalmente, como um deslocamento do poder para os setores organizados da classe trabalhadora, em aliança com os movimentos sociais de usuários e profissionais.

O princípio da participação popular, essencial ao processo de descentralização, foi materializado com a criação dos conselhos de saúde e das conferências de saúde. (BRASIL, 1990).

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, (BRASIL, 1990) aos conselhos de saúde as atribuições de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. Assim, as atribuições dos conselhos de saúde guardam uma interseção com os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, o que demanda permanente diálogo e articulações com os gestores do Sistema de Saúde e com outros agentes sociais.

As atribuições previstas em lei caracterizam-se por duas atitudes distintas: uma combativa ofensiva na formulação de estratégias e outra defensiva no controle contra os desvios e distorções do sistema.

Considerando os dois focos das atribuições dos conselhos, os estes devem reconhecer as competências típicas da gestão que são o planejamento, orçamentação, programação, normatização, direção e gerência, operacionalização controle e avaliação (BRASIL, 2001).

Ainda com referência à Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, define para as conferências de saúde as atribuições de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação de políticas de saúde, com participação de vários representantes dos diversos segmentos sociais.

Ao longo da década de 1990, um dos principais avanços da implementação do Sistema Único de Saúde – SUS está relacionado à acelerada descentralização político-administrativa, com progressiva transferência de responsabilidades e recursos do nível federal para os gestores estaduais e municipais.

As normas operacionais do SUS – NOB 01/91, 01/93 e 01/96 segundo Souza (2002), representado um importante instrumento de regulamentação dessa descentralização, na medida em que estabelecem, de forma negociada, mecanismos e critérios para a transferência de responsabilidade e de recursos para estados e município.

O reconhecimento dos grandes avanços obtidos, por meio da descentralização da saúde, notadamente aquele relacionado ao fortalecimento dos

órgãos gestores municipais, ocorrem, simultaneamente à constatação de suas limitações. Nesse sentido, verificou-se inúmeros efeitos adversos do atual modelo de descentralização, especialmente, a ampliação da iniquidade e a diminuição de eficiência e de qualidade decorrentes do enfraquecimento das estruturas centrais de nível estadual e da multiplicação e fragmentação dos serviços de maior densidade tecnológica. (MENDES, 2002b).

Por outro lado, o próprio avanço da descentralização, evidenciou a necessidade de enfrentamento de um conjunto de problemas, tanto no âmbito da gestão, quanto no que se refere à atenção à saúde.

Souza (2002) refere que, em relação à gestão, diversos estados ainda não assumiram plenamente as funções de coordenação e regulação dos sistemas municipais de saúde e das redes intermunicipais. Quanto aos municípios, o autor refere que eles, em sua maioria de pequeno porte, apresentam dificuldades na capacidade de planejamento do sistema, regulação de prestadores e da constituição de redes assistenciais para o atendimento da população, já que não é possível garantir a oferta de serviços de média complexidade.

No caso do Ceará, a descentralização e a conformação da organização da atenção nos níveis mais complexos dos serviços de saúde defrontam-se com um desafio: o de atender a população de forma integral e com equidade.

Os municípios, em sua maioria, possuem menos de vinte mil habitantes e não comportam toda uma rede de atenção e assistência a que o usuário tem direito como cidadão (CEARÁ, 2000).

Os municípios, isoladamente, via de regra, não têm condições de dar resolubilidade aos casos mais complexos, fato que dá origem a um deslocamento desordenado de pacientes para os grandes centros do Estado à procura de especialistas e hospitais mais aparelhados. A corrida das ambulâncias em busca de centros de assistência terciária traduz custos para o sistema, sofrimento para o doente, transtornos aos seus familiares e nem sempre o resultado esperado é alcançado (Ibid).

Pesquisa realizada em 1997, pela Secretaria Estadual de Saúde – SESA, tendo por base a malha viária do Ceará, mostrou as rotas das ambulâncias e para onde os municípios encaminhavam os pacientes. Outro estudo, também realizado

pela SESA, fez um levantamento dos serviços oferecidos pelos municípios, registrando a capacidade instalada, qualidade no atendimento proporcionado, fluxo de pacientes e tipos de tratamentos. O cruzamento das informações serviu de base para definição dos trechos (Anexo 1) os quais, posteriormente, foram base para a regionalização do Estado, configurando-se o desenho para as microrregiões (Anexo 2) e microrregiões de saúde (Anexo 3).

A conclusão a que os gestores e técnicos da SESA envolvidos no processo chegaram foi de que a municipalização não estava dando conta do desafio da organização da atenção nos níveis mais complexos, integrados à atenção básica.

Não há como compatibilizar a escassez de recursos, alto custo dos serviços de maior densidade tecnológica, economia de escala, e padrões de qualidade para organizar os serviços de atenção secundária e ou terciária em cada município. (CEARÁ, 2000).

Segundo as idéias de Mendes (2002b), os serviços de atenção secundária e terciária dependem de estratégias de centralização que possam garantir a necessária combinação entre eficiência, escala e qualidade adotadas mundialmente nos sistemas de saúde.

Como alternativa para o enfrentamento do desafio posto, e objetivando organizar o Sistema Saúde, o Estado do Ceará, em 1998, realizou dois movimentos táticos:

- o primeiro teve como objetivo adequar sua estrutura organizacional à missão de gestão do sistema estadual, com foco na função de regulação para equidade pautada na pactuação do nível local;

- o segundo, integrando um conjunto de ações realizadas com base em estudos sobre experiências bem-sucedidas, visava a fortalecer a descentralização por intermédio do movimento de regionalização, propondo assim a implantação das microrregiões de saúde (CEARÁ, 2002).

Esses movimentos contaram com o apoio e cooperação técnica e financeira do *Department for International Development* do Reino Unido – DFID, articulada com o Governo do Estado, Secretaria Estadual de Saúde, SESA e a Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP-CE. Foi conduzido pela Coordenação das

Microrregionais de Saúde COMIRES e pelo Grupo Técnico das Microrregiões – GT MR, composto por técnicos dos diversos setores da SESA e ESP-CE.

O Conselho Estadual de Saúde – CESAU, em 1998 aprovou pela Resolução de nº 05/98, de 21 de dezembro 1998 as Diretrizes de Reorganização da Atenção e dos Serviços do SUS–CE; publicada no Diário Oficial do dia 08 de janeiro de 1999. Esta Resolução subsidiou o Governo do Estado a enviar projeto à Assembléia Legislativa, transformando em Lei Estadual, criando vinte e uma (21) instâncias estaduais microrregionais de saúde, as quais substituíram os catorze (14) antigos Departamentos Regionais de Saúde – DERES, incorporando estas instâncias ao novo organograma da Secretaria Estadual da Saúde – SESA, na sua de modelagem institucional.

A partir de sua legalização, as microrregionais de saúde passaram a constituir espaço organizativo e programático da SESA.

Assim, em 1999, o Estado do Ceará foi redesenhado, criando-se (21) vinte e uma microrregiões de saúde, definidas pelos critérios de contigüidade intermunicipal, escala adequada, potencial de recursos para estruturação de equipamentos de maior densidade tecnológica em atenção à saúde, sistemas de saúde pública e sistemas de apoio, disposição política para cooperação e identidade cultural e três (03) macrorregiões. (CEARÁ, 2000).

As Microrregiões constituíram espaço de encontro entre a Secretaria Estadual de Saúde – SESA e as secretarias municipais de saúde, criando-se mais do que uma relação político-administrativa, um espaço de negociação e programação entre as duas esferas de governo. Este fato permitiu um planejamento mais racional e participativo na distribuição dos recursos, mediante custeios e investimentos, com maior visão da realidade local.

A representação da SESA se deu pelos gerentes microrregionais, com o trabalho sustentado pela Comissão Intergestora Bipartite – CIB – Microrregional.

Segundo o Regimento da CIB – MR, a finalidade deste fórum é discutir e negociar as questões operacionais do Sistema Único de Saúde do Ceará – SUS-CE na Microrregião, obedecida a legislação pertinente à matéria.

A CIB - MR é paritária, composta por seis membros, sendo três representantes da SESA:

- o gerente microrregional de saúde,
- o representante do Núcleo de Apoio Técnico e Articulação Institucional,
- o representante do Núcleo Administrativo e Financeiro.

Compõe, também, a CIB – MR, de três representantes do conjunto dos municípios da Microrregião, sendo o vice-presidente microrregional do Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS, membro nato e os demais, secretários municipais de saúde eleitos pelo conjunto dos secretários da Microrregião. O presidente da CIB-MR é gerente microrregional designado pelo Secretário da Saúde do Estado. (CEARÁ, 2000).

Nas microrregiões de saúde estão estruturados os sistemas microrregionais de serviços de saúde, que constituem a atenção à saúde primária e secundária. Como suporte, estão as ações de saúde pública e as ações de serviços de apoio, que integram estes dois níveis de atenção.

Nas macrorregiões de saúde estão implementados os sistemas macrorregionais de serviços de saúde, nos quais conjuntos de microrregiões convergem para pólos terciários. Conforme Mendes (2001b), o nível macrorregional é um território de prestação de serviços, onde se concentra a oferta de serviços de maior densidade tecnológica. Estes serviços, numa organização racional, pelos mesmos princípios de economia de escala e de escopo, devem estar distribuídos pelos pólos secundários de atenção do Estado.

Os sistemas de serviços de saúde são definidos pela Organização Mundial de Saúde como um conjunto de atividades cujo propósito primário é, promover restaurar e manter a saúde de uma população (*World Health Organization*, 2000). Daí que os sistemas de serviços de saúde são respostas sociais, organizadas deliberadamente para atender às necessidades das populações, em determinada sociedade e determinado tempo.

A implantação das microrregiões do Ceará foi caracterizada por três etapas básicas, a primeira desenvolvida como experiência-piloto teve como cenário a Microrregião de Baturité, a segunda que foi denominada Escala I e a terceira Escala II.

A Microrregião de Baturité foi escolhida, por preencher os critérios básicos com razoável aproximação, fatores de ordem técnica e de cunho logístico, como a proximidade de Fortaleza. Por outro lado, agregava outros fatores que facilitavam a cooperação do nível estadual com o regional, destacando-se a Associação dos Municípios do Maciço de Baturité – AMAB e a existência de uma rede de serviços de saúde de nível secundário capaz de atender resolutivamente às demandas da Microrregião.

Concluída a experiência-piloto, em 1999, a Secretaria de Saúde do Estado – SESA realizou a avaliação envolvendo os agentes que participaram da experiência e após os resultados e ajustes necessários definiu a expansão da implantação das microrregiões. No ano de 2000, o processo foi expandido, no que foi denominado Escala I, para mais cinco microrregiões: Crateús, Iguatu, Maracanaú, Quixadá e Tianguá, tomadas aleatoriamente, envolvendo quarenta e sete (47) municípios do Estado do Ceará.

Na Escala II, realizada em 2001 foram implantadas as 15 microrregiões restantes, Fortaleza, Caucaia, Canindé, Brejo Santo, Limoeiro do Norte, Aracati, Itapipoca, Camocim, Tauá, Russas, Acaraú, Sobral, Icó, Crato e Juazeiro do Norte, envolvendo cento e vinte e nove (129) municípios, o que completou a abrangência total dos cento e oitenta e quatro (184) municípios do Estado.

A implantação das microrregiões no Estado do Ceará antecedeu a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS, instituída pelo Ministério da Saúde em 2001. A NOAS 1 define três grupos de estratégias articuladas:

- regionalização e organização da assistência;
- fortalecimento da capacidade da gestão e;
- revisão de critérios de habilitação dos municípios.

Surgiu como alternativa para garantir o macro-objetivo de melhorar a qualidade de vida da população, instituído no Plano de Governo “Consolidando o Novo Ceará” para o período de 1999 - 2002. Neste plano a área da saúde está direcionada para a garantia do acesso democrático e universal aos serviços de saúde, a integralidade das ações e a equidade da atenção. (CEARÁ, 1999).

Diante da importância da experiência-piloto de implantação da Microrregião de Baturité como matriz de geração de conhecimento, métodos, técnicas e instrumentos para a regionalização do SUS estadual, considera-se relevante, portanto, reaver a experiência no sentido de contribuir para a difusão do conhecimento, na perspectiva de colaborar para o registro da história da Saúde Pública no Ceará.

Desta forma, o objetivo desta dissertação é registrar a implantação da Microrregião de Baturité – Projeto-Piloto, matriz de referência para a implantação das microrregiões do Ceará, em todas as etapas.

Os objetivos específicos definidos estão relacionados ao detalhamento dos oito passos do roteiro da implantação do Projeto-Piloto e a identificação da percepção dos agentes envolvidos na regionalização da atenção e assistência à saúde na lógica definida pelo Estado.

O estudo rastreou ainda os resultados relevantes, nas arenas política e técnica, e sua repercussão no desenho de expansão da proposta para o Estado do Ceará.

A metodologia utilizada foi o estudo de caso, focado na pesquisa bibliográfica e documental e observação sistemática.

Na pesquisa documental, foram revistos documentos, relatórios produzidos pela SESA, GT-MR e consultores, incluindo-se também a transcrição das fitas resultantes de encontros como mesa redonda, seminários entre outros.

A observação sistemática ocorreu por intermédio da participação da pesquisadora em o todo processo da experiência, como representante da ESP-CE no grupo de condução e como coordenadora do Curso de Aperfeiçoamento em Gestão dos Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde.

Assim, neste trabalho, o primeiro capítulo, tratará da apresentação do cenário do estudo, com destaque para a Microrregião de Baturité, palco da experiência-piloto.

No segundo capítulo, e com apoio de vários autores, apresenta-se uma aproximação sobre a descentralização no Brasil, como base teórica para a compreensão dos conceitos trabalhados.

O terceiro capítulo traz o caminho utilizado, como ferramenta para buscar as informações que compõem o estudo.

O quarto capítulo trata da implantação da Microrregião de Baturité, apresentando as alianças estratégicas necessárias para a sustentabilidade do processo e o roteiro dos oito passos para a realização da experiência.

Por último vêm as considerações finais, trazendo com especial relevância a contribuição do Projeto-Piloto, a expansão do da regionalização da saúde no Estado do Ceará.

Pretende-se contribuir, também com este trabalho, para que outros pesquisadores possam vir a se interessar pelo tema e aprofundar ou desenvolver pesquisas nesta área de conhecimento.

# 1 CENÁRIO DO ESTUDO

## 1.1 Aspectos Geográficos e Demográficos

O Estado do Ceará situa-se na região Nordeste do Brasil, possuindo uma área de 148.817 km<sup>2</sup>, correspondendo a 1,7% da área do Brasil e a 9,4% da área do nordeste. Nos limites do Ceará, estão o oceano Atlântico e os Estados de Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Paraíba.

O Ceará possui 184 municípios, agrupados em oito áreas político-administrativas para efeito de planejamento governamental, apresentando na lógica da organização dos sistemas e serviços de saúde o desenho de vinte e uma microrregiões de saúde e três macrorregiões de Saúde.

Segundo dados preliminares do último censo referido pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2000), a população do Estado é de 7.417.402 habitantes, sendo 3.620.263 homens, o que corresponde a 49% da população geral, e 3.797.139 mulheres, o que equivale a 51% da população geral.

Em Fortaleza, capital do Estado situada no litoral, estão concentrados 2.138.234 habitantes o que corresponde à 29% da população do Estado. A densidade demográfica do Estado é de 50,7 hab/km<sup>2</sup>.

Dos 184 municípios do Ceará, 104 possuem em média vinte mil habitantes, considerados de pequeno porte, significando 57% do total de municípios e uma população de 1.999.542 pessoas.

Nos municípios com 21 a 50 mil habitantes, os quais compreendem 31% do total, encontram-se residentes 17 % da população do Estado. O maior contingente populacional está concentrado em Fortaleza e Caucaia, as quais juntas aglutinam 2.388.480 pessoas o que corresponde a 32% da população cearense.

No que diz respeito à situação do domicílio, 71,5% das pessoas residem na área urbana, o que representa o total de 5.303.741 habitantes, enquanto na área rural estão concentrados: 2.113.661 habitantes, o que equivale a 28,5% da população.

Os dados apresentados pela Fundação Instituto de Pesquisa e Informação do Ceará – IPLANCE (CEARÁ, 1999) apontam um crescimento da economia

cearense em 4,55%, taxa superior à registrada pelo Produto Interno Bruto - PIB nacional, que correspondeu a 4,18% com relação a 1999. Esse desempenho foi influenciado pela indústria de transformação, a qual contribuiu com 47,80% do crescimento do PIB acumulado no ano de 2.000.

De acordo com o Programa das Nações Unidas – PNUD, o Índice de Desenvolvimento Humano - IDH expressa as condições de renda, o grau de conhecimento e a longevidade.

Em 1970, o Estado do Ceará apresentava um IDH de 0,275, em 1980 0,477, em 1991 0,537 e em 1995 0,576. No ano de 1996, o IDH do Ceará alcançou 0,590 e foi considerado um índice de desenvolvimento médio; nesse mesmo período, o Brasil e o Nordeste apresentaram o IDH de 0,830 e 0,608 respectivamente (IPEA,1998).

Destacando as características demográficas, observa-se no Estado do Ceará uma transição caracterizada pela diminuição relativa de crianças e jovens e aumento da população de adultos e jovens.

Neste contexto, a população de crianças menores de 14 anos, que representava 44% da população, diminuiu sua representatividade sobre a população geral do Estado para 34%, nos anos de 1960 a 1999, embora ainda represente um contingente populacional de 2,4 milhões de pessoas. O que se observa é o crescimento da população em outras faixas etárias.

A população de 30 a 59 anos, que em 1960 correspondia a 26,5% da população geral, passou a ser, em 1990, 30%, significando em números absolutos 2.118.587 pessoas.

A faixa etária de 60 anos e mais teve um aumento crescente em números absolutos e relativos, em 1999, correspondia a 637.301 pessoas e a 9% da população.

Segundo a Associação Brasileira de Estudos Populacionais e Fundos de População das Nações Unidas - FNUAP, no Ceará, a taxa de fecundidade em 1980 era de 6,5 filhos, caindo em 1996 para 3,3 filhos, sendo a taxa média urbana de 2,8 filhos e a rural de 5,1 filhos.

Acredita-se que a queda da taxa de fecundidade resulta primordialmente da facilidade de acesso às laqueaduras tubárias e outro fator menos preponderante é o aumento da divulgação dos métodos contraceptivos e o aconselhamento para

espaçamento intergestacional, mediante ações organizadas e desenvolvidas nas unidades públicas de saúde.

## **1.2 O Retrato da Morbi–Mortalidade no Ceará**

O Ceará convive simultaneamente com as doenças da modernidade, como patologias do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e aquelas relacionadas às causas externas, violência e acidentes de trânsito, identificadas com o incremento da esperança de vida ao nascer, urbanização e melhoria de renda, ao mesmo tempo em que lida também com as doenças associadas a pobreza e favelamento, tuberculose, diarreias, hanseníase, cólera, entre outras.

Segundo análise do relatório da Gestão da Secretaria de Saúde do Estado – SESA 1999 /2000, a principal causa de mortalidade está relacionada com as doenças do aparelho circulatório, num percentual de 22,8%, seguida das causas externas 10,7%, neoplasias 10,4% e doença do aparelho respiratório 9,0%.

Ainda segundo o mesmo relatório, a taxa de mortalidade infantil decresceu progressivamente. Em 1994, correspondia a 80/1000 nascidos e em 2000 alcançou a marca de 28,3/1000 nascidos.

A política de saúde do Estado priorizou ações voltadas para a infância, a melhoria do acesso e acessibilidade aos serviços básicos da saúde e das ações de prevenção das doenças desenvolvidas pelos agentes de saúde foram fundamentais para a mudança do quadro da mortalidade infantil.

Esta decisão foi pautada no Plano de Governo “Consolidando um Novo Ceará” – Plano de Desenvolvimento Sustentável – 1999/2002, que definiu como uma das metas na área de saúde, a redução da Taxa de Mortalidade Infantil – TMI para 25/1.000 nascidos.

Ainda segundo o mesmo plano, para manter a tendência decrescente da TMI, é fundamental concentrar ações na atenção a crianças de até 28 dias de vida. As causas de óbito nessa faixa etária estão associadas ao baixo peso ao nascer (<2.500 g) à prematuridade, malformações congênitas e infecções maternas, problemas que requerem melhor qualidade na assistência ao pré-natal parto, e ao nascimento.

No que diz respeito à mortalidade materna, a taxa ainda é elevada, considerando-se que em países desenvolvidos não alcança 10 óbitos/100.000 nascidos; no Estado do Ceará, em 2000, foi registrada a taxa de 68,5 óbitos /100.000 nascidos vivos. Comparando com o ano de 1998 (92 óbitos /100.000 nascidos vivos) a taxa de mortalidade materna vem decrescendo, o que está relacionado com a redução das mortes por causas obstétricas diretas, resultantes de complicações, obstétricas na gravidez, parto e puerpério, completamente preveníveis.

A par das ações de imunização presente nos sistemas de saúde desde 1973, até 1991. O sarampo era considerado uma das principais causas da mortalidade infantil, em consequência de suas complicações tais como pneumonia e desnutrição grave.

Em 1992, foi implantado no Brasil o Plano Nacional de Eliminação do Sarampo, o que foi verificado desde então até 1996, foi uma redução dos casos. Em 1998, no Ceará ocorreram 24 casos, e em 1999, 8 casos. Em 2000, segundo registros da SESA não houve nenhum caso de sarampo. (CEARÁ, 2000)

O tétano neonatal vem apresentando redução com a implementação da vacinação de toda mulher em idade fértil. Em 1998 foram registrados 9 casos, em 1999, três casos e em 2000 ocorreu um caso. (Ibid).

Em todo o País, persegue-se a meta de eliminar a hanseníase como problema de saúde pública, a ser alcançada quando a prevalência for inferior 1 caso/10.000 habitantes. Nos anos de 1998, 1999 e 2000 essa taxa era respectivamente 4,83; 5,0 e 3,8, sendo que a última prevalência corresponde a 2.123 casos de hanseníase. (Ibid).

A eliminação da raiva humana objetiva principalmente bloquear a transmissão através de animais domésticos não vacinados e vigilância contra agressões. Nesta perspectiva, campanhas de vacinação anti-rábica são intensificadas em todo o Estado do Ceará, alcançando cobertura de 80%. No período de 1986 a 2000, foram registrados nove casos de raiva humana, dos quais cinco tiveram como agressores animais silvestres. (Ibid).

No que diz respeito a dengue, registram-se epidemias desde 1986, sendo a de maior magnitude aquela ocorrida em 1994.

A dengue tem casuística endêmica com comportamento crescente. Em 2000, foram registrados 13.763 correspondentes à incidência de 191,15 casos/100.000 habitantes. (Ibid).

No que diz respeito à Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS, o Ceará apresenta magnitude distante da observada em países da África ou grandes metrópoles do Sul e Sudeste do País. A curva epidêmica manteve-se crescente até 1998, quando foi registrado o maior número de casos novos 494, número que decresce, pois, em 1999 foram registrados 442 casos novos e em 2000 ocorreram 316 casos novos. (Ibid).

A tuberculose é endêmica no Ceará e atinge as camadas mais pobres da população e também grupos especiais, como alcoólatras e pacientes portadores de AIDS. O número de casos no Estado é alto, no entanto, observa-se que a curva de incidência registra declínio, especificamente no período de 1996 a 2000. A taxa de incidência em 1996 era de 60,5 casos/100.000 habitantes, em 2000 a incidência foi de 44,7casos /100.000. (Ibid).

A cólera esteve presente no Ceará a partir de 1992. Em 1993, foi registrada a epidemia com 22.738 casos o que corresponde à incidência de 345,7 casos/100.000 habitantes atingidos. (Ibid).

Em 1994, foram registrados 19.997 casos e incidência de 299 casos a cada 100.000 habitantes. Essa epidemia atingiu 85 dos municípios do estado. A partir de 1995 observou-se uma queda significativa na incidência da cólera, em 1999 foram registrados 91 casos e incidência de 1,2 casos/100.000 habitantes. (Ibid).

As doenças diarréicas se apresentam como problema de saúde pública sendo resultantes das condições de vida e moradia das populações expostas às vulnerabilidades pessoais e sociais. Em 1994, foi implantado o monitoramento das doenças diarréicas agudas, objetivando acompanhar o seu comportamento, identificar as áreas de risco, tratamento utilizado, detectar surtos, inclusive da cólera. Ressalte-se que, no período de 1994 a 2000, houve uma redução na taxa de mortalidade infantil por doenças diarréicas. (Ibid).

As doenças cardiovasculares despontam como principais causas de óbitos da população adulta. A incidência destas doenças cresceu com a elevação da idade média da população, no entanto, a morte na faixa etária de menos de 50 anos sinaliza uma deficiente assistência e pouca disseminação de medidas preventivas. (Ibid).

O coeficiente de mortalidade por doenças cardiovasculares em pessoas de 20 a 49 anos aumentou de 27 óbitos /100.000, em 1998 para 29 óbitos /100.000 habitantes em 1999. (Ibid).

No Ceará foram registrados, em 1999, 3.607 casos de óbitos por câncer em geral, representando 10,5% do total de óbitos do Estado. (Ibid).

Em 1999, os óbitos por causas externas corresponderam à segunda causa principal de morte no Estado do Ceará. Destacam-se os acidentes de trânsito como causa principal de óbitos dos adultos jovens. (Ibid).

Em 1996, a taxa de incidência por acidentes de trânsito correspondia a 16,3 óbitos/100.000 habitantes, passando em 1999, para 15,7 óbitos /100.000 habitantes neste último ano. (Ibid).

Os reflexos do aumento da violência estão registrados nos homicídios constatados. Em 1996, a taxa de incidência era de 12,9 óbitos/100.000 habitantes e em 1999 esta incidência aumentou para 15,6 óbitos/100.000 habitantes, representando o total de 1.107 homicídios. (Ibid).

### **1.3 Microrregião de Baturité**

A Microrregião de Saúde de Baturité é composta pelos municípios de Aracoíaba, Aratuba, Baturité, Capistrano, Guaramiranga, Itapiúna, Mulungu, Pacoti, os quais guardam uma característica similar: localizam-se na área serrana do Estado, exceto o Município de Aracoíaba.

Um forte traço cultural dos municípios é o gosto pela dança e a religiosidade é muito presente entre a população.

A agricultura é direcionada em maior escala para produtos hortifrutigranjeiros.

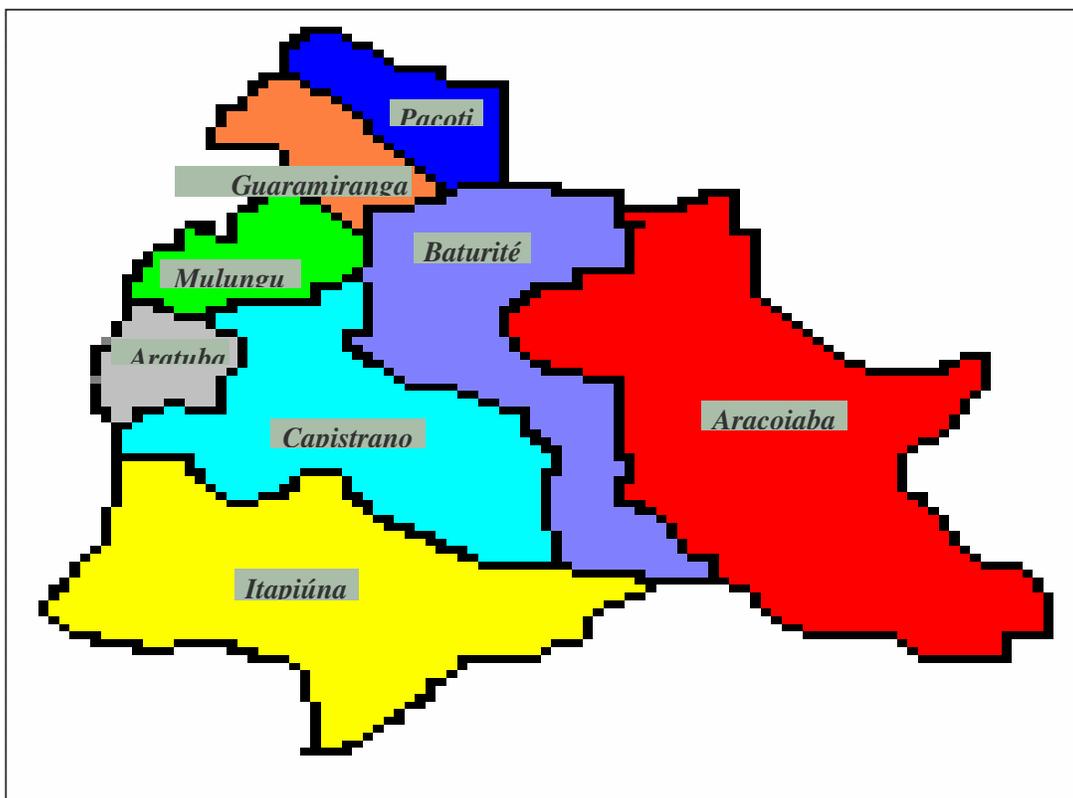


Figura 1: Mapa da Microrregião de Baturité  
(Fonte: CEARÁ, 2002).

Os municípios da Microrregião de Baturité compõem uma escala de 121.595 habitantes, conforme distribuição na Tabela 1, abaixo.

<b>Município</b>	<b>População – nº de habitantes</b>
Aracoiaba	24.615
Aratuba	11.843
Baturité	29.894
Capistrano	15.847
Garamiranga	5.537
Itapiúna	14.532
Mulungú	8.313
Pacoti	11.338
<b>Total</b>	<b>121.595</b>

Tabela 1: Distribuição da População na Microrregião de Baturité.  
(Fonte: CEARÁ, 2000).

Em dezembro de 1998, marco do desencadeamento da regionalização no Estado do Ceará, segundo a SESA, os Municípios de Aratuba, Baturité, Capistrano, Itapiúna e Pacoti, portanto, 62,5% dos Municípios, estavam habilitados conforme a Norma Operacional Básica /96 – NOB/96, editada pelo Ministério da Saúde – MS, na Gestão Plena do Sistema Municipal. Esta forma da gestão propicia ao gestor a possibilidade de elaborar toda a programação municipal, inclusive a de prestação de assistência ambulatorial especializada e hospitalar, conferindo assim aos municípios a ampliação de suas responsabilidades no tocante às necessidades da população.

Os Municípios de Aracoiaba, Guaramiranga e Mulungu, ainda segundo a mesma norma, estavam habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica. Este tipo credencia, prioritariamente, o gestor municipal para elaborar a programação municipal dos serviços básicos, gerir unidades ambulatoriais próprias e contratar, controlar e pagar aos prestadores de serviços, procedimentos e ações de assistência básica.

De acordo com Pirantoni (2003) a descentralização das ações e serviços de saúde nunca ocorreu de forma compulsória e a habilitação é essencialmente a declaração de compromissos por parte do gestor perante outros gestores a população sob sua responsabilidade.

O Nível da Gestão e Áreas de Responsabilidade NOB 96, da Microrregião de Baturité, em Dezembro de 1998, estão apresentados na tabela 02:

Município	NOB/96	Sistema de Informação					V.S	A.F.	C.A
		SIM	SINASC	SINAN	SIAB	PNI			
Baturité	PSM	-	x	x	x	x	x	x	x
Itapiúna	PSM	-	x	x	x	x	x		x
Aratuba	PSM	-	-	x	x	x	x		x
Capistrano	PSM	-	x	x	x	x	x		x
Pacoti	PSM	-	x	x	x	x	x		-
Guaramiranga	PAB	-	-	-	x	x	x		-
Aracoiaba	PAB	-	-	-	x	x	x		-
Mulungu	PAB	-	x	x	x	x	x		-

Tabela 2: Nível de Gestão e Áreas de Responsabilidade NOB 96 situação em dezembro de 1998. (Fonte: CEARÁ, 2000).

**Siglas:**

- PSM – Plena do Sistema Municipal.
- PAB – Plena da Atenção Básica
- SIM - Sistema de Informação Mortalidade.
- SINASC - Sistema de Informação sobre os Nascidos Vivos.
- SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificações.
- PNI - Programa Nacional de Imunização.
- V.S. - Vigilância Sanitária.
- A.F. - Assistência Farmacêutica.
- C.A. - Controle e Avaliação.

A Organização Mundial de Saúde – OMS define o Sistema de Informação em Saúde – SIS como mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessário para planejar, organizar e avaliar os serviços de saúde.

Considerando a tabela 2, pode-se observar que seis municípios, que correspondem 75% dos municípios da Microrregião de Baturité, dispõem do SINAN e que 62,5% que correspondem a cinco municípios, dispõem do SINASC, informação que colaborou para o delineamento mais claro do diagnóstico trabalhado na Região.

Todos os municípios da Microrregião, à época da implantação do Projeto-Piloto, dispunham dos serviços de Vigilância Sanitária – V.S. e Assistência Farmacêutica - A.F.

No que diz respeito ao Controle e Avaliação – C.A., 50% dos municípios contavam com o serviço implantado.

No tocante ao controle, avaliação e regulação da assistência, a Norma Operacional da Assistência – NOAS 01 define suas dimensões na avaliação da organização do sistema e do modelo da gestão; relação com os prestadores de serviços; qualidade da assistência e satisfação dos usuários e resultados e impactos sobre a saúde da população. Define ainda que todos os níveis de governo devem avaliar o funcionamento do sistema de saúde. O Conselho Municipal de Saúde compõe a rede dos gestores do SUS, e diante de suas atribuições, também devem participar no aspecto do controle, avaliação e regulação da assistência.

No que se refere à Atenção Primária em Saúde – APS, seis dos municípios da microrregião, correspondendo a 75% do total, apresentavam cobertura de 100% do Programa Saúde da Família. Os dois municípios restantes apresentavam uma cobertura superior entre 51 e 56% de do mesmo programa. As demais informações sobre a Atenção Primária em Saúde encontram-se detalhadas no tabela 3.

Município	PSF	% de cobertura	ACS	% de cobertura	Rede de Unidades de Saúde				
					H	No. leitos	CS	OS	CO
Aracoiaba	03	51	53	83	02	84	01	12	05
Aratuba	03	100	24	83	01	30	01	07	05
Baturité	04	56	52	83	01	92	01	09	04
Capistrano	03	100	35	79	01	20	01	07	02
Guaramiranga	01	100	13	90	01	14	-	02	02
Itapiúna	04	100	34	100	01	45	01	09	07
Mulungu	01	100	16	42	01	22	01	02	02
Pacoti	03	100	28	100	01	32	01	06	02

Tabela 3: Demonstrativo da atenção primária e rede de unidades de saúde da Microrregião de Baturité. Situação em dezembro de 1998.

(Fonte: CEARÁ, 2000).

Siglas:

- PSF – Programa Saúde da Família.
- ACS – Agente comunitário de saúde.
- H – Hospital.
- CS – Centro de saúde.
- OS – Posto de saúde.

- CO – Consultório odontológico.

O Programa Saúde da Família foi definido como um modelo de assistência à saúde que vai desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde, que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, ao nível da atenção básica. (BRASIL, 1994).

Seus objetivos visam a contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, imprimindo nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde.

Analisando a tabela 3, pode-se verificar que os municípios da Microrregião de Baturité aderiram ao PSF, fortalecendo a atenção primária, o que se considera um indicador favorável para a organização do sistema local de saúde.

Entre os municípios da Microrregião de Baturité, a maior taxa de mortalidade infantil (43%) foi identificada no Município de Aracoiaba, sendo o segundo de maior taxa de mortalidade infantil, (39,0%) o município de Pacoti, seguido de Capistrano com (38,1%). Os demais indicadores de saúde estão apresentados no (Anexo 4).

Os serviços cadastrados na Microrregião de Baturité apresentavam um quadro em que todos os municípios dispunham de serviço de Patologia Clínica e Ultra-Sonografia. Apenas três municípios contavam com serviço de Radiologia e em dois municípios estes serviços se encontravam em fase de implantação, conforme apresenta o (Anexo 5), que dispõe ainda de informações sobre os serviços de Urgência e Emergência, Psiquiatria e Fisioterapia.

Este cenário da saúde, associado à contigüidade dos municípios e decisão política dos gestores, foi importante indicador para o desenvolvimento do Projeto-Piloto na área.

## **2 O REFERENCIAL TEÓRICO: APROXIMAÇÃO SOBRE A DESCENTRALIZAÇÃO EM SAÚDE**

O movimento mais geral, de luta pela redemocratização do Brasil e contra o regime militar, mobilizou iniciativas para as reformas do sistema de saúde, que apresentava resultados perversos decorrentes da centralização autoritária e da concentração de poderes.

De acordo com Silva (2001), está atribuída à III Conferência Municipal de Saúde – CNS, de 1963, a primazia na tentativa de descentralização da saúde no Brasil. Nesta Conferência, foram discutidos quatro itens fundamentais:

situação sanitária da população brasileira;

- a distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias em âmbito federal, estadual e municipal;

- municipalização dos serviços de saúde; e

- fixação de um Plano Municipal de Saúde – PMS.

Embora essa Conferência tenha manifestado, pela primeira vez, a intenção de incluir na agenda pública a criação de uma rede municipal de serviços de saúde, foi na década de oitenta que o projeto de descentralização foi retomado envolvendo participação de vários agentes.

A fase de transição democrática associada à crise fiscal proporcionou no início dos anos oitenta mudanças racionalizadoras na assistência médica, como por exemplo: o Plano de Racionalização Ambulatorial, proposto pelo Conselho Consultivo de Saúde Previdenciária – CONASP. Este Conselho era composto por pessoas notáveis da Medicina, representantes dos vários ministérios, de trabalhadores e prestadores de serviços, com o objetivo de reorganizar a assistência médica do Brasil, reduzindo seus custos e controlando seus gastos. (MENDES, 2002a).

A descentralização se estende às capitais dos estados e a algumas cidades de médio porte, num projeto coordenado entre as três esferas de governo.

A partir de 1985, no período da denominada Nova República, expandiram-se as Ações Integradas de Saúde – AIS e, a partir de 1987, com os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - SUDS, transferiram-se atribuições, recursos financeiros, pessoal de saúde vinculado ao Instituto Nacional da

Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS e instalações para a gestão das secretarias estaduais e municipais.

Procurava-se, neste cenário desenhar um novo pacto federativo, onde as secretarias estaduais e distrital assumiriam as ações de planejamento, controle e avaliação e prestação de serviços numa tentativa de regionalização e busca da equidade. Aos municípios competia a gestão dos sistemas locais de saúde.

Segundo Paim (1990), o desencadeamento da Reforma Sanitária brasileira ocorreu no período de 1985 a 1988. Esse autor considera que o setor saúde, no referido período, avançou sete pontos:

- contenção das políticas privatizantes do Instituto Nacional de Assistência Médica Previdência Social – INAMPS;
- transferência dos recursos federativos previdenciários para estados e municípios;
- prioridade para o fortalecimento dos serviços públicos;
- estímulo à integração das ações e serviços da saúde;
- apoio à descentralização gerencial;
- incorporação do planejamento à prática institucional; e
- abertura de canais para a participação popular.

O movimento sanitário sempre defendeu a descentralização dos serviços de saúde e a adoção da municipalização, vista como uma estratégia para a democratização do Sistema Nacional de Saúde e como um dos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS.

Inúmeras são as razões que impulsionaram a descentralização. Na perspectiva econômica, destacam-se as transformações impostas pela reestruturação do modo de produção e do funcionamento da economia, a partir de inovações tecnológicas e da globalização que, ocasionaram profundas alterações na capacidade dos Estados nacionais captarem recursos da esfera produtiva, o que ocasionou um endividamento público crescente e recorrentes déficits públicos.

Na lógica “econômica”, a descentralização é uma das medidas a que se recorre para enfrentar a crise fiscal do estado, a instabilidade da moeda, o deficit público e a dívida externa.

Segundo Cohn et al (1991), a lógica econômica se sobrepôs às razões políticas, segundo as quais a descentralização é estratégia democratizante do setor saúde.

Na perspectiva política, relativamente à descentralização, destacam-se entre outros, a transição do autoritarismo para a democracia em muitos países ocidentais, na década de 1970, e permanentes desequilíbrios socioeconômicos entre regiões do mesmo país. Na perspectiva do Estado, houve a desabilitação do Estado de Bem-Estar Social, visto que a busca pela eficiência e equilíbrio financeiro resultou em propostas de descentralização das atividades de regulação, provisão e financiamento de bens e serviços sociais.

Segundo Mendes (2001), o conceito de descentralização ganhou força nos países centrais, como parte de uma estratégia de resposta à crise dos Estados de Bem-Estar Social.

O Estado de Bem-Estar Social caracterizou-se com a organização de produção de bens e serviços coletivos ou privados regulados pelo Estado, estabelecendo-se novos padrões de relação entre Estado e sociedade, os Estados intervêm nas relações sociais, para regular as atividades econômicas, ao mesmo tempo em que garantem alguns direitos sociais aos cidadãos.

A descentralização constitui num processo social e, como tal, está sujeita às determinações políticas das realidades aonde acontece.

Para Silva (2001), tanto a centralização quanto a descentralização presentes na organização do Estado; não existem em estado puro.

Souza (2002) sinaliza o fato de que a descentralização tem como um dos objetivos centrais permitir uma melhor alocação/distribuição de recursos e promover uma maior participação política, na medida em que fortalecem na arena política, agentes sociais com pouco poder de barganha, ou não contemplados em governos altamente centralizados.

Mendes (2001b) refere quatro formas de descentralização: descontração, devolução, delegação e privatização.

A desconcentração consiste no deslocamento de algumas responsabilidades administrativas para níveis hierárquicos inferiores, dentro de uma mesma organização, sem a correspondente redistribuição do poder decisório.

A devolução consiste na transferência de poder decisório de uma organização governamental para outra de menor nível hierárquico, que adquire, assim, autonomia política e administrativa.

A delegação dá-se em outro âmbito, envolvendo as relações entre Estado e sociedade civil, onde o Estado transfere responsabilidades gerenciais para organizações não governamentais, que continuam com financiamento e regulação estatais e a privatização se caracteriza pela transferência de instituições estatais; para a iniciativa privada. Segundo ainda o mesmo autor a descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil se faz, principalmente, numa combinação das formas de devolução e privatização.

De acordo com Lobo (1998), a descentralização deve ser orientada por um conjunto de princípios; a flexibilidade, o gradualismo, a progressividade, a transparência no processo de tomada de decisões e o controle público.

Na realidade a descentralização no Brasil no setor saúde tomou força a partir da Constituição Federal de 1988, oportunidade em que foi criado o Sistema Único de Saúde, pautado em princípios fundamentais como universalidade, equidade e integralidade da atenção, descentralização da saúde e controle social.

Na década seguinte, a legislação infraconstitucional, (Lei nº 8.080 e Lei nº 8.142), reiterou a descentralização. Os papéis e funções dos entes governamentais na oferta de serviços, na gerência de unidades e na gestão do sistema de saúde foram reformulados, adotaram-se novos critérios de alocação e transferências de recursos.

A adoção das normas operacionais é um instrumento fundamental para a regulação do processo de descentralização e para a definição de repasse de recursos financeiros entre União, Estados e Municípios, bem como seu acompanhamento.

A Norma Operacional Básica 01 – NOB 01 editada pelo Ministério da Saúde em 1991, implementou a descentralização e previa a transformação dos serviços de saúde de natureza pública em prestadores ressarcidos conforme a produção. Além disso, referida norma introduziu os “convênios de municipalização”, os quais eram tratados de forma direta entre os municípios e o Ministério de Saúde.

A Norma Operacional Básica 01 – NOB 01/93, editada pelo Ministério de Saúde em 1993, institucionalizou os fóruns de pactuação que visavam a descentralização SUS: as Comissões Intergestoras Bipartites - CIB no plano estadual e a Comissão Intergestora Tripartite - CIT no contexto federal.

A CIB foi definida como “instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS” (NOB-SUS01/93). Nos estados, as CIB são formadas paritariamente de representantes do governo, indicados pelo secretário de Estado de Saúde e de representantes dos secretários Municipais de Saúde indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS.

A CIT, quando da regulamentação, em 1993, pela NOB 01/93, teve a finalidade de “assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde”.

A NOB – SUS 01/93, estabeleceu também três formas a gestão para os municípios: incipiente, parcial e semiplena, conforme o cumprimento dos requisitos estabelecidos nesta NOB.

Segundo Siqueira et al (2002), o aprofundamento da descentralização se torna mais intenso com a Norma Operacional Básica - NOB 01/96, editada pelo Ministério de Saúde em 1996, que simplificou a de responsabilização municipal proposta pela norma anterior, reduzindo as condições de habilitação a duas modalidades: Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal.

Segundo ainda o mesmo autor, esta norma estabelece também o Piso de Atenção Básica PAB fixo, e o PAB variável, a Fração Assistencial Especializada - FAE, Programa de Agentes Comunitários de Saúde PACS, Programa Saúde da Família PSF, incentivo ao combate das Carências Nutricionais – ICCN, Ações Básicas de Vigilância Sanitária – VISA e Assistência Farmacêutica – AFB, fatores financeiros considerados pelo autor como indutores da reorientação do modelo assistencial.

Tanto a NOB SUS 01/93 quanto a NOB SUS 01/96 inauguraram uma forma diferente de descentralização da saúde, criando uma relação diferença de

descentralização da saúde, entre o Ministério da Saúde e os municípios, sem a participação direta dos governos estaduais.

Segundo Mendes (2001b), a descentralização dos serviços de saúde apresenta fortalezas e debilidades. As fortalezas estão relacionadas à capacidade de regulação das secretarias municipais de saúde, à viabilização de negociação com prestadores e à contratação de serviços, e permitiu a reorientação dos investimentos, além de fortalecer o controle público com a criação dos conselhos de saúde. Por outro lado, a descentralização apresenta debilidades que, segundo o mesmo autor, estão relacionadas a equidade, a eficiência e a qualidade dos serviços.

Os aspectos positivos da municipalização estão relacionados com a consolidação do mando único municipal, ampliação da capacidade de regulação dos prestadores de serviços pela Secretaria Municipal de Saúde, ampliação do controle público dos serviços pelos conselhos municipais de saúde, aumento da produtividade e incorporação dos segmentos populacionais desassistidos. Entre os aspectos negativos, está o reforço ao modelo flexneriano de atenção médica em detrimento das ações de saúde pública, ineficiência na aplicação de recursos por perda de escala e pulverização de recursos públicos e aumento da iniquidade. (MENDES, 2001b).

Cenário em que a municipalização autárquica está conjugada com a fragilidade distributiva das secretarias estaduais de saúde fez com que se perdesse a dimensão da regionalização, indispensável ao federalismo. A fragmentação dos serviços e a perda da qualidade exige a reconstituição de redes nos espaços regionais por meio da institucionalização dos sistemas microrregionais de serviços de saúde. (Ibid).

Ainda na percepção do autor, o Sistema Microrregional de Serviços de Saúde pode ser conceituado como um projeto estruturante do Sistema Único de Saúde, implementado no âmbito de uma microrregião de pertença econômica, social, cultural e sanitária, pela ação cooperativa dos governos estaduais e municipais. Tomando-se como referência esta conceituação, os sistemas microrregionais de serviços de saúde supõem a integração e a interlocução das diversas esferas do governo nos fóruns de negociação e pactuação para viabilizar maior acesso da população aos serviços de saúde.

O modelo de regionalização iniciado no Estado do Ceará no ano de 1999 defende a Microrregião de Saúde como um espaço populacional composto por vários municípios que têm afinidades tradicionais em relação à cultura, à economia e à prestação de serviços e cuja articulação visa à resolução de problemas comuns da saúde, objetivando garantir a assistência integral e o desenvolvimento de um sistema integrado e a melhoria da qualidade de vida. (CEARÁ, 2002).

As bases operacionais para delimitação dos sistemas microrregionais de serviços de saúde, segundo Mendes (2001b), foram fundamentadas nos critérios de contigüidade intermunicipal; subsidiaridade econômica; potencialidade de auto-suficiência em atenção secundária; disponibilidade de recursos para organizar os sistemas de saúde pública e de apoio; escala adequada; existência de identidade e herança cultural.

A organização das microrregiões mantém a lógica de descentralização da atenção primária no âmbito de cada município, e a centralização relativa na microrregião, dos recursos de maior densidade tecnológica, seja da atenção à saúde, seja dos sistemas de saúde pública, seja dos sistemas de apoio. (CEARÁ, 2002).

Nos sistemas microrregionais dos serviços de saúde, são organizados espaços técnicos sanitários de ofertas de serviços, estreitamente articulados / vinculados entre si, na lógica microrregional: o espaço da atenção à saúde; o da saúde pública; o dos sistemas de apoio e o dos sistemas logísticos.

O espaço da atenção à saúde tem como responsabilidade a organização da atenção primária, secundária e terciária à saúde em cada microrregião. Os sistemas de saúde pública envolvem a negociação e implantação de sistemas de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental.

Os sistemas de apoio envolvem a implantação de sistemas integrados de informação, de apoio diagnóstico-terapêutico, de auditoria, controle e avaliação e de assistência farmacêutica. Para garantir uma ambiência democrática, o sistema de controle público deve assegurar a implantação e funcionamento dos Conselhos de Saúde e Comissões Intergestoras Bipartites. (CEARÁ, 2000).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2001 editada pelo Ministério da Saúde, por intermédio da Portaria nº 95 (BRASIL, 2001) teve

como objetivo “ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica” e definir a regionalização da saúde. De acordo com Silva (2001), esta norma amplia as responsabilidades das secretarias estaduais de saúde na gestão do SUS. Propõe a organização de sistemas funcionais de saúde, compreendendo um município ou um conjunto de municípios, com base na regionalização, e delega às Secretarias Estaduais de Saúde - SES o papel de coordenação das mudanças.

Silva (2001) destaca as principais mudanças propostas pela NOAS/ SUS 01/2001:

- elaboração de um Plano Diretor de Regionalização – PDR, pelas secretarias estaduais de saúde, na perspectiva de garantir acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, de um conjunto mínimo de ações e serviços, e estabelece o compromisso entre gestores para atendimento de referências intermunicipais, procurando garantir também, dessa forma, o acesso aos outros níveis de atenção mais complexos;

- instituição da Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada - para habilitarem-se nesta forma da gestão, os municípios em Gestão Plena da Atenção Básica (conforme preconizado na NOB SUS 01 /96) deverão responsabilizar-se pelos serviços básicos, incluindo, obrigatoriamente, o controle da tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial e diabetes e desenvolver programas de atenção à saúde da mulher e saúde bucal para todos os municípios.

Para operacionalização da regionalização, a NOAS/SUS 01/2001 propõe utilização de instrumentos como a Programação Pactuada Integrada – PPI, termos de garantia de acesso firmado entre gestores para organizar as referências intermunicipais, definição de prioridades de intervenção, elaboração de um Plano Diretor de Investimento para corrigir as lacunas necessárias.

A NOAS / SUS 01/2001 aprofunda a descentralização, ampliando a ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais. Estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e busca maior equidade. Em seu formato poderá reduzir, ao menos em parte, a autonomia de gestão conquistada pelos municípios com a NOB SUS/96.

O modelo do Ceará (2002) ao estabelecer as estratégias de reorganização da atenção secundária estabelece dois princípios:

- economia de escala: a baixa disponibilidade de recursos humanos especializados, materiais e organizativos dos municípios apontam para a articulação municipal, de modo a viabilizar uma atenção à saúde que seja resolutiva, de qualidade e de custo acessível;

- negociação: a microrregião deve ser espaço democrático de negociação entre os municípios, entre eles e o Estado e deles com organizações não governamentais, com o fim de garantir em seu âmbito o acesso das populações às atividades de maior densidade tecnológica, que conformam os níveis secundário e terciário da atenção.

E ainda segundo o mesmo documento as bases operacionais da atenção secundária definem os critérios de agrupamento dos municípios:

- nível de resolubilidade;

- deslocamento da população: identificado na busca espontânea ou referenciado da população aos serviços de saúde entre diferentes municípios, identificada pela programação do Sistema de Informação Ambulatorial - SIA e procedência dos pacientes identificados por meio do Sistema de Informação Hospitalar / SIH;

- acessibilidade geográfica: consideram-se a malha viária, a contigüidade territorial e as barreiras geográficas entre os municípios;

- criação das comissões bipartites regionais: comissões que objetivam promover a integração, o fortalecimento e o desenvolvimento microrregional;

- pactuação: visando a garantir a integralidade da atenção, os municípios pactuarão as ações e serviços de saúde, considerando os limites das microrregiões;  
e

- organização da atenção: a organização da atenção dar-se-á por intermédio de cada microrregião do Estado, onde haverá um ou vários hospitais de nível secundário, que prestarão assistência nas especialidades básicas de Pediatria, Clínica Médica e Tocoginecologia, oferecendo os serviços de urgência /emergência, ambulatório eletivo para as referências, assistência a pacientes internados.

O Ceará historicamente esteve sempre articulado com o movimento da Reforma Sanitária. Desta forma, o SUS - Ceará desencadeou três movimentos estratégicos para aplicação dos princípios políticos e organizativos estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080/90.

O primeiro movimento, caracterizado como estratégia de sobrevivência infantil, concentrou seus esforços nas cinco ações básicas de saúde da criança – aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento, controle das doenças diarreicas e controle das infecções respiratórias agudas. O êxito desta estratégia foi materializado com a redução da mortalidade infantil, o que foi possível mediante o amplo desencadeamento da municipalização e implantação do Programa Agentes Comunitários de Saúde.

O segundo movimento, fortalecido pelo maior grau de autonomia financeira dos municípios nas condições de a gestão semiplena e plena, foi caracterizado pela ampliação e maior qualificação da atenção básica à saúde, via implantação do Programa Saúde da Família.

O terceiro movimento, vivenciado a partir de 21 de dezembro de 1998, com a aprovação, pelo do Conselho Estadual de Saúde, da Portaria nº 05/98, que trata das diretrizes de reorganização da atenção e dos serviços do Sistema Único de Saúde do Ceará – SUS – CE, permitiu a retomada, pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará – SESA, da liderança do desenvolvimento do SUS, a partir da implantação dos sistemas microrregionais dos serviços de saúde.

Neste contexto foram estabelecidas as diretrizes políticas do SUS – CE:

- o Sistema Estadual de Saúde do Ceará dirigirá suas ações no sentido de que todos os cearenses sejam beneficiados com ações e serviços de promoção da saúde, de prevenção de agravos, doenças e morte evitáveis, de atenção à saúde nos vários níveis de complexidade e de programas de reabilitação efetivamente de boa qualidade;

- a reorganização da atenção e dos serviços de saúde do SUS – CE será norteadada pelos princípios da democratização, da universalidade de cobertura e acesso, da descentralização, da integralidade na prestação das ações, da equidade e do controle social;

- o SUS - CE direcionará os serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida da população, promovendo a vigilância à saúde, em articulação intersetorial com organizações governamentais, o que permitirá a aplicação de recursos dos planos federal, estadual e municipais com racionalidade;

- a assistência aos portadores de deficiência e de doenças crônicas será prestada nos três níveis de atenção, sob responsabilidade direta do Poder público;

- os custos operacionais dos serviços secundários microrregionais e terciários e de apoio macrorregional, que integram o SUS, devem ser sustentados pelo Fundo Estadual de Saúde;

- os trabalhadores do setor devem ser valorizados com salários dignos, adequadas condições de trabalho, reciclagens e incentivos, admissão por concurso, dedicação exclusiva;

- O SUS-CE desenvolverá ações de atenção à saúde do trabalhador, baseado na articulação interinstitucional, dotando recursos de forma a permitir a identificação, prevenção e tratamento das doenças profissionais ou do trabalho, conforme Portaria nº. 3.908, de 30.10.1998;

- para a organização da atenção primária à saúde, será adotada a estratégia do Programa Saúde da Família - PSF conforme formulação de Mendes (2001a):

- uma equipe de saúde da família, (que), em território de abrangência definida, desenvolve ações localizadas na saúde, dirigidas às famílias e ao seu habitat, de forma contínua, personalizada e ativa, com ênfase relativa no promocional e no preventivo, sem se descuidar do curativo-reabilitador, com alta resolubilidade, com baixos custos diretos e indiretos, sejam econômicos ou sociais, e articulando – se com outros setores que determinam a saúde;

- a atenção secundária à saúde será agregada ao âmbito dos Sistemas Microrregionais de Saúde. Define-se como Microrregião de Saúde:

- um espaço territorial composto por um conjunto de municípios com forte sentimento de integração e interdependência, com auto – suficiência primária e secundária, com uma população em torno ou superior a 100 mil habitantes e com vontade política para consorciarem-se na busca para a resolução dos problemas comuns.

- A atenção secundária será organizada em pólos macrorregionais, por meio do sistema de referência (CEARÁ, 2002).

A estratégia de reorganização da atenção terciária em saúde, no primeiro o momento, ressalta o conceito adotado pela SESA Ceará, a atenção à saúde de terceiro nível integrada pelos serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade, definindo a atenção terciária como organizada em pólos macrorregionais, mediante o sistema de referência.

A estratégia da organização da atenção terciária no Ceará será procedida em três pólos macrorregionais:

- macrorregião de Fortaleza;
- macrorregião do Cariri;
- macrorregião de Sobral.

### **3 A TRILHA METODOLÓGICA**

O presente estudo enquadra – se como um estudo de caso. Segundo Goode e Hatt (1969), o estudo de caso é considerado um método qualitativo.

Segundo Yin et al (1989), os objetivos do estudo de caso são: capturar o esquema de referência e a definição da situação de um dado participante. Permitir um exame detalhado do processo organizacional e esclarecer aqueles fatores particulares ao caso que podem levar a um maior entendimento da causalidade.

De acordo com Yin et al (1989), a preferência pelo estudo de caso deve ser dada quando do estudo de eventos contemporâneos, em situações nos quais comportamentos relevantes não podem ser manipulados, mas em que é possível se fazer observações diretas e entrevistas sistemáticas. Apesar de haver pontos em comum com o método histórico, o estudo de caso se caracteriza pela capacidade de lidar com uma completa variedade de evidências – documentos, artefatos, entrevistas e observações. (Ibid).

A coleta das informações para o desenvolvimento deste trabalho baseia-se preferencialmente na recuperação dos documentos que compuseram a formulação teórico-metodológica de todas as etapas: Diagnóstico, Curso de Aperfeiçoamento em Gestão e de Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde e Estruturação e Funcionamento das Câmaras Técnicas no processo de implantação do Projeto-Piloto – matriz para Implantação dos Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde no Estado do Ceará.

Segundo Gil (1999) a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser lembrados de acordo com o objetivo da pesquisa. Assim, o estudo lançará mão de toda a documentação oficial disponível sobre o processo de implantação das Microrregiões no estado do Ceará.

Na qualidade de estudo que procura reaver a experiência desenvolvida na arena da saúde, espaço social onde a opinião e participação dos profissionais, especialistas, conselheiros e lideranças, é decisiva para o planejamento e organização dos serviços e sustentabilidade do processo.

O estudo lançou mão também de materiais resultantes de vários encontros dos agentes, oportunidade em que foram registradas suas impressões acerca do assunto. Esses depoimentos captaram a dimensão subjetiva implícita em todo o processo, designando o espaço das emoções, vivências, sentimentos, crenças e percepções, cuja natureza não admite mensuração.

O resultado será a visualização do conhecimento, atitudes e linguagem dos agentes envolvidos na implantação e gestão das microrregiões, o que dará subsídios essenciais para o relato da experiência.

## 4 A IMPLANTAÇÃO DAS MICRORREGIÕES DE SAÚDE

### 4.1 Articulação de Alianças Estratégicas

Para o desenvolvimento de implantação das microrregiões de saúde, foi necessária a constituição de alianças estratégicas que pudessem garantir sua sustentabilidade.

Neste processo, foi envolvido o Governo Britânico, por meio do *Department for International Development* – DFID, o qual, no período de 1996 a 1999, desenvolveu no Estado do Ceará o Projeto de Apoio à Reforma do Sistema Único de Saúde, resultado dessa parceria.

Este Projeto foi ampliado para o quadriênio 2000-2003 e intitulado *O Projeto de Apoio à Reforma do Setor Saúde no Estado do Ceará – PARSSEC*, implementado em conjunto com os gestores da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA e Escola de Saúde Pública – ESP/CE.

Esse Projeto visava também à transferência de *know-how*, viabilizada por atividades de consultoria, treinamentos, viagens de estudo e outros.

O Projeto trabalhou sob o enfoque de processo, com o acompanhamento de um Plano de Trabalho, o qual definia as atividades a serem desenvolvidas.

Dentre as áreas prioritárias identificadas para investimento no período do Projeto estavam:

- o desenvolvimento institucional da SESA, cujo objetivo era aprimorar o *status* técnico e gerencial de seu quadro de gestores e adequá-lo à nova modelagem da gestão estadual na SESA;
- a reordenação dos serviços de atenção primária, secundária e terciária em bases microrregionais;
- um incremento na capacitação do corpo técnico da SESA e corpo docente da ESP/CE; e
- o estímulo a uma integração maior entre Estado e sociedade civil, mediante o concurso da população.

O Projeto de Apoio à Reforma do Setor Saúde no Estado do Ceará – PARSSEC foi organizado em quatro subprojetos:

- desenvolvimento Institucional da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará;

- implantação dos Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde;
- a Educação Permanente no Sistema Público Estadual de Serviços de Saúde;
- desenvolvimento da Sociedade Civil.

O Subprojeto 2: Implantação dos Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde, foi o que deu suporte técnico e financeiro para o trabalho a ser desenvolvido na Secretaria de Saúde, notadamente ao que se refere ao processo de descentralização.

Entre as atividades que estavam previstas na primeira versão do Plano, podem-se destacar:

- os estudos sobre os fluxos de atenção à saúde;
- definição dos critérios para a regionalização da atenção à saúde;
- a divisão espacial da atenção à saúde: 184 municípios, 21 microrregiões e 3 macrorregiões;
- o processo de implantação das microrregiões de saúde;
- a implantação das comissões intergestores bipartite microrregionais.

Compuseram também a rede de parceiros estratégicos o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde – COSEMS, Associação dos Municípios do Maciço de Baturité – AMAB, a Escola de Saúde Pública do Ceará e 1º. Departamento Regional de Saúde – 1º. DERES.

O Conselho dos Secretários Municipais de Saúde – COSEM teve papel fundamental na articulação dos secretários municipais de saúde da área e facilitou a interlocução entre a SESA e as secretarias municipais de saúde.

A Associação dos Municípios do Maciço de Baturité – AMAB, fortalecida politicamente, por conta de sua atuação em defesa dos interesses da região, foi agente imprescindível e facilitador da adesão dos prefeitos à proposta de descentralização apresentada pela SESA, o que facilitou a pactuação política decorrente do processo.

À Escola de Saúde Pública do Ceará coube o papel de viabilizar a elaboração teórica e metodológica do Curso de Aperfeiçoamento em Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde, o qual tinha como objetivos:

- facilitar o engajamento dos gestores e técnicos das secretarias municipais de saúde na organização do Sistema Microrregional de Serviços de Saúde;

- desenvolver uma compreensão básica acerca do conceito de sistemas microrregionais e da necessidade de adotar a lógica da microrregião para a organização dos serviços de saúde;

- desenvolver atitudes propícias à constituição das interrelacionais entre as equipes municipais, necessárias à estruturação dos sistemas microrregionais de serviços de saúde.

#### **4.2 Roteiro em oito passos para o desenvolvimento do Projeto-Piloto**

- Passo 1: composição Grupo Técnico da Microrregional – GT/MR.

- Passo 2: seminário interno.

- Passo 3: reunião com os prefeitos da microrregião.

- Passo 4: diagnóstico microrregional.

- Passo 5: curso de aperfeiçoamento em gestão de sistemas microrregionais de serviços de saúde.

- Passo 6: Câmaras Técnicas.

- Passo 7: avaliação do processo.

- Passo 8: pactuação.

No Ceará a implantação dos sistemas microrregionais de serviços de saúde foi experimentado num Projeto-Piloto da Microrregião de Baturité, movimento precedido por diversas etapas para garantir a sustentabilidade técnica e política plena

##### **4.2.1 Passo 1: composição do Grupo Técnico da Microrregional – GT- MR**

O GT-MR foi composto de técnicos de setores estratégicos da SESA, selecionados a partir dos critérios de conhecimento e experiência na área específica, ter carga horária de trabalho de quarenta horas semanais e disponibilidade para viagens, O GT-MR foi coordenado pela Diretoria de Coordenação Regional, e a idéia era formar um grupo multiprofissional para a condução do processo.

A missão deste grupo era prestar assessoria técnica aos demais agentes envolvidos, em todas as fases do processo, acompanhando as atividades desenvolvidas, propondo, quando necessário, o redimensionamento das ações. Outra missão do grupo estava relacionada com à elaboração e instrumentos

necessários ao desenvolvimento da proposta os quais eram testados e ajustados na prática, com a participação dos técnicos dos municípios envolvidos. Este grupo contou com o suporte de consultores externos contratados pelo Governo Britânico, por meio do *Department for International Development* – DFID, entre eles Dr. Rifat A. Atun e Dr. Javier Martinez.

O funcionamento do GT – MR ocorreu em reuniões semanais, oportunidade em que era procedido ao monitoramento e avaliação das atividades. Competia, ainda, a esse grupo articular os diversos setores da SESA, em parceria com a Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP-CE, para a formulação e aplicação dos módulos do Curso de Aperfeiçoamento em Gestão dos Sistemas Microrregionais de Saúde, participando de todos como facilitador das discussões.

#### **4.2.2 Passo 2: seminário interno – Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde**

A implantação dos Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde imprime nova lógica de reorganização dos serviços, diferente daquela praticada em decorrência da municipalização, onde cada município busca isoladamente resolver os problemas relacionados a atenção e assistência, para uma nova prática voltada para a solidariedade e troca, potencializando os recursos, na perspectiva da economia de escala e de escopo, visando à melhoria da qualidade dos serviços.

O Seminário realizado na SESA, coordenado pela Diretoria de Coordenação Regional e o consultor Eugênio Vilaça Mendes, com a participação de todos os diretores da SESA e especialistas, potenciais facilitadores do processo teve como objetivos:

- propiciar o alinhamento conceitual sobre os princípios básicos de regionalização da atenção à saúde;
- apresentar e discutir a proposta de implantação do Projeto-Piloto microrregião de Baturité; e
- definir o papel dos diversos agentes nos diferentes momentos do processo.

O resultado imediato desse Seminário foi a criação de uma rede de reeditores, os quais incorporaram a missão de mobilizar os demais servidores da SESA, no sentido de obter adesão à proposta, além de disponibilizar as informações técnicas necessárias para a realização dos trabalhos.

### **4.2.3 Passo 3: reunião com os prefeitos e secretários municipais de saúde – microrregião de Baturité**

A reunião com os prefeitos e secretários municipais de saúde da microrregião de Baturité foi articulada pela Diretoria de Coordenação Regional da SESA, em parceria com a Associação dos Municípios do Maciço de Baturité – AMAB e contou com participação do Governo do Estado do Ceará através de seu representante, o secretário estadual de saúde, o Gerente do 1º. Departamento Regional de Saúde – 1º. DERES, GT – MR, representante do Governo Britânico, intermediado pelo *Department for International Development* - DFID e técnicos da SESA e dos municípios.

O Seminário teve como objetivos principais:

- revisar os princípios básicos de regionalização da atenção à saúde;
- apresentar e discutir a proposta de implantação dos sistemas microrregionais de serviços de saúde - Microrregião de Baturité Projeto-Piloto; e
- definir as responsabilidades das instâncias estadual e municipal, no sentido de assegurar o apoio político e logístico e garantir a participação contínua dos gestores e técnicos.

### **4.2.4 Passo 4: elaboração do diagnóstico microrregional**

Objetivando conhecer a situação atual de cada microrregião, considerando os seus respectivos municípios, foram elaborados e aplicados instrumentos pelas equipes municipais, com o apoio de especialistas do nível central da SESA, abordando aspectos de cada área temática.

O diagnóstico teve por finalidade conhecer a realidade atual da microrregião na visão municipal e do seu conjunto, identificando as potencialidades e fragilidades, possibilitando a definição de prioridades, a elaboração dos projetos por área temática e o estabelecimento de um marco para análise comparativa.

Esperava-se obter do diagnóstico que todos os agentes envolvidos desenvolvessem o compartilhamento, o compromisso mútuo e os pactos microrregionais, evitando o constrangimento, a desagregação e o isolamento.

Diante disso, o diagnóstico foi constituído, contendo informações gerenciais, de infra-estrutura dos serviços e epidemiológicas.

As informações gerenciais geralmente foram apresentadas na sua visão de conjunto, isto é, consolidando informações do total de municípios da Microrregião. Pretendia-se, com isso, agregar o compromisso, o pacto por uma situação positiva desejada por todos, visto que medidas gerais são mais aceitáveis.

As informações de infra-estrutura especificamente localizadas por município, visando a adotar medidas estratégicas para a organização dos serviços no conjunto da Microrregião, objetivando a resolubilidade e a economia de escala.

Referindo às informações epidemiológicas, foram apresentadas especificamente por município e por microrregião, pois taxas gerais também ocasionam o impacto e provocam o compromisso em manter ou alcançar uma situação positiva individual pretendida por todos.

Ressalta-se que o diagnóstico foi apresentado de forma consolidada, por ocasião de cada seminário referente à sua área temática específica, favorecendo o desenho preliminar das necessidades microrregionais.

Em síntese, os objetivos do diagnóstico eram:

- conhecer a realidade;
- conhecer o outro;
- conhecer o conjunto:
- identificar potenciais;
- identificar fragilidades;
- subsidiar a elaboração dos projetos de intervenção; e
- reordenar informações para a pactuação, através da Comissão Intergestores Bipartite Microrregional – CIB MR.

O Diagnóstico Microrregional trabalhou as informações de cada município, na perspectiva de fornecer subsídios para a tomada de decisões. Assim foram elencadas informações gerenciais, de infra-estrutura e epidemiológicas. A tabela 4 aponta os tipos de informações que compuseram o diagnóstico e sua importância para o conjunto da Microrregião.

<b>Tipo de Informação</b>	<b>Importância para o conjunto da Microrregião</b>
Gerenciais	Agregam o compromisso, o pacto para uma situação positiva desejada por todos.
Infra - estrutura	Necessitam ser especificamente localizadas, visando à adoção de medidas estratégicas para organização dos serviços no conjunto da Microrregião, considerando a resolubilidade e a economia de escala e de escopo.
Epidemiológicas	Agregam compromisso, acentuam a vigilância á saúde. Taxas gerais também mostram o impacto e provocam o compromisso em manter ou alcançar uma situação positiva individual desejada por todos.

Tabela 4: Diagnóstico Microrregional: tipo de informação e importância para o conjunto da Microrregião.  
(Fonte: CEARÁ, 2000).

O diagnóstico foi realizado por área temática e conduzido por especialistas, oportunidade em que foram rastreadas todas as informações necessárias para a elaboração do "retrato" dos municípios da Microrregião de Baturité. O diagnóstico subsidiou o desenho dos projetos de intervenção, o qual serviu de base para a Programação Pactuada Integrada dos municípios e pactuação na CIB-MR.

As informações resultantes do Diagnóstico Microrregional foram organizadas em três sistemas, para os quais foram feitos os projetos de intervenção (Anexo7):

- Sistema Microrregional de Saúde Pública incluindo o Sistema de Informação, Vigilância Epidemiológica, Controle de Endemias e Vigilância Sanitária;
- Sistema Microrregional de Organização da Atenção à Saúde, incluindo atenção primária, atenção em saúde bucal e atenção secundária;
- Sistema Microrregional de Apoio, incluindo Mobilização Social, Controle público, apoio laboratorial e avaliação controle e auditoria.

#### **4.2.5 Passo 5: curso de aperfeiçoamento de gestores dos sistemas Microrregionais de serviços de saúde**

Partindo do princípio de que o projeto-piloto a ser desenvolvido na microrregião de Baturité envolveu a produção de novos conhecimentos, métodos e estratégias de trabalho, anteriormente não disponíveis e contendo, além disso, forte dimensão pedagógica, de capacitação dos gestores e técnicos das secretarias

municipais para que desenvolvam as competências necessárias, inclusive nos aspectos atitudinais, para a estruturação e a gestão do sistema microrregional. A Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), em parceria com o GT - MR, responsável pela implantação das microrregiões da Secretaria Estadual de Saúde, formulou a proposta do Curso de Aperfeiçoamento em Gestão de Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde apresentada a seguir.

O currículo do curso foi estruturado tomando por base os objetivos de aprendizagem do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas Locais de Saúde, atualmente desenvolvido pela ESP/CE, abstraindo-se aqueles referentes a funções próprias do nível municipal da gestão. Os conteúdos deste currículo subsidiaram uma análise das funções requeridas para a estruturação e gestão dos sistemas microrregionais de serviços de saúde e das competências necessárias para seu desenvolvimento.

Especial destaque foi dado à articulação entre as atividades curriculares e a cooperação técnica desenvolvida entre a SESA e as secretarias municipais de saúde para a estruturação dos sistemas microrregionais.

O curso foi direcionado para facilitar o engajamento dos gestores e técnicos das secretarias municipais na organização do sistema microrregional de serviços de saúde. A proposta era desenvolver nos participantes as competências requeridas conduzir a estruturação dos diversos subsistemas necessários à organização do sistema microrregional. Pretendia-se que os participantes, no curso, pudessem vir a:

- desenvolver uma compreensão básica acerca do conceito de sistemas microrregionais e da necessidade de adotar a lógica da microrregião para a organização dos serviços de saúde;
- desenvolver valores e atitudes propícios para o estabelecimento das inter-relações das equipes municipais necessárias à estruturação dos sistemas microrregionais de serviços de saúde;
- identificar os componentes essenciais de um sistema microrregional de serviços de saúde e desenvolver capacidades para delinear e pôr em prática estratégias adequadas para sua estruturação; e
- desenvolver sua capacidade para liderar, em seus municípios e no plano microrregional, o trabalho necessário à implantação do sistema microrregional de serviços de saúde.

O curso foi desenvolvido simultaneamente à de organização do sistema microrregional, articulando-se as atividades didáticas, previstas no programa curricular, com as atividades necessárias à estruturação da Microrregião. Assim sendo, pretendia-se fazer uma estreita relação entre a aprendizagem, que possibilitaria a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades e atitudes, e a sua imediata utilização para a organização dos subsistemas na Microrregião. Neste sentido, houve, em muitos momentos, uma correspondência entre as principais tarefas dos gestores municipais e seus assessores para a organização do sistema microrregional e as atividades didáticas do curso.

A estrutura do curso intercalou períodos de atividades presenciais, realizados a cada quinze dias, e períodos não presenciais, com atividades conduzidas pelos participantes em seus próprios locais de trabalho, nos intervalos entre dois períodos presenciais. A carga horária dos períodos presenciais foi de dezesseis horas, desenvolvidas na quinta e sexta-feira, nos dois turnos. No início do curso, foi previsto um período presencial prolongado, de 24 horas de duração, correspondente à primeira sessão do Módulo I. Previa-se ainda a disponibilização de um tempo para o estudo individual e as atividades práticas vinculadas à organização dos diversos subsistemas de aproximadamente seis horas semanais, a serem desenvolvidas entre os períodos de atividades presenciais. Após o término das atividades didáticas regulares, o participante tinha um período para, sob orientação, concluir o trabalho final requerido para certificação. A carga horária total do curso foi de 404 horas, sendo 288 horas de atividades didáticas presenciais.

O curso foi estruturado em quatro módulos. Módulo I - o sistema microrregional de serviços de saúde. O módulo I incluía as seguintes sessões:

- sessão 1: os sistemas microrregionais de serviços de saúde: racionalidade e estratégias para sua organização;
- sessão 2: a mobilização social na estruturação dos sistemas microrregionais de serviços de saúde;
- sessão 3: o desenvolvimento do controle público em nível microrregional; e
- sessão 4: metodologias para programação e técnicas de negociação.

Módulo II – A organização das intervenções de saúde pública no sistema microrregional de serviços de saúde.

O módulo II continha as seguintes sessões:

- sessão 1: a estruturação do sistema de informações em saúde em nível microrregional;

- sessão 2: a estruturação do sistema de vigilância epidemiológica microrregional;

- sessão 3: a estruturação do sistema de vigilância sanitária microrregional;

- sessão 4: a organização do controle de endemias em nível microrregional.

Módulo III - a organização da atenção à saúde no sistema microrregional de serviços de saúde. O módulo III continha as seguintes sessões:

- sessão 1: a organização da atenção primária de saúde através do Programa Saúde da Família;

- sessão 2: a estruturação da atenção à saúde bucal no sistema microrregional;

- sessão 3: a organização da atenção hospitalar no sistema microrregional;

- sessão 4: a organização da ambulatorial especializada no sistema microrregional; e

- sessão 5: a organização da atenção de urgência e emergência no sistema microrregional.

Módulo IV - a estruturação dos sistemas de apoio no sistema microrregional de serviços de saúde. O módulo IV continha as seguintes sessões:

- sessão 1: a estruturação do sistema de apoio diagnóstico e terapêutico em nível microrregional;

- sessão 2: a estruturação do sistema de assistência farmacêutica em nível microrregional;

- sessão 3: a organização do sistema de controle e avaliação em nível microrregional e avaliação do curso; e

- sessão 4: a gestão do sistema integrado microrregional de serviços de saúde.

O curso foi desenvolvido no contexto microrregional, sendo as turmas organizadas por microrregiões e compostas por todos os secretários municipais de saúde daquela microrregião, um assessor de cada secretaria municipal de saúde, selecionado pela ESP/CE dentre funcionários indicados por seu dirigente, o gerente e dentre três a cinco técnicos do Departamento Regional de Saúde previamente selecionados pela SESA.

Foram considerados requisitos indispensáveis para a indicação dos candidatos à participação no curso:

- graduação como profissional de nível superior na área da saúde ou correlata;
- exercício de funções relacionadas à gestão de serviços de saúde na Microrregião; e
- disponibilidade para participação nas atividades didáticas do curso, no cronograma previsto e para realização das atividades não presenciais, comprovada, mediante declaração do superior imediato, de liberação de carga horária correspondente.

A seleção dos participantes foi feita mediante análise de currículos e entrevista com os candidatos, considerando-se como critérios de classificação:

- experiência no exercício de funções gerenciais na área da saúde; e
- perspectivas de atuação na gestão do sistema microrregional.

Anteriormente à realização do curso, foram realizadas as seguintes atividades:

Articulação prévia dos prefeitos e secretários de saúde dos municípios da Microrregião e realização de um encontro, na própria Microrregião, com a participação dos dirigentes da SESA, com os seguintes objetivos:

- sensibilização dos dirigentes municipais para a necessidade de organização do sistema microrregional de saúde;
- assinatura de Termo de Compromisso entre os municípios e a SESA, estabelecendo-se um acordo quanto ao processo a ser desenvolvido para a estruturação do sistema microrregional, incluindo a participação da equipe municipal no curso;
- apresentação e discussão do programa do curso de aperfeiçoamento.

Realização de um diagnóstico da situação dos diversos sistemas relacionados à atenção à saúde, à saúde pública e ao suporte à gestão, nos diversos municípios da Microrregião.

A partir do Módulo II, os participantes passaram a trabalhar na elaboração e execução dos projetos para a estruturação dos diversos sistemas na Microrregião. Para tanto, os alunos foram divididos em grupos de três ou quatro participantes que assumiram, sucessivamente, a responsabilidade pela elaboração e execução de cada projeto abordado nas diversas sessões. Cada grupo de alunos assumiu, ao

longo do curso, a coordenação do processo de estruturação de aproximadamente dois subsistemas, permanecendo continuamente envolvido no delineamento ou na execução de um projeto.

O grupo de alunos atuou junto ao GT MR composto por técnicos das secretarias municipais de saúde e do DERES para coordenar o delineamento e a execução do projeto de estruturação do subsistema sob sua responsabilidade. Especialistas da SESA deram suporte ao grupo de participantes durante a elaboração e execução do projeto, que foi assumido como atividade curricular incluída no sistema de avaliação do curso.

O trabalho final, apresentado pelos participantes como requisito para certificação, tomou por base o(s) projeto(s) elaborado(s) pelo participante e foi formulado sob a supervisão de orientadores designados pela ESP/CE.

O Grupo Técnico – GT MR constituído na SESA para coordenação da organização dos sistemas microrregionais acompanhou a execução do curso, atuando, alguns de seus membros, como facilitadores. Coube aos especialistas dos diversos setores da SESA relacionados à área temática a ser abordada nas várias sessões, ou a consultores externos previamente identificados, participar, na condição de instrutores, em seminários e oficinas de trabalho, conforme a programação específica da respectiva sessão. A estes especialistas coube ainda a responsabilidade de acompanhar e dar suporte técnico aos alunos durante a elaboração e execução do projeto correspondente ao subsistema de sua área específica.

O curso adotou abordagens e metodologias que possibilitaram o envolvimento ativo dos participantes na aprendizagem, constituído a partir dos conhecimentos e experiências anteriores dos profissionais envolvidos.

De maneira geral, o diagnóstico correspondente à área temática abordada na sessão foi um ponto de partida para a abordagem de conceitos, estratégias e métodos de trabalho relacionados ao subsistema em estudo. A Aprendizagem Baseada em Problemas (*Problem-based Learning – PBL*) foi utilizada como abordagem educacional central, associando-se, quando necessário, a exercícios em grupo e seminários.

Segundo C. A. Júnior (2006), a Aprendizagem Baseada em Problemas (*Problem Based Learning – PBL*) pode ser definida como uma abordagem educacional construtivista, profundamente enraizada na Psicologia Cognitiva, na

qual estudantes adquirem ativamente o conhecimento a partir de problemas interdisciplinares e contextualizados, formatados para traduzir motivação necessária ao aprendizado profundo e facilitar a transferência do conhecimento obtido.

Organizados em pequenos grupos, sob a liderança de um tutor, estudantes discutem em colaboração o problema, analisando-o e ativando conhecimentos prévios, a partir dos quais serão geradas hipóteses explicativas preliminares, norteadoras dos objetivos de aprendizagem. A busca de novos conhecimentos, por meio do estudo individual, fornecerá subsídios para a explicação ou resolução do problema previamente analisado.

A opção por adotar o método da Aprendizagem Baseada em Problemas (*Problem Based Learning – PBL*) foi considerada, porque o referido método possibilita ao aluno a experiência de aprender fazendo.

Nesta metodologia, o aluno é o centro do processo educacional, estimulando-se nele a capacidade ou autoformação, fomentando a busca de informação e o desenvolvimento do raciocínio crítico.

O sistema de avaliação do curso foi elaborado em duas modalidades: avaliação formativa e “certificativa”.

A avaliação formativa teve por objetivo propiciar aos participantes e ao corpo de instrutores um acompanhamento permanente, ao longo do curso, da aprendizagem, permitindo-lhes identificar aspectos positivos a serem reforçados e debilidades que precisam ser superadas. O papel do facilitador foi fundamental para fazer com que a avaliação formativa pudesse efetivamente propiciar a identificação de necessidades e dificuldades individuais dos participantes e o suporte para implementação de ações direcionadas para sua superação. Os resultados obtidos pelos participantes na avaliação de cunho formativo não são contabilizados para fins de aprovação e certificação.

A avaliação de caráter “certificativa” objetivou mensurar o desempenho dos participantes quanto a alcançar os objetivos propostos pelo curso. Assim sendo, os resultados obtidos pelos participantes quando da aplicação dos diversos métodos de avaliação estabelecidos para a avaliação “certificativa” foram contabilizados para fins de aprovação e certificação. Aqueles participantes que obtiveram desempenho na avaliação “certificativa” e, no mínimo, 85% de frequência nas atividades curriculares, a Escola de Saúde Pública do Ceará concedeu certificado de especialista em Gestão de Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde.

A avaliação do programa foi realizada, ao longo do curso, em quatro momentos, imediatamente após o término de cada um dos módulos, mediante aplicação, aos participantes, de questionário semi-estruturado, cujos resultados serão, após processamento, discutidos em plenária com participantes e instrutores.

Os seguintes aspectos foram considerados para a avaliação do programa.

a) Impressões gerais.

- conteúdos.
- relevância e clareza dos objetivos de aprendizagem;
- grau de alcance dos objetivos de aprendizagem;
- adequação dos objetivos de aprendizagem aos conhecimentos prévios dos participantes;

- estrutura e organização; e

- Infra-estrutura: instalações p/ atividades de grupo e individuais.

b) PBL.

- Funcionamento do grupo tutorial;
- problemas; e
- desempenho do facilitador.

c) Recursos de aprendizagem.

- Seminários e trabalhos em grupo: relevância e grau de aproveitamento; e
- material bibliográfico.

Após a execução de cada módulo, o grupo de especialistas de cada área temática assumia o papel de consultor para apoiar a estruturação dos projetos de cada área, o que era formulado no desenvolvimento das câmaras técnicas.

Os participantes do curso foram os integrantes do GT – MR estruturado para a implantação dos sistemas microrregionais de saúde, incluindo os secretários municipais de saúde dos municípios da Microrregião e um assessor indicado pelo secretário municipal, os técnicos do 1º. DERES e do nível central indicado pelo secretário estadual de saúde, um representante da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA. Além desta clientela, em cada módulo, era incorporado um participante de cada município, integrante da equipe local na área específica, constituindo-se assim a clientela flutuante do Curso relativa a cada área tratada.

Na Microrregião de Baturité, o Curso foi iniciado em novembro de 1998 com um Seminário de Sensibilização, com a participação do Secretário de Saúde do Estado do Ceará, de todos os secretários de saúde dos municípios da Microrregião

de Baturité, técnicos do 1º. DERES, Superintendente da Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP-CE, Diretoria de Coordenação das Microrregiões – COMIRES, técnicos da Secretaria Estadual de Saúde - SESA e o consultor externo Eugênio Vilaça Mendes.

O Seminário de Sensibilização teve como objetivo principal apresentar a proposta de regionalização do Estado, favorecer o conhecimento dos municípios e discutir as estratégias para a efetivação do projeto-piloto.

Ainda para a Microrregião de Baturité o curso apresentado pela Escola foi desenvolvido em dezessete sessões – sessões, que, na época, foram intituladas seminários temáticos, mas que guardavam a lógica proposta do desenho técnico e metodológico apresentado pela ESP-CE.

<b>Mês</b>	<b>Dias</b>	<b>Tema</b>
Novembro 98	19 e 20	Sensibilização
Dezembro 98	04 e 05	Introdução aos Sistemas Microrregionais
Fevereiro 99	04 e 05	Informação em Saúde
Fevereiro 99	25 e 26	Vigilância Sanitária
Março 99	11 e 12	Vigilância Epidemiológica
Abril 99	08 e 09	Controle de Endemias
Abril 99	22 e 23	Planejamento em Saúde
Maio 99	06 e 07	Mobilização Social
Maio 99	20 e 21	Assistência Farmacêutica
Junho 99	17 e 18	Apoio diagnóstico e Terapêutico
Julho 99	01 e 02	Atenção Primária à Saúde
Julho 99	29 e 30	Atenção Secundária
Agosto 99	12 e 13	Saúde Bucal
Agosto 99	26 e 27	Auditoria Controle e Avaliação
Setembro 99	09 e 10	Controle Público
Setembro 99	23 e 24	Financiamento do Sistema de Saúde
Outubro	07 e 08	Avaliação

Tabela 5: Cronograma do curso de aperfeiçoamento em gestão de sistemas microrregionais serviços de saúde.  
(Fonte: CEARÁ, 2000).

#### **4.2.6 Passo 6: composição da câmara técnica**

As câmaras técnicas foram constituídas por área temática, após a realização de cada Sessão, parte dos módulos do curso.

Cada Câmara Técnica contava com a participação de representantes dos municípios especialistas na área temática, um assessor da SESA e do 1º. DERES e

tinha como missão refinar o Projeto de Intervenção da área específica, desenhado preliminarmente no decorrer da sessão. A Câmara Técnica definia o cronograma de trabalho das reuniões posteriores e o município-sede para sua realização, ficando este responsável por todo apoio logístico necessário para o funcionamento dos trabalhos.

Vale ressaltar o fato de que, para elaboração de cada projeto era utilizado o método ZOPP, de forma simplificada.

A metodologia ZOPP, do alemão *Ziel Orientiert Projekt Planung*, Planejamento – Planejamento - de Projetos orientados por objetivos, foi criada pela Agência Alemã de Cooperação Técnica – GTZ com sede em Eschborn na Alemanha. Este método privilegia a participação social nos processos de planejamento e gestão de projetos voltados ao desenvolvimento.

A opção por utilizar a metodologia de planejamento ZOPP foi baseada na possibilidade de suas etapas: análise de envolvimento, análise de problemas, análise de objetivos e análise de alternativas; subsidiarem de forma objetiva o delineamento do plano e implementação dos projetos.

Foram consideradas áreas temáticas afins, para funcionamento das câmaras técnicas, aquelas agrupadas por módulos.

Após a elaboração dos projetos por áreas temáticas, foram realizadas as análises para identificar interseções destas. Ao finalizá-las, a coordenadoria das microrregiões de saúde, representada pela equipe de nível central e pela equipe microrregional, reunia-se com o consultor nacional que apoiava o desenvolvimento dos sistemas microrregionais de serviços de saúde para procederem à sistematização dos projetos. Após a sistematização, retorna-se à Comissão Intergestores Bipartite Microrregional CIB MR, para pactuação.

<b>Módulo</b>	<b>Especificação</b>	<b>Participantes</b>
<b>I</b>	Política de Saúde Mobilização e Controle Social	Prefeitos Municipais (1º. Momento) Conselheiro Usuário Promotor de Justiça
<b>II</b>	Planejamento	Assessor Técnico
<b>III</b>	Atenção Primária	Coordenador do Programa Saúde da Família – PSF Coordenador da Saúde Bucal
<b>IV</b>	Atenção Secundária Apoio Diagnóstico Laboratorial a Assistência Farmacêutica	Diretor do Hospital Diretor do laboratório Farmacêutico Bioquímico Municipal
<b>V</b>	Controle, Avaliação e a Auditoria	Auditor Municipal
<b>VI</b>	Sistema de Vigilância à Saúde	Técnicos da Vigilância Epidemiológica – Vigilância Sanitária – Sistema de Informação
<b>VII</b>	Controle de Endemias	Representante do Controle da Endemias

Tabela 6: composição das câmaras técnicas: participação mínima dos assessores por Município.  
(Fonte: CEARA, 2000).

Não estão citados aqui os representantes municipais constantes (secretários de saúde e um assessor técnico) e técnicos da Microrregional.

Foi permitida a participação de observadores requisitados pelos municípios ou Estado, ficando os custos de sua participação a cargo destas instâncias e considerando a capacidade das instalações físicas. O acréscimo de pessoas está sob a decisão do Gerente MR. Não houve disponibilização de material aos observadores.

Foram realizados encontros microrregionais com prefeitos, secretários, lideranças, para informações e discussões sobre os produtos das câmaras técnicas. Os encontros ocorreram após o término dos projetos de cada módulo.

A ESP-CE e a Coordenadoria das Microrregiões – COMIRES, recebiam sistematicamente os relatórios dos trabalhos realizados, enviando o *feedback* para os municípios.

Saliente-se que a CIB - Microrregional foi inteirada rotineiramente sobre o andamento de todo processo.

#### **4.2.7 Passo 7: pactuação**

Antecedendo à pactuação política os projetos elaborados por área temática, foram analisados, identificando suas interfaces, bem com a viabilidade de execução, sendo agrupados em quatro blocos:

a) desenvolvimento da Gerência Microrregional, contendo informações sobre os mecanismos a serem adotados para implantação e aperfeiçoamento do sistema gerencial, tais como:

- elaboração da agenda microrregional de saúde;
- do plano microrregional de saúde;
- do plano operativo anual microrregional e do relatório anual de gestão microrregional.

Além disso, enfatiza-se a implantação do sistema de informação gerencial, dos termos de compromisso para com as equipes de saúde da família, módulos assistenciais, pólos microrregionais, da própria microrregional de saúde e o desenvolvimento de recursos humanos;

b) desenvolvimento dos sistemas de apoio Microrregional, que correspondem aos subsistemas de apoio diagnóstico laboratorial, assistência farmacêutica, mobilização social, controle público, logística, controle e avaliação.

c) desenvolvimento dos Sistemas de Atenção à Saúde que envolve os subsistemas de atenção primária e secundária de saúde.

d) desenvolvimento do Sistema de Saúde Pública, compreendendo os subsistemas de vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica, os sistemas de informação e controle de endemias.

A sistematização, obedecendo a essa ordem, foi elaborada mediante planilha, contendo os seguintes itens: subprojetos, as atividades inerentes a estes, os responsáveis pelas atividades e o prazo para execução.

Tal sistematização ocorreu num encontro de um dia, com a presença de técnicos microrregionais, do nível central da Coordenadoria das Microrregiões e da Consultoria Nacional, que apóia o desenvolvimento dos sistemas Microrregionais de saúde no Estado do Ceará, sendo discutida e aprovada posteriormente pela Comissão Intergestora Bipartite Microrregional.

Objetivava-se, desta forma, favorecer uma visão geral dos projetos microrregionais, a temporalidade para sua execução e o seu acompanhamento ao longo do tempo.

Vale ressaltar que, no período de 2002, foi elaborado o Plano Operativo Anual Microrregional subsidiado por estes projetos. Desta forma, a implantação dos sistemas Microrregionais continua em curso, estando nas diversas microrregiões de saúde em etapas distintas do seu desenvolvimento.

A pactuação dos projetos e propostas resultantes do processo de organização da Microrregião de Baturité – Projeto-Piloto ocorrem em duas dimensões:

- a dimensão técnica objetivava refinar os projetos considerando os recursos e disponibilidade dos diversos municípios; e

- a dimensão política envolvendo a CIB MR, oportunidade em que os gestores estratégicos formularam um documento de adesão e compromisso com os projetos apresentados, ficando assim desenhada a rede de atenção e assistência da Microrregião.

A pactuação técnica foi realizada após o término de todos os projetos, com a participação de secretários e assessores técnicos, equipe microrregional e representante do nível central da SESA.

A pactuação política foi realizada quando do término de todos os projetos, com a presença de prefeitos, representantes da CIB - Microrregional, demais secretários e secretário estadual da saúde ou seu representante.

O monitoramento e avaliação dos projetos ficou sob a responsabilidade direta da coordenação geral do gerente microrregional, o qual definiu:

- equipe microrregional responsável pelo suporte técnico - gerente técnico e outros;

- estratégia de trabalho, incluindo apresentação dos resultados nas reuniões da CIB - microrregional quando necessário; e

- o suporte administrativo e logístico ficará a cargo do gerente administrativo
- financeiro e outros.

#### **4.2.8 Passo 8: avaliação do Projeto-Piloto**

Segundo Cohen e Franco (2000), avaliação é o processo orientado a determinar sistemática e objetivamente a pertinência, eficiência, eficácia e impacto de todas as atividades à luz de seus objetivos. Portanto, o sentido da avaliação é determinar o grau em que foram alcançados os objetivos e, nesta perspectiva, se faz necessário que tais objetivos estejam dimensionados de forma clara, ao ponto de viabilizar a definição de variáveis e indicadores necessários à verificação dos resultados.

A avaliação constitui instrumento de tomada de decisão e, como tal, contribui para aperfeiçoar as atividades, incorporar a experiência de quem a executa, motivar as equipes, conhecer o nível de satisfação da clientela, verificar a competência e o compromisso das equipes, além de proporcionar a quem gerencia o controle da execução das atividades, servindo como base para reprogramação dos aspectos que se apresentam com deficiência.

De acordo com Donabedian (1990), o gestor de programas sociais deve considerar as várias abordagens da avaliação, as quais envolvem a estrutura, os processos e os resultados. No que se refere à estrutura, estão relacionados os recursos, aqui compreendidos de forma ampla, incluindo desde a organização administrativa, os recursos humanos, os equipamentos, instalações e os insumos. No aspecto relacionado aos processos, estão incluídas as relações entre os prestadores e usuários. No tocante aos resultados, são avaliados os efeitos ou impactos produzidos na realidade a partir da intervenção.

Em se tratando de avaliação de programas sociais para os quais nem sempre os objetivos podem ser traduzidos em indicadores facilmente mensuráveis a dificuldade em avaliar aumenta à medida que os gestores e equipe envolvida no programa não dispõem de ferramenta técnica para transformar conceitos em variáveis e definir indicadores capazes de medir cada uma das dimensões dos conceitos.

Segundo Uchoa (1994), um indicador é a expressão, a medida ou o reflexo de uma situação determinada ou das mudanças ou tendências da situação ao longo de um dado período. Têm como objetivo, por meio da transformação dos conceitos usados nos objetivos e metas, apontar parâmetros concretos e mensuráveis capazes de medir as mudanças na realidade social de intervenção do programa.

Considerando essas perspectivas e abordagens teóricas, o Projeto-Piloto de Baturité desenvolveu avaliação de processo, em três momentos, envolvendo todos os agentes, além das avaliações nas reuniões das câmaras técnicas e aquela aplicada ao final de cada módulo, conforme modelo definido pela ESP-CE e que dizia respeito diretamente ao desenvolvimento do Curso de Aperfeiçoamento em Gestão dos Sistemas Microrregionais de Saúde.

Dada a complexidade deste processo de estruturações dos sistemas microrregionais dos serviços de saúde, a avaliação se fez necessária e fundamental para acompanhar o desenvolvimento das atividades, sendo dividida em algumas etapas, nas quais foram envolvidos diversos agentes sociais do processo, tais como: gerentes microrregionais e técnicos, facilitadores e participantes (secretários, assessores e técnicos).

No que se refere ao Curso, foram coletadas e consolidadas as avaliações dos facilitadores feitas pelos gerentes microrregionais, conforme instrumentos de avaliação estruturados e préestabelecidos. Nestes, havia itens que verificavam a atuação e o desempenho do facilitador na condução dos grupos, além de suas habilidades e atitudes diante de determinadas situações.

Na segunda etapa, foi realizada uma oficina de avaliação com os gerentes microrregionais e técnicos, na qual foram discutidos aspectos como:

- material didático;
- estudos de grupo;
- exposição interativa; e
- oficinas de levantamento de problemas.

A terceira etapa foi feita por amostragem, na qual foram aplicados os formulários de avaliação com os participantes das oficinas temáticas.

De acordo com esta avaliação, foi possível constatar que as oficinas microrregionais aconteceram de forma bastante satisfatória, conforme planejado, sabendo que nenhum processo desta amplitude, descentralizado e que envolve um

número elevado de profissionais, pode livrar-se de imprevistos ou não produzir algum grau de ansiedade.

Destacam-se, neste percurso, a participação dos facilitadores e a coordenação das atividades descentralizadas dos gerentes microrregionais como fundamentais para o êxito deste processo.

Nos pontos positivos, ficou evidente que o material estava disponível com antecedência, compondo os textos e os conteúdos adequados, resultando em apostilas organizadas, produto de articulação entre a ESP e as áreas específicas da SESA, o que favorece a organização e a seqüência dos trabalhos.

No que tange às dinâmicas de grupo, aos estudos dirigidos de grupo e às exposições interativas, foram levantados pontos positivos, como a integração, a capacitação dos facilitadores, a relevância do tema e a socialização de conhecimentos e experiências, o que colaborou para o sucesso das oficinas temáticas.

As principais dificuldades apontadas referem-se ao tamanho dos textos e excesso de leitura. Mais uma vez foi lembrado que houve um enxugamento das áreas temáticas, provocando um aumento no número de conceitos e estudos para cada sessão, como, por exemplo; a sessão de Políticas de Saúde, Mobilização Social e Controle Público, a qual congrega três assuntos distintos.

Em abril de 1999, foi realizado um momento de avaliação com duas leituras específicas. Uma reunião envolvendo o GT – MR, técnicos da SESA e representantes do 1º. DERES. Este momento foi conduzido pela ESP-CE. Outra reunião foi realizada, com a participação dos secretários e técnicos da Microrregião de Baturité e conduzida pela COMIRES. Os grupos funcionaram separadamente.

A primeira reunião aconteceu em Fortaleza e a segunda em Baturité.

A metodologia foi utilizada nas reuniões foi *brainstorming*, os participantes elegeram os pontos de impulso e estrangulamento de todas as fases do processo de implantação da Microrregião de Baturité: diagnóstico, curso, câmaras técnicas; incluindo reformulações de alguns aspectos e sugerindo uma série de atividades e providências para garantir maior sustentabilidade ao processo.

Uma outra ferramenta de avaliação foi a análise dos relatórios apresentados ao GT-MR e análise da formatação dos projetos, resultados das reuniões das Câmaras Técnicas.

Ainda para compor a avaliação, em agosto de 1990, foi realizada uma mesa redonda, coordenada pela ESP-CE, oportunidade em que participaram quatro secretários municipais de saúde da Microrregião de Baturité, correspondendo a 50% dos municípios envolvidos no Projeto. Participaram ainda técnicos dos municípios de Microrregião de Baturité e das Microrregiões de Crateús, Iguatu, Maracanaú, Quixadá e Tianguá.

A idéia de realizar a mesa redonda era colher o Relato da Experiência, na perspectiva do Gestor Local, destacando os resultados alcançados e as lições aprendidas. Foram levantados aspectos políticos, institucionais e aspectos relacionados às etapas de implantação da Microrregião.

A dinâmica deste trabalho ocorreu pela apresentação. Cada secretário tinha um tempo para falar de sua experiência e a plenária fazia as anotações com perguntas para serem respondidas posteriormente pelos secretários.

Foram desconsideradas as perguntas encaminhadas à mesa e suas respectivas respostas, por considerar-se que os depoimentos de cada secretário deu conta do objeto da avaliação.

A plenária foi constituída por secretários municipais e de outras microrregiões para as quais o processo se iniciaria após a conclusão do projeto-piloto. Portanto, além de fornecer subsídio para avaliação, a mesa redonda iniciou a sensibilização para a extensão do projeto de Microrregionalização.

Secretários Municipais da Microrregião de Baturité:

- Dr. Robério Lima - Secretário da Saúde de Baturité.
- Dr.<sup>a</sup> Vilauva Lopes – Secretária da Saúde de Aratuba.
- Dr.<sup>a</sup> Regina Figueiredo – Secretária da Saúde de Mulungu.
- Dr. Manuel Pereira – Secretário da Saúde de Aracoiaba.

Recorte das falas dos participantes da Mesa Redonda:

Dr. Robério Lima - Secretário da Saúde de Baturité.

[...] vamos falar um pouco de nossa experiência do primeiro processo de microrregionalização do Brasil, dos serviços de saúde do Brasil, que está acontecendo no Maciço de Baturité [...]

[...] é um processo vivo, é um processo histórico, que nos engrandece bastante, principalmente para quem esteve desde o primeiro momento presente acompanhando e vivenciando toda esta história que está sendo escrita, está sendo contada, está sendo realizada [...]

O Maciço de Baturité, o Município de Baturité antes de tudo era um município só, historicamente, Baturité, Mulungu, Aracoiaba, Pacatuba, todos os municípios, todos faziam parte de um só município que era Baturité.

Baturité era a cidade mãe de todas essas outras cidades que vieram se desmembrando pouco a pouco.

A história da ligação que se deu entre essas cidades, o fluxo das pessoas, uma necessidade comum desses indivíduos, dessa região, fizeram há muito tempo os problemas comuns. Fizeram com que até mesmo antes de se iniciar o processo de microrregionalização do serviço de saúde, esses municípios se reunissem para tentar solucionar algumas questões e que tinham dificuldade de resolver dentro da sua região [...] Esse processo de microrregionalização veio de encontro ao anseio que já era existente no seio do povo [...]

A primeira etapa foi a de sensibilização e sentimos que alguns Secretários de Saúde que estão entrando agora, eles tem muita dificuldade em assimilar todo esse processo; foi um processo de sensibilização. Não foi nada imposto pelos técnicos da Secretaria de Saúde do Estado, a coisa foi muito discutida [...]

[...] discutidas as questões da organização de serviços, na área de informação, na área de epidemiologia, atenção básica, atenção secundária, enfim, mobilização social.

Procuramos aprofundar e discutir: qual seria o rumo? Qual seria o destino que nos iríamos trabalhar todos esses temas dentro da Microrregião de Baturité? E nós conseguimos aprofundar esses temas através das câmaras técnicas, depois cada um vai desenvolver melhor cada assunto desse e através de nossos técnicos, que foram pessoas que participaram, discutiram e aprofundaram cada tema desses no sentido de elaborar uma proposta para que a Microrregião possa conjuntamente desenvolver um trabalho estratégico, para um trabalho conjunto entre os oito municípios.

Ou seja, organizar-se, estruturar-se, não só a questão de organização de serviços, mas a questão da mobilização social; a relação deste município, como é que ela está se dando, como é que vai se dar [...]

Então, todo esse trabalho foi pactuado num documento que a gente concluiu há uns quinze dias atrás e que teve historicamente a primeira reunião da Comissão Intergestores Bipartite Microrregional, que foi em Guarimiranga, com os oito municípios. E a gente conseguiu historicamente pactuar todo o Projeto do Sistema Microrregional, onde o caráter desse documento tem a filosofia de envolvimento dos profissionais, dos secretários, dos prefeitos.

[...] a questão do amadurecimento entre essas pessoas, a questão do amadurecimento político atendimento para que as pessoas possam dentro daquela região, saírem no mínimo satisfeitas.

[...] e eu acho que o ganho para o nosso povo vai ser muito bom. Acho que as pessoas do partido A ou do partido B, devem ter essa disposição de divulgar o Processo de Microrregionalização dos Serviços de Saúde, dentro do que é real, sem distorcer, sem paixão política, sem paixão pelo governo e sem paixão partidária, porque é o ganho do povo.

Dr. Manuel Pereira – Secretário da Saúde de Aracoiaba

Eu fiquei responsável para falar um pouco dos seminários temáticos e tentando buscar, comecei a achar que eles se pareciam com um casulo do bicho da seda, que vai processando silenciosamente, vai tecendo e vai ao mesmo tempo amadurecendo a idéia dos Secretários, dos Gestores, dos técnicos dos municípios [...] São muitos temas, Atenção Primária, Atenção Secundária, Controle e Avaliação, Financiamento do Sistema de Saúde, serve de suporte ao gerenciamento.

Era feito o diagnóstico de cada município, quantos profissionais trabalhavam, qual era a qualidade do atendimento, quais eram os insumos que esses serviços tinham.

Era feita assim uma radiografia, eu diria, quase como uma ressonância magnética desses municípios que era apresentada a todos. Ai de repente eu estava lá todo satisfeito com o meu município, porque as pessoas só sabiam do município aquilo que eu falava, que eu fazia propaganda, mas eu chegava lá e as pessoas diziam: não Pereira, o teu município em tal área está muito ruim a do Robério também em tal parte está muito ruim a do outro [...].

Então a gente foi quebrando determinadas barreiras e foi desnudando coisas. Por que quando às vezes você assume a direção de um hospital, de uma instituição da coisa, você toma aquela postura de pai que quer proteger e não quer deixar mostrar os erros do filho, que seria a sugestão.

Então eles chegavam e falavam, nós temos esses problemas aqui, esse problema da Pereira, de Aracoiaba é esse, do Robério de Baturité é esse, da Regina de Mulungu é aquele, da Vilauva de Aratuba é aquele outro e tal, cada um tinha um problema diferente e tinha aspectos semelhantes, coisas comuns e a gente começou a forçar com os Secretários: Rapaz, como é que você resolve isso? Como é que você resolve aquilo?

Então na Atenção primária nós começamos a ver algumas coisas que nós podíamos resolver: metodologia, salários, gratificações, o sistema de atendimento, de como eu organizava meus serviços? como é que resolvia uma pendência de um jeito ou de outro?.

A partir daí a gente começou a ligar um para o outro e perguntar: rapaz, quanto é que você paga o teu dentista aí? Então começou a se tecer uma homogeneidade do sistema, para um diagnóstico mais especializado, para uma cirurgia mais especializada. Especializada sim, que a gente chama assim até de terceiro mundo, mas que a nível de primeiro mundo são feitas as vezes em unidades periféricas.

Então, começou a surgir a proposta da Microrregião, desses Seminários, começou a se criar uma proposta, uma necessidade de se resolver junto, que é essa coisa processual, que a gente se reunia.

E chegou uma hora que a gente chegou a discutir Microrregião fora do Seminário Temático, a gente se encontrava numa reunião e falava : rapaz isso e aquilo e começou a se criar, esse bicho da seda começou a fazer seda e da seda já começou a se fazer alguma coisa.

Tinha até um texto interessante que a Alsônia que trouxe as questões dos galos, tecendo o amanhã; ao amanhecer; que um galo só não faz uma manhã. Quer dizer que um galo vai cantando, o outro vai cantando e o outro vai respondendo; quem conhece de galo, que ouviu o galo cantar sabe como é que amanhece [...]

A gente sabe que tem chegar a uma conclusão, porque o benefício vai ser para todos [...]

Dr.<sup>a</sup> Vilauva Lopes – Secretária da Saúde de Aratuba:

.Eu ouvi o Robério falar, a palavra chave do Robério foi pertencer, que foi a primeira fase dos Seminários, quando começou a Microrregião, já no final de 1999. A gente procurou muito ou fomos procurados pelos organizadores do Seminários para que a gente fosse despertados entre todos os municípios e todos Secretários e técnicos que participaram destes Seminários esse sentimento de pertencer. A gente pertencia a Microrregião por que no começo todos nós pertencíamos a um município, cada qual procurava falar melhor de seu município. a gente estiver pensando num município sozinho”.

“Depois o Pereira falou na palavra chave que foi tecer. Então, foram as duas coisas que eles retrataram muito bem, que foram o pertencer e tecer, que a gente começou a tecer um Sistema de uma Microrregião. E por a gente estar trabalhando a primeira Microrregião, por ser a Microrregião piloto, a gente tinha uma responsabilidade muito grande e muitas vezes, eu fui muito autoritária nas minhas colocações, por que eu adquiri aquele sentimento de que a gente tinha que fazer aquilo acontecer.

[...] então, a gente tinha que pensar no que a gente já tinha e unir. É como se por acaso, uns dez famílias de classe média-baixa, dissessem assim:

[...] Nós vamos: eu quero morar numa casa que tenha piscina, que tenha sauna, salão de jogos, que tenha uma boate, um campo de futebol. Eu quero uma casa que tenha uma piscina com cascata, mas eu não posso sozinho, junta dez famílias e a gente vai compra um sítio, uma área grande e vamos construir cada qual a sua casinha, com a sua necessidade básica. E aquilo que é supérfluo, que é próprio das classes mais abastadas nós não vamos ter cada qual a sua piscina. Nós vamos ter uma piscina para todos, um salão de jogos, um campo de futebol e foi mais ou menos assim que a gente pensou. Quer dizer que nós não poderíamos ter uma Atenção Secundária de qualidade em cada município, mas nós poderíamos ter na Microrregião [...]

Dr.<sup>a</sup> Regina Figueiredo Secretária da Saúde de Mulungu:

[...] é realmente muito difícil você chegar aqui e falar só sobre pacto, só sobre diagnóstico. Porque para a gente foi uma experiência de um ano, uma experiência realmente rica, impar. Quando nós começamos esse processo, tinha horas que a gente sonhava, tinha horas que a gente achava que era utopia e tinha horas que a gente achava que estava ficando doido. E gradativamente a coisa foi acalmando e a gente foi começando a creditar no processo, nós não podemos dizer que no início a gente estava com a empolgação que nós estamos hoje uma ano depois”.

[...] eu acho que um dos pontos mais positivos para mim, nesta experiência de Microrregião é porque nasceu uma amizade verdadeira entre os oito secretários”.

[...] nós começamos um processo onde o meu município, meu município, meu município. E nós terminamos um processo de um ano colocando a Microrregião, as nossas dificuldades, os nossos municípios. Então, isso hoje sai entre a gente de uma maneira bem mais natural do que um ano atrás. Então o processo de pactuar, ele foi acontecendo gradativamente e no final, já agora em janeiro foi que nós realmente conseguimos chegar a um processo de sentar os oito secretários com a equipe da SESA que nos deu todo o apoio, todo o reforço durante esse um ano [...].

Tivemos momentos muito difíceis, momentos em que a gente quase se desentendia, então um olhava para o outro e dizia: calma, espera ai, vamos pensar e a gente acalmava e começava de novo.

Eu não tenho que enxergar o meu município, como o meu município, porque ele não é meu, eu estou lá, exercendo uma função que amanhã uma outra pessoa vai chegar e continuar. Eu tenho que tentar ver o município como um todo, fazendo parte dentro de um contexto de uma Microrregião de maneira que a clientela seja realmente atendida com qualidade. Então, enfrentamos muita dificuldade, mas conseguimos chegar a um encontro final no processo de uma outra reunião, num outro momento num Hotel de Guarimiranga, onde os prefeitos estavam presentes e aconteceu a primeira reunião da CIB Microrregional.

É como eu coloquei para vocês, para mim o ponto mais importante foi a amizade que foi acontecendo entre os secretários, foi o querer curtir a Microrregional que nós passamos a curtir de verdade, e a partir daí ceder a serviços A, serviços B não foi tão difícil. Sentimos algumas dificuldades em passar algumas informações para os nossos prefeitos, não que eles não

quisessem o processo, pelo contrário, eles passaram o ano sabendo de informações através de nós secretários que estávamos acompanhando o processo mais de perto.

E o que é que ficou decidido para Microrregião de Baturité? O processo está acontecendo há muito mais de um ano, como diz o Dr. Evandro, esse processo não tem retorno, ele independe de quem vai ser prefeito no ano que vem e quem vai estar no cargo de secretário de saúde em cada município, o processo vai continuar acontecendo. Para uma questão de acomodação política e de acomodação da própria Microrregião, que ainda está em processo de estruturação, de se organizar, no momento ela ainda funciona no 2º DERES, quando ela já devia ter uma sede em Baturité.

Então, são coisas que ainda estão caminhando, em nome desse caminhar, em nome desse respeitar as dificuldades políticas, em nome de respeitar os valores culturais da população que você não pode chegar a fazer da noite para o dia.

Você tem que ir aos poucos, ir sensibilizando toda essa comunidade, explicando para eles que é muito melhor ele ir para um município vizinho, que tem um serviço de qualidade melhor do que ele tem no nosso município no momento e aos poucos você vai fazendo as coisas. Então, ficou negociado que essa troca de atendimentos vai acontecer de uma maneira gradativa e vai culminar no ano seguinte”.

Então, algumas coisas já estão acontecendo, o básico de tudo isso é que os municípios tem uma total cobertura em cima da saúde primária, que a gente reforce nossas equipes de PSF, que a gente dê todo estímulo e condição possível para que eles possam trabalhar de maneira digna, de maneira correta, com condições de trabalho favoráveis, para que eles possam realmente fazer um trabalho decente para a comunidade.”

Então, eu acho que para finalizar, eu posso dizer em nome dos oito secretários, que nós acreditamos realmente na Microrregião.

Breve análise sobre a fala dos Secretários:

Participação e potencial técnico da equipe local.

Dr. Robério Lima Secretário de Saúde de Baturité destacou a importância da microrregionalização pelo fato de ser a primeira a acontecer no Brasil e fez menção à constante participação tanto dos secretários como dos técnicos dos sistemas locais de saúde, em todas as etapas da construção da experiência.

[...] é um processo vivo, é um processo histórico, que nos engrandece bastante, principalmente para quem esteve desde o primeiro momento presente acompanhando e vivenciando toda esta história que está sendo escrita, está sendo contada, está sendo realizada.

Fez menção ainda à forma de interlocução da SESA e sua relação de respeito aos municípios e ao potencial técnico e criativo das equipes.

[...] não foi nada imposto pelos técnicos da Secretaria de Saúde do Estado, a coisa foi muito discutida [...] discutida as questões da organização de serviços, na área de informação, na área de epidemiologia, atenção básica, atenção secundária, enfim, mobilização social [...].

Sobre o papel da equipe local na constituição dos projetos a serem desenvolvidos em cada área temática, Dr. Robério Lima ainda destacou:

[...] Procuramos aprofundar e discutir: qual seria o rumo? Qual seria o destino que nos iríamos trabalhar todos esses temas dentro da Microrregião de Baturité?

E nós conseguimos aprofundar esses temas através das Câmaras Técnicas, depois cada um vai desenvolver melhor cada assunto desse e através de nossos técnicos, que foram pessoas que participaram, discutiram e aprofundaram cada tema desse no sentido de elaborar uma proposta para que a Microrregião possa conjuntamente desenvolver um trabalho estratégico, para um trabalho conjunto entre os oito municípios.

Outro aspecto destacado por Dr. Robério referiu-se ao fortalecimento da CIB Microrregional, fórum de negociação onde foram pactuados os projetos de intervenção os quais segundo ele, tiveram a filosofia e o envolvimento dos profissionais, dos secretários e dos prefeitos.

Ele também ressaltou o ganho do povo com o desenvolvimento da proposta e conclamou as pessoas, independentemente de bandeira política, para divulgar o processo no que ele tinha de real, sem paixão, sem paixão partidária, reafirmando que o ganho seria do povo.

Construção de redes interlocução entre os secretários.

Dr. Manuel Pereira Secretário de Saúde de Aracoiaba - referiu-se aos seminários temáticos comparando-os ao casulo do bicho-da-seda, que vai processando silenciosamente, vai tecendo e vai amadurecendo a idéia dos secretários, dos gestores, dos técnicos dos municípios.

Este sentimento do Dr. Manuel reflete a lógica de implantação do projeto-piloto no que se referia essencialmente ao envolvimento e participação de todos os agentes no sentido de aproveitar o potencial técnico, o conhecimento e experiências adquiridas para viabilizar da a formulação do roteiro técnico-metodológico e instrumentos necessários para a realização da experiência.

Sobre o diagnóstico, fase que antecedia a realização dos seminários temáticos, Dr. Manuel referiu: “[...] *Era feita assim uma radiografia, eu diria, quase como uma ressonância magnética desses municípios que era apresentada a todos [...] Então a gente foi quebrando determinadas barreiras e foi desnudando coisas [...].*”

Dr. Manuel referiu ainda que a apresentação do diagnóstico, denominado por ele como “ressonância magnética” dos municípios, deu oportunidade para que os secretários de saúde e técnicos tomassem consciência das fortalezas e fragilidades dos sistemas de saúde de cada município e iniciassem um diálogo no sentido de resolverem conjuntamente os problemas de saúde da Região.

Ao final, Dr. Manuel concluiu que *“esse bicho-da-seda começou a fazer seda e da seda começou a fazer alguma coisa...”* A fala dele refletiu o resultado da experiência-piloto, a contribuição para a interlocução dos municípios, discussão dos problemas e definição de ajuda mútua, mediante o do desenho dos projetos de intervenção.

Dr. Manuel também fez referência à poesia de João Cabral de Melo Neto Tecendo a Manhã, (Anexo 6) trabalhada no seminário de sensibilização.

[...] as questões dos galos, tecendo a manhã; ao amanhecer; que um galo só não faz uma manhã. Quer dizer que um galo vai cantando, o outro vai cantando e o outro vai respondendo; quem conhece de galo, que ouviu o galo cantar sabe como é que amanhece. A gente sabe que temos que chegar a uma conclusão, porque o benefício vai ser para todos [...]

Há uma compreensão clara da necessidade de unir esforços para resolver as questões de saúde dos municípios, o que está em consonância com os objetivos definidos na proposta da Microrregião.

Tecer e pertencer.

Dr.<sup>a</sup> Vilauva – Secretária de Saúde de Aratuba - destacou a importância da realização do Projeto-Piloto quanto ao aspecto da pertença, sentimento de pertencer. Segundo ela, antes da Microrregião, este sentimento era voltado para o município, *“[...]porque, no começo, todos nós pertencíamos a um município, cada qual procurava falar melhor de seu município. a gente estiver pensando num município sozinho”*.

A proposta da Microrregião quebrou o isolamento entre os municípios, conclusão sugerida quando ela referiu:

[...] a gente começou a tecer um Sistema de uma Microrregião.[...] gente tinha que pensar no que a gente tinha e unir [...] neste ponto a Dr.<sup>a</sup> Vilauva

fez a seguinte comparação: É como se, por acaso, umas dez famílias de classe média-baixa, dissessem assim:

Nós vamos. Eu quero morar numa casa que tenha piscina, que tenha sauna, salão de jogos, que tenha uma boate, um campo de futebol. Eu quero uma casa que tenha uma piscina com cascata, mas eu não posso sozinho, junta dez famílias e a gente vai compra um sítio, uma área grande e vamos construir cada qual a sua casinha, com a sua necessidade básica. Quer dizer que nós não poderíamos ter uma atenção secundária de qualidade em cada município, mas nós poderíamos ter na Microrregião [...]

A fala da Dr.<sup>a</sup> Vilauva refletiu a lógica da Microrregião de potencializar os recursos e conjuntamente buscar a solução para os problemas e necessidades comuns; resolver as fragilidades dos sistemas de saúde municipais, elaborando projetos coletivos no sentido de possibilitar melhor resolubilidade dos serviços de atenção e assistência á saúde na Região.

Relação de amizade - visão do coletivo.

Dr.<sup>a</sup> Regina - Secretária de Saúde de Mulungu, destacou que um dos aspectos relevantes da implantação do Projeto-Piloto da microrregião de Baturité se deu na dimensão pessoal, o estreitamento dos laços de amizade, que ela reportou como verdadeira entre os secretários. Ela reiterou a quebra do isolamento entre os municípios: “[...] nós começamos um processo onde o meu município, meu município, meu município. E nós terminamos um processo de um ano colocando a Microrregião, as nossas dificuldades, os nossos municípios”.

Dr.<sup>a</sup> Regina referiu ainda sobre as dificuldades na arena política: “[...] sentimos algumas dificuldades em passar algumas informações para os nossos prefeitos [...]”.

As dificuldades estavam relacionadas basicamente ao repasse de informações da pactuação técnica dos projetos, a qual necessitava do aval político para pactuação no fórum da CIB Microrregional.

Dr.<sup>a</sup> Regina finalizou sua fala, declarando em nome de todos os secretários o sentimento de credibilidade com relação à proposta.

A fala dos secretários de saúde remete à importância da realização do Projeto-Piloto como oportunidade de crescimento pessoal e técnico dos participantes e avanço político das lideranças envolvidas.

Destacam a integração entre os municípios, maior conhecimento da realidade e disponibilidade para complementação dos serviços num processo de

pactuação entre os municípios, no sentido de atender com qualidade a população da Microrregião.

Um outro gente muito importante no processo de implantação do Projeto-Piloto da Microrregião foi a Superintendente da Escola de Saúde Pública, Dr<sup>a</sup> Sílvia Mamede Studart Soares a qual fez o seguinte depoimento:

A microrregionalização dos serviços de saúde veio resgatar aspectos importantes de proposições veiculadas anteriormente em vários momentos do processo de reforma do setor saúde: a organização dos serviços em “distritos sanitários” ou “sistemas locais de saúde”. Pretendia-se, dessa maneira, evitar alguns efeitos potencialmente negativos da descentralização extrema de responsabilidades na gestão dos serviços para os municípios, um processo intitulado, por alguns autores, de “municipalização autárquica”. A pretensão equivocada de dotar cada município de autonomia na oferta de serviços de saúde de diversos níveis de atenção geraria, inevitavelmente, uma dispersão e uma fragmentação no uso de recursos, induzindo à baixa qualidade e à ineficiência.

A proposta de organização dos serviços em microrregionais permitiria a organização de serviços de nível secundário e, em especial, terciário, de maior porte, destinados à cobertura de uma população bastante ampliada, na medida em que reunia, como parte de sua clientela, a população dos diversos municípios integrantes daquela microrregião. Diversos estudos têm demonstrado a relação entre qualidade dos serviços e o volume de pacientes por eles atendidos, ou seja, a experiência acumulada com a execução de determinados procedimentos. Além de evitar o desperdício de recursos, a concentração de procedimentos de nível secundário e terciário em unidades microrregionais viria a possibilitar, assim, uma ampliação da qualidade dos serviços, evitando a ociosidade e o desperdício de recursos.

A organização das microrregiões enfrentava, no entanto, alguns obstáculos importantes. Fazia-se necessária uma articulação política nem sempre fácil entre os gestores municipais, muitos deles pertencentes a forças políticas adversárias. Talvez mais difícil ainda era o obstáculo de ordem técnica. A organização das microrregiões de saúde exigia uma capacidade de formular e pôr em operação diversos sistemas – de regulação, de informação, de controle, de transporte, por exemplo – que dependiam de uma expertise usualmente não disponível em nível local. A atuação da Secretaria Estadual de Saúde, à época, buscou superar estas dificuldades, articulando suporte técnico externo para a concepção de tais sistemas e facilitando sua implantação em experiências importantes de organização de sistemas microrregionais. Tratava-se ainda de um processo inicial que requeria uma continuidade e novos avanços para consolidar o desenvolvimento das microrregiões.

Em novembro de 1999, foi realizado, em Fortaleza, um Seminário com a participação de todos os agentes envolvidos no processo; GT MR, técnicos do 1º. DERES, assessores técnicos dos municípios, e secretários municipais de saúde. O objetivo era discutir os próximos passos no sentido de efetivar o projeto da Microrregião de Baturité.

Em dezembro de 2002, foi realizado em Fortaleza o Seminário Saúde no Estado do Ceará: O Processo de Reforma do Setor Saúde no Estado do Ceará e seu Impacto na Redução da Pobreza, promovido pela SESA, com o apoio do DIFD.

O objetivo deste seminário era disseminar o conjunto de experiências na organização do Sistema de Saúde no Ceará, desenvolvido no âmbito da Secretaria Estadual da Saúde do Ceará – SESA /CE, Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP/CE e que receberam apoio técnico e financeiro do Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido – DFID, Projeto de Apoio à Reforma do Setor Saúde.

O Seminário teve como público: representantes do Ministério da Saúde, secretários municipais de saúde do Estado do Ceará, gerentes microrregionais, Conselho Estadual de Saúde, secretários estaduais de saúde de Estados do Norte e Nordeste do Brasil, Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde CONASEMS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, Associação dos Prefeitos do Estado do Ceará - APRECE, representantes dos pólos de capacitação do Norte e Nordeste.

Embora esse fórum não tivesse o objetivo específico de avaliar a descentralização no Estado, nele foram tratados aspectos considerados relevantes para avaliação do processo objeto dessa dissertação.

O Dr. Eugênio Vilaça destacou o movimento da nova gestão pública que ocorre no Ceará mediante descentralização; separação da função regulação da função de prestação de serviços e o estímulo ao controle externo pela cidadania informada e participativa.

Destacou, também, a importância da implantação das comissões intergestores bipartite microrregionais, fóruns de negociação e pactuação necessários à sustentabilidade de descentralização.

Nas conclusões, Dr. Eugênio referiu o Ceará como um Estado de tradição em inovações. Segundo ele, o Ceará tem rumo, possuindo tendências favoráveis, embora com estoques de problemas altos. Sugeriu que o Estado deve ter uma estratégia de “incrementalismo”, deve radicalizar na regionalização da atenção à saúde por meio da implantação dos sistemas integrados de serviços de saúde.

Dr. Anastácio de Queiroz Souza - Secretário de Saúde, em sua fala sobre o papel das secretarias estaduais de saúde fez menção a vários aspectos da gestão, entre os quais as Comissões Intergestoras Bipartite – CIBs, *“eu acho que no Ceará é realmente um fórum de negociação que tem trazido benefícios para o sistema, a questão das CIBs microrregionais tornaram a questão mais real é um espaço fantástico para a melhoria das condições de saúde [...]”*

Dr. Evandro Teixeira - Diretor da COMIRES, referiu-se aos passos para implantação das Microrregiões. Sobre o Seminário Interno na SESA:

[...] a sensibilização do corpo técnico da SESA é permanente é um contágio permanente em torno da proposta – processo de avaliação com todos os atores envolvidos - gestores trabalhando coletivamente pela sustentabilidade do projeto de implantação das Microrregiões de Saúde.

Sobre os momentos vivenciados na implantação do Projeto-Piloto: *“[...] O diagnóstico propiciou o conhecimento da realidade a aproximação dos municípios e principalmente o conhecimento dos serviços, do que estava acontecendo naquela área”.*

Sobre as câmaras técnicas, Dr. Evandro ressaltou a produção dos projetos de intervenção como instrumentos de apoio ao planejamento e orçamento.

Quanto ao papel da ESP-CE, ele atribuiu como importante, destacando o movimento de aproximação entre a SESA e ESP-CE, num trabalho sistemático para a elaboração do Curso.

Sobre a formação do Grupo Técnico, o Dr. Evandro destacou que houve agregação de valores muito importantes para o processo.

Sobre o apoio do DFID, ele reportou-se como importante, à garantia de apoio logístico, material didático, contratação de consultorias e viagens de estudo para a equipe.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As secretarias estaduais de saúde, no Brasil, vivem uma séria crise de identidade, determinada, de um lado, pela crise orgânica dos Estados e, de outro, pelo modelo de descentralização dos serviços de saúde, adotado, o qual vem reforçar o papel normativo e financiador da União e transfere recursos diretamente para os municípios. Como consequência, as secretarias estaduais de saúde foram se tornando fragilizadas, o que comprometeu os sistemas estaduais de saúde.

A Secretaria de Saúde do Estado do Ceará a exemplo das outras secretarias dos demais Estados, também foi objeto do impacto desta forma de descentralização. A capacidade de interlocução com as secretarias municipais de saúde, porém foi elemento facilitador para o desenho de implantação e implementação de políticas inovadoras, como, por exemplo, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, posteriormente incorporado pelo Ministério da Saúde e expandido para todo o Brasil.

A implantação do Programa Agentes Comunitários de Saúde, na década de 1980, além de contribuir por meio de suas ações de promoção da saúde e prevenção das doenças, para a redução do índice de mortalidade infantil, fortaleceu as ações básicas de saúde e abriu espaço para a consolidação do Programa de Saúde da Família, implantado em 1993, hoje uma realidade presente no Estado e também modelo para formulação de estratégias em no plano nacional.

No que diz respeito à descentralização, o Estado do Ceará desponta com a municipalização consolidada. Dos 184 municípios, 183 são qualificados em uma das duas formas da gestão.

A preocupação em desenvolver uma política de saúde com alta prioridade aos programas de atenção integral à saúde da mulher e da criança deu um salto de qualidade no cenário sanitário do Estado.

As alianças estabelecidas com os governos municipais e contando com o apoio técnico e financeiro do Governo Federal e organismos internacionais, resultaram em indiscutíveis benefícios para a população do Estado.

Nesta trajetória, a SESA, seguindo as tendências dos novos sistemas de serviços, procurou adequar-se em institucional e assim ter condições de manter o seu papel de coordenadora da Política Estadual de Saúde.

No acompanhamento e análise da descentralização, desde a sua consolidação até agora, a SESA pode verificar que os municípios – sistemas locais de saúde não estavam dando conta da assistência e atenção à saúde de forma integral e com equidade, conforme reza a Constituição.

Nesta nova realidade, a SESA desenhou, em permanente diálogo com os secretários municipais de saúde, um novo contorno para o Ceará com a criação e implantação das macro e microrregiões de saúde.

A implantação das microrregiões começou com um Projeto-Piloto, no qual foi possível germinar conhecimentos, métodos, técnicas e instrumentos. Desta forma, mais uma vez o Ceará deu a partida inicial e consolidou a regionalização que antecedeu à NOAS 01 e serviu de modelo para a política nacional de saúde nesta área.

O resultado mais efetivo do processo está relacionado com a capacidade da SESA de conduzir com maestria a rede de agentes, num caminho que buscasse a solução mais próxima, fortalecendo a municipalização e a interlocução das diversas instâncias que compõem o SUS-CE.

Outro resultado está do Projeto-Piloto, referente ao fortalecimento dos fóruns de negociação, conselhos municipais de saúde e Comissão Intergestores Bipartite – CIB MR.

Houve, no decorrer da experiência, a quebra do isolamento entre os municípios, mediante os diagnósticos apresentados. Foram expostas as fortalezas e as debilidades dos sistemas. A interlocução dos secretários possibilitou o desenho de soluções coletivas para os problemas comuns, aspecto que poderá contribuir para a melhoria do atendimento à população.

Entre os resultados mais relevantes, ressalte-se também a capacitação na área da gestão por meio do Curso de Aperfeiçoamento em Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde.

A definição de único método de planejamento, adotado por todos os municípios, viabilizou uma programação pactuada integrada coerente com as necessidades da população local.

Da experiência-piloto da Microrregional de Baturité, fizeram-se as vinte e uma microrregiões do Ceará numa contínua aprendizagem, que busca em sua essência melhorar os níveis de vida e saúde da população do Ceará.

Assim, a experiência de Baturité serviu para a elaboração de conhecimentos, métodos e técnicas, as quais foram testadas e aprimoradas no sentido de viabilizar a escala para todo o Estado.

A meta mobilizadora: “a saúde mais perto do povo, o povo mais perto da saúde”, formulada no decorrer da implantação do Projeto-Piloto traduziu, o imaginário coletivo do desejo das pessoas de terem acesso e acessibilidade às ações e serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, Elizabeth. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. In: **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde**. Brasília: IEC, 1994.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de Regulação da Emenda Constitucional n° 29. **Parâmetros consensuais sobre a implementação e regulação da emenda constitucional n° 29**. Brasília: 2001a.

\_\_\_\_\_. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **IDB 2000 – Brasil: indicadores e dados básicos para a saúde**. Brasília: 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.203 de 5 de novembro de 1996**. Estabelece a norma operacional básica do Sistema Único de Saúde, NOB SUS 01/96. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. n° 216, p.22932, Seção 1, 6 nov. Brasília: 1996a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde 1990. **Lei n° 8.080 de 19 de Setembro de 1990**: dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: 1996b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde 1990. **Lei n° 8.142 de 29 de Dezembro de 1990**: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intragovernamentais de recursos na área de saúde e dá outras providências. Brasília: 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n° 393 de 29 de março de 2001**. Aprova a agenda nacional da saúde. Brasília: 2001b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde**. Brasília: 2001c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica SUS 01/91**. Brasília: 1991a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica SUS 01/93**. Brasília:, 1993.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica SUS 01/96**. Brasília, 1991b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**: textos básicos. Rio de Janeiro: 2001d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS**: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC, 1994.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Instrumentos de gestão**: manual de consulta rápida. Brasília: MS, 2001e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia do conselheiro**: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde. Brasília: 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: 1997.

CADERNO CONASS. **Relatório da diretoria do CONASS na gestão do presidente Anastácio de Queiroz Souza e coletânea de oficinas das oficinas de trabalho do CONASS no período de agosto de 1999 a outubro de 2000**. n° 5, fev. Brasília: 2001f.

CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA JÚNIOR, M.; TONON, L. M. (Org.). **Planejamento e gestão em saúde**. Belo Horizonte: Coopmed, 1988.

\_\_\_\_\_. **A experiência de implantação da Microrregião de Baturité**. Fortaleza: [s.t.], 2002a.

CEARÁ. Conselho Estadual de Saúde. **Resolução nº 3/2001**. Aprova a tipologia dos hospitais na rede assistencial do SUS. Fortaleza: 2001a.

\_\_\_\_\_. **O modo de fazer saúde no Estado do Ceará**. Fortaleza: [s.t.]. 2002b.

\_\_\_\_\_. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002c.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Planejamento e Coordenação. **Conjuntura econômica**: 2000. Fortaleza: INPLANCE, 2001b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Planejamento e Coordenação. **Consolidado o novo Ceará**: plano de desenvolvimento sustentável 1999 - 2002. Fortaleza: INPLANCE, 2000a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde do Estado. **Microrregiões de Saúde: Uma opção do Ceará.** Fortaleza: [s.t.], 2002d.

\_\_\_\_\_. **Sistemas Microrregionais de serviços de saúde de Baturité.** Fortaleza: [s.t.], 2000b.

\_\_\_\_\_. **Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde: uma estratégia de reorganização do SUS – Ceará.** Fortaleza: [s.t.], 2002e.

COHEN, E. ***Problemas sociales, políticas sociales y planificación social.*** Buenos Aires: CIDES, 1984.

CONH, A. et al (Org.). **A Saúde como direito e como serviço.** São Paulo: Cortez, 1991.

CUNHA, João de P. P.; CUNHA, Rosani E. O processo histórico de construção do SUS. **In: Planejamento e gestão em saúde.** Belo Horizonte: Coopmed, 1998.

DONABEDIAN, A. ***Garantía y Monitoria de la Calidad de la Atención Médica: Un Texto Introductorio.*** México: Instituto Nacional de Salud Pública, 1990.

FLEURY, S. M. **A análise necessária de reforma sanitária.** Londrina: 1988.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas da Pesquisa Social** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOODE, W. J.; HATT, P. K. **Métodos em Pesquisa Social.** 3. ed. São Paulo: Cia Editora Nacional, 1969.

IPEA. **Desenvolvimento humano no Brasil 1970-1996:** índice de desenvolvimento humano Brasil, regiões e estados. Rio de Janeiro, 1998.

JÚNIOR, C. A. **Aprendizagem Baseada em Problemas:** a importância do tutor. **Revista Educação em poucas palavras nº06.** Fortaleza: Instituto Innovare, 2006.

LOBO, T. Descentralização, uma alternativa de mudança. **Revista de Administração Pública nº 22.** São Paulo: 1988.

MENDES, E. V. A descentralização do sistema e serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. **In: A organização da saúde no nível local.** São Paulo: Hucitec, 2001.

\_\_\_\_\_. **Os grandes dilemas do SUS**. Tomo I. Salvador: Casa da Qualidade, 2001a.

\_\_\_\_\_. **Os grandes dilemas do SUS**. Tomo II. Salvador: Casa da Qualidade, 2001b.

MENDES, E. V. **Os Sistemas de Serviços de Saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

NÉDER, Carlos. Atribuições dos conselhos de saúde e seus conselheiros. **In: Incentivo à participação popular e controle social no SUS**: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC, 1994.

NORÕES, N. M. R. **A saúde no Ceará**. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2001.

PAIM, J. S. **A democratização da saúde e o SUDS**. Londrina: Saúde em Debate. 1990.

PIERANTONI, C. R. **Gestão de sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2003.

SILVA, S. F. **Municipalização da saúde e poder local**: sujeitos, atores e políticas. São Paulo: Hucitec, 2001.

\_\_\_\_\_. **Sistemas microrregionais de serviços de saúde**: uma estratégia de organização do SUS-Ceará. Fortaleza: 2002.

SIQUEIRA, V. A. S. Descentralização e assistência à saúde no Brasil: a oferta de serviços nos anos 90. **Revista Saúde em Debate**. nº 60, p. 25-36. Rio de Janeiro: 2002

SOUZA, R. R. **A regionalização no contexto atual da políticas de saúde**. Brasília: MS, 2002.

TEIXEIRA, E. C. **O local e o global: limites e desafios da participação cidadã**. São Paulo: Cortez, 2001.

TORO, José B.; WERNECK, Nísia M. D. Dimensões básicas para estruturar um projeto de mobilização. **In: Um modo de construir a democracia e a participação**, nov. [s.l.:s.t], 1995.

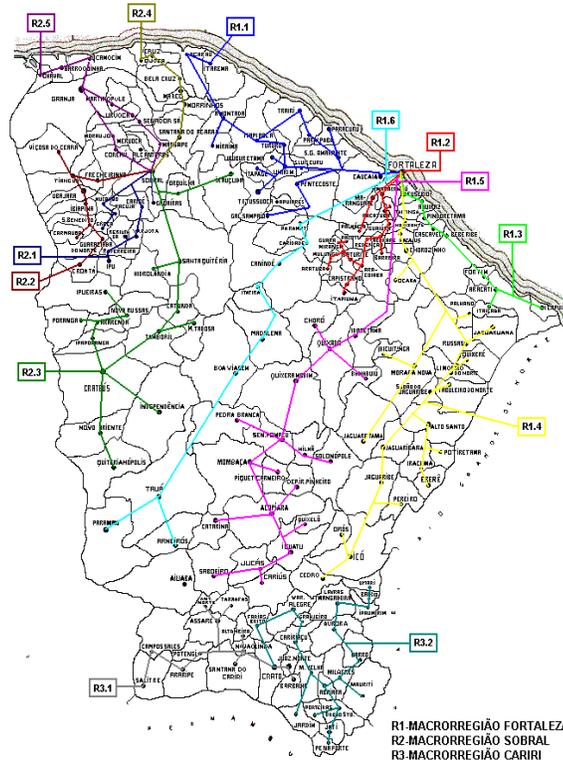
UCHOA, E.; Vidal, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública** [s.l.:s.t.], 1994.

YIN, Robert K. **Case Study Research - Design and Methods**. Sage Publications. USA: 1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Report 2000: health systems, improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.

## ANEXO 1

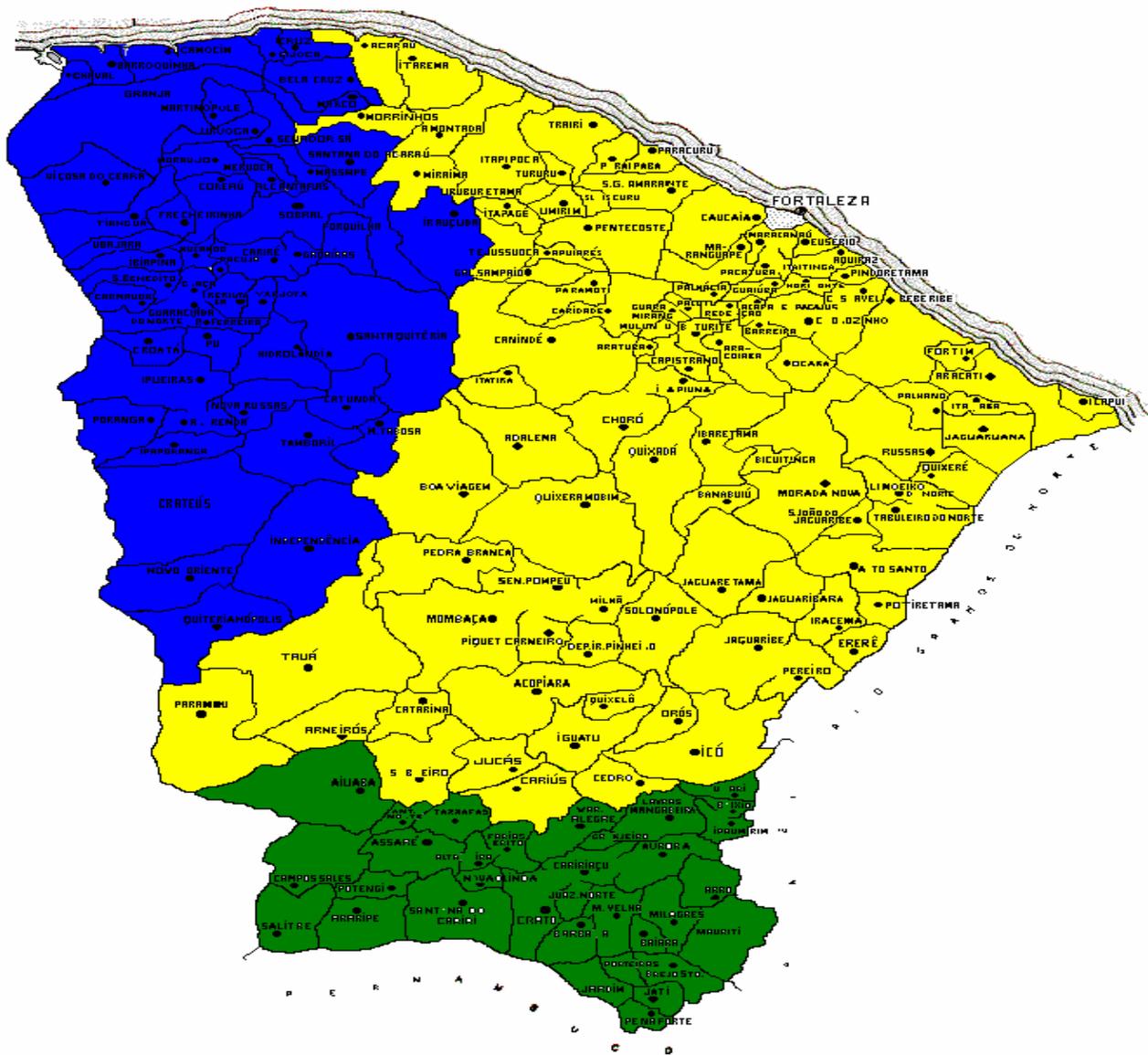
### SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA DO CEARÁ DISTRIBUIÇÃO DOS TRECHOS NAS MACRORREGIÕES



(Fonte: SECRETARIA DE SAÚDE DO CEARÁ, 2002).



### Anexo 3 Macrorregiões do Ceará



**Anexo 4**  
**INDICADORES DE SAÚDE – Situação em Outubro de 1998**  
**MICRORREGIÃO DE BATURITÉ**

Município	TMI - %	% de cobertura vacinal				% P.N.	% AM.	% C.D.
		SABIN	BCG	Sarampo	DTP			
Aracoiaba	43,0	111,43	122,23	145,30	88,74	83	44	17
Aratuba	4,0	121,73	105,43	104,15	122,04	86	62	19
Baturité	5,3	150,22	98,42	120,08	148,06	95	65	21
Capistrano	38,01	104,12	130,49	101,65	106,32	89	57	20
Guaramiranga	-	108,09	85,62	92,47	105,48	98	62	13
Itapiúna	19,03	102,27	102,27	97,73	102,27	90	69	10
Mulungu	8,03	100,05	72,64	101,44	100,05	80	47	20
Pacoti	39	95,36	82,86	94,29	97,14	82	59	10

(Fonte: SESA)

TMI - Taxa de Mortalidade Infantil

PN - Pré – Natal

AM – Amamentação

CD – Crianças Desnutridas

**Anexo 5**  
**QUADRO 8**  
**SERVIÇOS CADASTRADOS – Situação em dezembro de 1998**  
**MICRORREGIÃO DE BATURITÉ**

<b>Município</b>	<b>Patologia Clínica</b>	<b>Ultra - Sonografia</b>	<b>Radiologia</b>	<b>Fisioterapia</b>	<b>Psiquiatria</b>	<b>Urgência / Emergência</b>
Aracoiaba	01	01	01	-	-	01
Aratuba	01	-	Em implantação	01	-	-
Baturité	03	01	01	01	-	01
Capistrano	01	01	Em implantação	01	01	-
Guaramiranga	01	01	-	-	-	-
Itapiúna	01	01	01	-	-	01
Mulungu	01	01	-	-	-	-
Pacoti	01	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>06</b>	<b>03</b>	<b>03</b>	<b>01</b>	<b>03</b>

(Fonte: SESA)

## **Anexo 6**

### **TECENDO A MANHÃ**

João Cabral de Melo Neto

*Um galo sozinho não tece uma manhã;  
ele precisará sempre de outros galos.  
de um que apanhe a gritos que um galo antes  
e o lance a outro; e de outros galos  
que com muitos outros galos se cruzem  
os fios de sol de seus gritos de galo,  
para que a manhã, desde uma teia tênue,  
se vá tecendo, entre todos os galos.*

*E se encorpando em tela, entre todos,  
se erguendo tenda, onde entrem todos,  
se entretendendo para todos, no toldo  
(a manhã) que plana livre de armação.  
A manhã, toldo de um tecido tão aérea  
que, tecido, se eleva por si: luz balão.*

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)