



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**

**Clélia Maria Nolasco Lopes**

**SISTEMAS MICRORREGIONAIS DE SERVIÇOS DE  
SAÚDE NO CEARÁ (1998 – 2006): implantação e  
resultados na utilização de internações hospitalares**

**Fortaleza - Ceará**

**2007**

# **Livros Grátis**

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

Milhares de livros grátis para download.



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**

**Clélia Maria Nolasco Lopes**

**SISTEMAS MICRORREGIONAIS DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO CEARÁ (1998 – 2006): implantação e resultados na utilização de internações hospitalares**

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do grau de mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas e Serviços de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio

**Fortaleza - Ceará**

**2007**



U.E.C.E

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - CMA SP

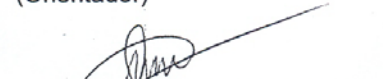
FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: "Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde no Ceará (1998 – 2006): implantação e resultados na utilização de internações hospitalares"  
Nome do Mestrando: Clélia Maria Nolasco Lopes  
Nome do Orientador: Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio

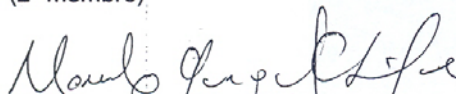
DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA/CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM "POLÍTICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE".

BANCA EXAMINADORA:

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio  
(Orientador)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda  
(1º membro)

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge  
(2º membro)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva  
(Suplente)

Ao Elvis,  
Sofia e Bianca.

Aos meus pais,  
José e Maria.

Contar é muito, muito dificultoso. Não pelos anos que já se passaram. Mas pela astúcia que têm certas coisas passadas – de fazer balancê, de se remexerem dos lugares [...] São tantas horas de pessoas, tantas coisas em tantos tempos, tudo miúdo, recruzado (p159). [...] Contar seguido, alinhavado, só mesmo sendo as coisas de rasa importância. [...] Tem horas antigas que ficaram muito mais perto da gente do que outras, de recente data (p.82).

Mire veja: o mais importante e bonito, no mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas. (p.19)

(ROSA, João Guimarães. Grande sertão: veredas. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986).

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio, pela orientação na construção da dissertação: uma oportunidade de lidar com os limites, entre uma poesia e outra.

Aos Professores Dr. Alcides Silva de Miranda e Dra. Maria Salete Bessa Jorge pelas importantes contribuições na fase de qualificação do projeto de pesquisa.

Ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará, a acolhida e o suporte à construção da dissertação.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP, pela concessão de apoio parcial ao desenvolvimento do estudo.

À Secretaria da Saúde do Estado do Ceará pela viabilidade ao cumprimento do curso; mais um apoio à trajetória de qualificação em Saúde Coletiva.

À Vera Maria Camara Coêlho por compartilhar o conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde no desenvolvimento da dissertação.

Ao Aldrovando Nery de Aguiar por compartilhar o conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde, apoiando as decisões na fase de definição da estratégia de análise de dados secundários.

Às Professoras Dra. Maria da Conceição Nascimento Costa e Dra. Sônia Cristina Lima Chaves, Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, pelo suporte em análise de dados secundários; assim facilitando o exame das internações.

Ao Eugenio de Castro Almeida pelo suporte na produção e uso do banco de dados.

Ao Elvis Ronaldo Benedicto pela expertise em informática; suporte relevante na fase de análise e produção da dissertação.

À Benedita de Oliveira, gerente da 8ª. Célula Regional de Saúde de Quixadá e equipe (Madalena Isabel Coelho Barroso, Selene de Melo Bandeira e Maria Evandir de Souza) pelo apoio no acesso às informações sobre a 8ª Microrregião de Quixadá.

Ao Jose Geraldo Lopes, por compartilhar João Guimarães Rosa.

Ao Lucas Alencar Horta pelo suporte na produção do abstract.

À Bianca Lopes Benedicto e Cláudio Rocha pelo suporte de informática.

Aos apoiadores na fase exploratória da construção e coleta de dados:

Ana Caroline Araújo Nogueira; Antônio Menezes; Cicera Borges Machado; Ediânia de Castro Albuquerque; Edilmar Carvalho de Lima; Expedito Mauricio da Silva; Fernando Antonio de Freitas Queiroz; Francisco Alexandre Monteiro Nogueira; Francisco Holanda Júnior; Hilma Alves da Silva; Leilane da Silva Benevenuto; Lílian Alves Amorim Beltrão; Luiz Mário Mamede Pinheiro Filho; Magna Renyldes Nojosa de Souza; Margarene Oliveira Lopes; Maria Alrenice de Oliveira; Maria Aragão Sales; Mariluce Dantas Soares; Nágela Maria Reis Norões; Rosana Karine Costa Marques.

## RESUMO

Tratar como objeto de estudo a organização dos serviços em sistemas microrregionais, no Sistema Único de Saúde/SUS, implica em ampliar a perspectiva de análise para além do município - tomado como unidade territorial e populacional - que tem referenciado tanto os processos de gestão quanto as pesquisas nesta área. O objetivo geral do estudo buscou analisar a implantação de sistemas microrregionais de serviços de saúde no Ceará e os resultados alcançados, no período de 1998 a 2006. Articularam-se os conceitos de estrutura, de processo e de resultado, sendo aplicados aos sistemas de saúde, à avaliação normativa, tendo a análise do contexto também se apoiado no método histórico. Nas estratégias de investigação utilizou-se a pesquisa documental e a análise exploratória de dados secundários. A microrregionalização no Ceará se antecipou à política nacional a partir de iniciativas da gestão estadual com apoio de consultores externos e parceria internacional no financiamento de projeto alinhado à reforma do Estado com ênfase na reforma administrativa, eficiência e melhoria gerencial no sistema público. Foram criadas 21 (vinte e uma) microrregiões de saúde com igual número de instâncias descentralizadas da gestão estadual e de comissões bipartites para a operacionalização do sistema, com a participação dos gestores municipais, tendo o suporte em planos e programação da assistência à saúde pactuada entre os municípios. A implantação se deu em uma gestão estadual, tendo continuado na seguinte com o foco em convênios para apoiar os hospitais de referência. Caracterizou-se como um processo de cursos variáveis, nas distintas realidades das microrregiões. A análise das interações demonstrou variações tanto favoráveis quanto desfavoráveis à microrregionalização com desafios colocados à consolidação da política quanto à melhoria da rede assistencial, incluindo o financiamento estável dos recursos estruturais e organizacionais para melhoria do acesso aos serviços e a integralidade da atenção.



## ABSTRACT

Dealing with the service organization in microregional systems in the National Health System/SUS as a study matter implies expanding the analysis perspective to outside the county, taken as territorial and demographic unity, which has grounded both the management processes and the researches in this area. The general purpose of the study examines the implantation of microregional health service systems in Ceará and the results obtained, between the years of 1998 through 2006. Donabedian and Handler et alii contributions were articulated, as structure, process and result concepts, applied to the health systems, as well as Contandriopoulos's et alii for the normative evaluation, also approaching the support of Lakatos et alii. Documental research and exploratory analysis of secondary data were used in the investigation strategies. Microregionalizing in Ceará was in front of the national politics through state management initiatives with the support of external consultants and international partnership in the financing of a project aligned to the State reform and the international health sector reform experiences. Twenty one health microregions were created with that many decentralized management state units and bipartite commissions for the system operation, with the participation of county managers and being supported in the assistance programming between counties. The implantation took place in a prior state government, continuing in the next one, focusing agreements to support the reference hospitals. It was distinguished as a process of variable courses, in the distinct realities of the microregions. The analysis of the hospital assistance showed both favorable and unfavorable variations to the microregionalizing with challenges put to the consolidation of politics regarding the improvement of the network services, including the stable financing of structural and organizational resources for the improvement of health care access and comprehensiveness.

## SUMÁRIO

Lista de Siglas.....	10
Lista de Figuras, Quadros e Tabelas.....	11
INTRODUÇÃO.....	16
OBJETIVOS.....	25
TRATAMENTO METODOLÓGICO.....	26
1. Matriz conceitual.....	26
2. Estratégias de investigação.....	31
3. O banco de dados.....	34
4. Forma de exposição.....	35
CAPITULO I - A microrregionalização no Sistema Único de Saúde/SUS-Ceará: período 1998 -2006.....	36
1. A microrregionalização no Ceará: período 1998 – 2002.....	37
1.1 A microrregionalização de 1998 a 2000: um movimento da gestão estadual do SUS-Ceará.....	38
1.2 - A microrregionalização de 2001 a 2002: o movimento no Ceará sob a influência da gestão federal.....	40
2. A microrregionalização no Ceará: período 2003 – 2006.....	43
CAPITULO II - A microrregionalização no SUS-Ceará: destaques na 8ª MR Quixadá .....	46
1. Caracterização da 8ª MR Quixadá.....	46
2. A microrregionalização: implantação e resultados na 8ª MR Quixadá.....	49
2.1 - Área do desenvolvimento da gerência microrregional.....	58
2.2 - Área do desenvolvimento dos sistemas de apoio microrregional.....	58
2.3 - Área do desenvolvimento do sistema de saúde pública.....	59
2.4 - Área do desenvolvimento do sistema de atenção à saúde.....	60
CAPITULO III - A microrregionalização no SUS-Ceará (1998 a 2006): utilização de internações hospitalares como indicador de acessibilidade.....	61
1. A estrutura da assistência hospitalar no SUS/Ceará.....	62

2. A evolução das internações no Ceará de 1998 a 2006.....	69
2.1 Internações da média complexidade na perspectiva da avaliação normativa da microrregionalização dos serviços de saúde.....	75
3. Fortaleza como destino das internações de residentes nas microrregiões.....	79
4. O fluxo das internações nas microrregiões.....	94
4.1 - As internações “Mínimo da média complexidade” de residentes nas próprias, em outras e de outras microrregiões.....	97
4.2 - As internações “Média complexidade – 2º/3º nível” de residentes nas próprias, em outras e de outras microrregiões.....	100
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
1. Considerações gerais.....	107
2. Conclusões.....	108
3. Recomendações.....	110
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	111
ANEXOS.....	119
Anexo I - Termo de fiel depositário.....	120

## LISTA DE SIGLAS

- AIH: Autorização de Internação Hospitalar.
- CESAU: Conselho Estadual de Saúde do Ceará
- CIB: Comissão Intergestores Bipartite
- CIT: Comissão Intergestores Tripartite
- CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- DFID : Department for International Development
- ESP: Escola de Saúde Pública do Ceará
- FAE: Fração ambulatorial especializada
- IBGE: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- MAC: média e alta complexidade
- MS/BBS: Rede BBS (Bulletin Board System) do Ministério da Saúde
- NOB: Norma Operacional Básica.
- NOAS: Norma Operacional da Assistência à Saúde.
- OMS: Organização Mundial de Saúde
- PDR: Plano Diretor de Regionalização
- PDI: Plano Diretor de Investimentos
- PIB: Produto Interno Bruto
- PPI: Programação Pactuada e Integrada
- PSF: Programa Saúde da Família
- SADT: Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico
- SESA: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
- SES: Secretarias Estaduais de Saúde
- SIA/SUS: Sistema de informações ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
- SIH/SUS: Sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde
- SUS: Sistema Único de Saúde
- WHO: World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)
- UK: United Kingdom ( Reino Unido)

## LISTA DE FIGURAS, TABELAS E QUADROS

### FIGURAS

Fig.1. Matriz conceitual de apreciação dos sistemas microrregionais de serviços de saúde no Ceará.

Fig. 2. Microrregião de Quixadá-Ce.

Fig. 3. Sistema de referência e contra-referência. Ceará, 1997.

Fig. 4. PDR-CE/2001: 8ª. MR Quixadá.

Fig. 5. PDR/2006 – 8ª MR Quixadá

Fig.6. Número de internações hospitalares/SUS por habitante. Brasil, Nordeste e Ceará, 1998 -2005.

Fig. 6a. Médias móveis de ordem três do número de internações hospitalares/SUS por habitante. Ceará, 1998-2006.

Fig.7. Número de internações hospitalares/SUS por habitante segundo as Macrorregiões de Fortaleza, Sobral e Cariri. Ceará, 1998 – 2006.

Fig. 8. Número de internações hospitalares por habitante segundo o total e os níveis de complexidade dos procedimentos do SIHSUS. Ceará, 1998 – 2006.

Fig. 9. Número de internações da média complexidade por habitante e categorias desagregadas. Ceará, 1998 a 2006.

Fig. 9a. Médias móveis de ordem três do número de internações da média complexidade por habitante e categorias desagregadas. Ceará, 1998 a 2006.

Fig.10. Número de internações hospitalares/SUS por habitante, na média complexidade, segundo microrregiões. Ceará, 1998.

Fig.11. Número de internações hospitalares (SUS), ocorridas em Fortaleza, no período de 1998 a 2006, com origem na população residente nos demais municípios das microrregiões segundo categorias desagregadas da média complexidade.

Fig.12. Número de internações hospitalares (SUS), ocorridas em Fortaleza, no período de 1998 a 2006, com origem na população residente na 21ª MR Juazeiro do Norte, segundo categorias desagregadas.

Fig.13. Número de internações hospitalares (SUS), ocorridas em Fortaleza, no período de 1998 a 2006, com origem na população residente na 1ª MR Fortaleza, segundo categorias desagregadas.

Fig.14. Número de internações hospitalares (SUS), ocorridas em Fortaleza, no período de 1998 a 2006, com origem na população residente na 10ª MR Limoeiro do Norte, segundo categorias da média complexidade.

Fig.14a. Médias móveis de ordem três do número de internações da média complexidade ocorridas em Fortaleza, no período de 1998 a 2006, com origem na população residente na 10ª MR Limoeiro do Norte. Ceará, 1998 a 2006.

Fig.15. Número de internações hospitalares (SUS), ocorridas em Fortaleza, no período de 1998 a 2006, com origem na população residente na 11ª MR Sobral, segundo categorias desagregadas.

Fig.16. Número de internações hospitalares (SUS), ocorridas em Fortaleza, no período de 1998 a 2006, com origem na população residente na 6ª MR Itapipoca, segundo categorias da média complexidade.

Fig.16a. Médias móveis de ordem três do número de internações da média complexidade ocorridas em Fortaleza, no período de 1998 a 2006, com origem na população residente na 6ª MR Itapipoca. Ceará, 1998 a 2006.

Fig.17. Número de internações hospitalares (SUS), ocorridas em Fortaleza, no período de 1998 a 2006, com origem na população residente na 2ª MR Caucaia, segundo categorias da média complexidade.

Fig.18. Número de internações hospitalares (SUS), ocorridas em Fortaleza, no período de 1998 a 2006, com origem na população residente na 4ª MR Baturité, segundo categorias da média complexidade.

Fig.18a. Médias móveis de ordem três do número de internações da média complexidade ocorridas em Fortaleza, no período de 1998 a 2006, com origem na população residente na 4ª MR Baturité. Ceará, 1998 a 2006.

Fig.19. Número de internações hospitalares/SUS por habitante na 5ª MR Canindé segundo níveis de complexidade. Ceará, 1998-2006.

Fig. 20. Número de internações hospitalares/SUS por habitante na 21ª MR Juazeiro do Norte segundo níveis de complexidade. Ceará, 1998-2006.

Fig. 21. Número de internações hospitalares/SUS por habitante na 15ª MR Camocim segundo níveis de complexidade. Ceará, 1998-2006.

Fig. 22. Número de internações hospitalares/SUS por habitante na 4ª MR Baturité segundo níveis de complexidade. Ceará, 1998-2006.

Fig. 23. Fluxo das internações no nível mínimo da média complexidade: 20ª. MR Crato. Ceará, 1998-2006.

Fig. 24. Fluxo das internações no nível mínimo da média complexidade: 11ª MR Sobral. Ceará, 1998-2006.

Fig. 25. Fluxo das internações no nível Mínimo da média complexidade: 8ª. MR Quixadá. Ceará, 1998-2006.

Fig. 25a. Médias móveis de ordem três das internações no mínimo da média complexidade: 8ª. MR Quixadá. Ceará, 1998-2006.

Fig. 26. Fluxo das internações na Média – 2º/3º nível: 16ª. MR Camocim. Ceará, 1998-2006.

Fig. 26a. Médias móveis de ordem três do fluxo das internações na média – 2º/3º nível: 16ª MR Camocim. Ceará, 1998-2006.

Fig. 27. Fluxo das internações na Média – 2º/3º nível: 4ª MR Baturité. Ceará, 1998-2006.

Fig. 27a. Médias móveis de ordem três das internações na média – 2º/3º nível: 4ª MR Baturité. Ceará, 1998-2006.

Fig. 28. Fluxo das internações na média – 2º/3º nível: 2ª. MR Caucaia. Ceará, 1998-2006.

Fig. 28a. Médias móveis de ordem três na média – 2º/3º nível: 2ª. MR Caucaia. Ceará, 1998-2006.

## **TABELAS**

Tabela 1. Microrregiões do Ceará segundo categorias de abrangência populacional e distribuição dos municípios em módulos assistenciais do Plano Diretor de Regionalização/PDR. Ceará, 2001.

Tabela 2. Microrregiões do Ceará segundo categorias de abrangência populacional e distribuição dos municípios no Plano Diretor de Regionalização/PDR em 2006.

Tabela 3. Microrregião de Quixadá, Ceará, segundo municípios e população em 1998, 2001 e 2006.

Tabela 4. Municípios da 8ª MR Quixadá segundo o ano de criação, distâncias e vias de acesso à Fortaleza. Ceará, 2007.

Tabela 5. Indicadores selecionados de morbi-mortalidade. Ceará e 8ª MR Quixadá, 2005.

Tabela 6. Indicadores sociais selecionados da 8ª MR Quixadá.

Tabela 7. Módulos assistenciais do Plano Diretor de Regionalização do Ceará/PDR – CE, 8ª MR Quixadá, 2001.

Tabela 8. Distribuição de serviços básicos e especializados, segundo municípios, na 8ª MR Quixadá, 2002.

Tabela 9. Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, segundo municípios, na 8ª MR Quixadá, 2002.

Tabela 10. Rede de Serviços da Atenção Hospitalar, segundo municípios, unidades, leitos, na 8ª MR Quixadá, 2002.

Tabela 11. Municípios da 8ªMR Quixadá habilitados segundo o nível de gestão da NOAS /SUS /01-02.

Tabela 12. Plano Diretor de Regionalização do Ceará/PDR – CE, segundo categorias de municípios na 8ª MR Quixadá, 2006.

Tabela 13. Número de hospitais/SUS-Ceará, segundo microrregiões. Ceará, 2000; 2003 e 2005.

Tabela 14. Municípios do Ceará sem registro de internações, no período 1998 a 2006, segundo macro e microrregiões de saúde e população.

Tabela 15. Distribuição dos hospitais/SUS nas microrregiões segundo o porte (número de leitos). Ceará, 2000.

Tabela 16. Distribuição percentual dos municípios e população do Ceará segundo categorias de porte populacional. Ceará, 2006.

Tabela 17. Número de leitos hospitalares/SUS. Ceará, 1998 -2005.

Tabela 18. Número de leitos hospitalares/SUS por habitante. Ceará, Nordeste e Brasil, 1998-2005.

Tabela 19. Necessidade de leitos no Ceará, nos níveis de atenção, segundo parâmetros/SESA de distribuição das internações. Ceará, 1997.

Tabela 20. Distribuição dos Hospitais da Rede de Apoio do Sistema de Referência segundo microrregiões. Ceará, 2001; 2006.

Tabela 21. Distribuição dos hospitais-pólo segundo microrregiões e municípios. Ceará, 2006.

Tabela 22. Internações hospitalares/SUS. Ceará, 1998 -2006.

Tabela 23. Proporção (%) de internações hospitalares/SUS por especialidade. Ceará, 1998 a 2005.

Tabela 24. Internações hospitalares de residentes pagas pelo SUS segundo Macrorregiões de Fortaleza, Sobral e Cariri. Ceará, 1998 – 2006.

Tabela 25. Distribuição das internações/SUS na macrorregião Cariri segundo a residência do usuário. Ceará, 1998 -2006.

Tabela 26. Distribuição das internações/SUS na macrorregião Fortaleza segundo a residência do usuário. Ceará, 1998 -2006.

Tabela 27. Distribuição das internações/SUS na macrorregião Sobral segundo a residência do usuário. Ceará, 1998 -2006..

Tabela 28. Internações nas macrorregiões Cariri, Fortaleza e Sobral de residentes em outros estados. Ceará, 1998-2006.

Tabela 29. Distribuição das internações da alta complexidade segundo municípios do Ceará. Período 1998 – 2006.

Tabela 30. Participação do Município de Fortaleza no total das internações hospitalares do Ceará, segundo os níveis de complexidade do SIHSUS. Fortaleza e Ceará, 2006.



Tabela 31. Internação total em Fortaleza segundo a distribuição percentual das categorias de origem. Ceará, 1998-2006.

Tabela 32. Distribuição das microrregiões com internações hospitalares (SUS) por habitante, ocorridas em Fortaleza, no período de 1998 a 2006, segundo categorias do número por habitante.

Tabela 33. Número de internações hospitalares (SUS) por habitante, ocorridas em Fortaleza, no período de 1998 a 2006, com origem na população residente nas microrregiões segundo categorias do número/100 habitantes.

Tabela 34. Número de internações hospitalares (SUS), ocorridas em Fortaleza, no período de 1998 a 2006, com origem na população residente nas microrregiões segundo categorias do número por habitante e distância (km) até o destino.

Tabela 35. Internações por habitante nas microrregiões, ocorridas no município de Fortaleza, com procedimentos do nível Mínimo da média complexidade. Ceará, 1998 a 2006.

Tabela 36. Proporção das internações ocorridas no município de Fortaleza, na Média-2º/3º nível, segundo a origem. Ceará, 1998 a 2006.

Tabela 37. Internações por habitante nas macrorregiões, ocorridas no município de Fortaleza, com procedimentos da Média/2º e 3º nível. Ceará, 1998 a 2006.

Tabela 38. Variação percentual nas transferências de residentes nas microrregiões para o município de Fortaleza, em relação ao Ceará, no Mínimo da média e Média 2º/3º nível. Ceará, 1998-2006.

Tabela 39. Número de internações hospitalares/SUS por habitante, segundo microrregiões. Ceará, 1998-2006.

Tabela 40. Número relativo de internações de residentes nas próprias microrregiões na Média – 2º/3º nível. Ceará, 1998-2006.

Tabela 41. Distribuição das internações na média – 2º/3º nível de residentes de cada microrregião ocorridas em outras. Ceará, 1998-2006.

## **QUADROS**

Quadro I. Projetos de Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde da 8ª MR Quixadá, 2000-2001.

Quadro II. Rede de unidades de apoio do sistema de referência, segundo municípios da 8ª MR Quixadá no PDR-CE 2001.

Quadro III. Rede de unidades de apoio do sistema de referência, segundo municípios da 8ª MR Quixadá, no PDR-CE 2006.

Quadro IV. Sistema de referência segundo municípios da 8ª MR Quixadá, no PDR-CE, 2006.

## INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde contemporâneos têm adotado reformas ante a crise predominantemente atribuída aos mesmos como resultante de um fator comum: o aumento dos gastos. Nas economias desenvolvidas, os gastos com saúde saíram do patamar de 2 a 3% do PIB, ao final dos anos 1940, para 6 a 10% nos anos 1970 (PIOLA & VIANNA, 2002); sendo apontados como de proporções significativas nos orçamentos públicos. Desde então, o financiamento destes sistemas passou a repercutir e a direcionar as reformas colocadas nas agendas de diversos países, visando à superação da crise (BUSS & LABRA, 1995; MENDES, 1996; 2001a).

Além do aumento dos gastos, outros argumentos dos governos, agências internacionais, consultores e prestadores de serviços, se consolidaram como justificativas para as reformas na saúde. Dentre esses, a crise de cobertura e da qualidade, provocada pelo desequilíbrio financeiro, em associação às mudanças demográficas, epidemiológicas e à ineficiência administrativa. Apenas tangencialmente tem sido tratada a problemática de fundo: a reforma do Estado ante a mundialização da economia. Segundo Laurell (2000), é nela que se inserem estas reformas, sendo fundamental apresentá-las, nesse contexto, como:

“uma reorganização integral da sociedade não apenas uma mudança da política econômica.[...Um processo] baseado nos princípios do mercado e do individualismo [...] que tem escala mundial, desenvolve-se segundo as diferentes realidades, embora com eixos comuns e, com marcado impacto nos países periféricos, espaço vital de instrumentalização para sua conformação no cenário mundial, como expressão da nova correlação de forças no planeta” (LAURELL, 2000:73).

Na literatura disponível sobre as reformas sobressaem os documentos técnicos e relatos das experiências (BUSS & LABRA, 1995; WHO, 1996; SALTMAN & FIGUERAS, 1997; HUSENMAN et al 1997; GIAIMO & MANOW, 1999; MCPAKE & MILLS, 2000; MACÍAS-CHAPULA, 2002; DOCTEUR & OXLEY, 2003; ELIAS & COHN, 2003) com questões colocadas sobre a direção e o impacto das mesmas (WHO, 1996; HAM, 1997; SALTMAN & FIGUERAS, 1997; ALMEIDA, 1999); também há abordagens contemplando matrizes para analisar o desempenho dos sistemas de

saúde (WHO, 2000; MURRAY & FRENK, 2000) que suscitaram um debate quanto aos seus limites analíticos (NAVARRO, 2000; ALMEIDA et al, 2001; MURRAY & FRENK, 2001). Contudo, a diversidade tanto de contextos quanto de estratégias, simultaneamente adotadas, tem limitado as comparações entre países (HAM, 1997); sendo os estudos muito marcados pela busca por “lições da experiência” (DOCTEUR & OXLEY, 2003; ELIAS & COHN, 2003).

Os países desenvolvidos têm induzido reformas nos demais. Com quase todos os programas, nos anos de 1990, sendo direta ou indiretamente liderados e freqüentemente financiados pelo Banco Mundial. Na área da cooperação internacional têm participado a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), as agências multilaterais/instituições globais, dentre elas, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), a União Européia, ou ainda as agências bilaterais, a exemplo de órgãos de governo como o DFID (Department for International Development/DFID-UK), do Reino Unido. Nesse âmbito, as estratégias mais difundidas têm sido as consultorias, o intercâmbio de experiências, as viagens de estudos e o financiamento de projetos sociais.

Qual o impacto das reformas? Nas análises sobre a temática, segundo Ham (1997), é essencial olhar para trás, para a retórica, e verificar a distribuição dos efeitos. Políticas de saúde focadas no aumento da eficiência ou da liberdade dos usuários na escolha dos prestadores tornam difícil atingir outros objetivos. Equidade e acesso podem ser prejudicados. O desafio para os gestores de políticas é tomar decisões voltadas a equilibrar os diferentes objetivos produzindo os resultados socialmente desejáveis. Se valores, como o da equidade, podem ser ameaçados pela reforma, então os gestores podem tomar decisões de modo a garanti-los. Ao mesmo tempo em que as lições podem emergir, há muitos pontos não explicados alimentando o debate sobre a interpretação de evidências (HAM, 1997).

As reformas internacionais têm produzido mudanças na direção dos sistemas de saúde que se expressam na redução do papel do Estado e na crescente participação do mercado, seja com o predomínio da competitividade ou com a via alternativa, a nova gestão pública. Essa última toma a cooperação nas relações entre o Estado, o mercado e sociedade como a base para a produção das

mudanças. Há uma estratégia nas reformas que parece predominar: a descentralização - de recursos e do poder na gestão destes -, visando à eficiência nos sistemas de saúde.

Enquanto a maioria dos países direciona os sistemas ao mercado destaca-se, no Brasil, o movimento social da Reforma Sanitária no sentido de um sistema de saúde, universal, equânime, integral, público e com controle social (ESCOREL, 1998; PAIM, 1997; 1999; 2002) cuja operacionalização se dá, desde 1990, com o Sistema Único de Saúde/SUS. Conforme proposto pela Reforma Sanitária o SUS é uma imagem-objetivo, estando ainda muito distanciado da universalidade e da integralidade (PAIM & VIEIRA-DA-SILVA, 2007). Mesmo sob a influência das reformas internacionais, há dimensões do SUS bastante diferenciadas destas, na medida em que se baseiam nos pressupostos na Reforma Sanitária. É o caso da descentralização em processo no SUS, não sob o primado da eficiência no uso dos recursos, mas no contexto da democratização do Estado e de instituição do federalismo; se expressando na participação local na tomada de decisões e no deslocamento da gestão da saúde dos níveis federal e estadual para o município. Desde então vinculada ao propósito de mudar o modelo de atenção à saúde.

Há, nos estudos sobre a descentralização, o destaque para seus efeitos favoráveis, enquanto processo induzido pelo governo federal (VIANA et al 2002); desde a década de 1980 há análises ressaltando a participação popular e a ampliação da oferta de serviços (VIEIRA-DA-SILVA, 1989; 1990), também ocorrendo na vigência da norma operacional, a NOB SUS/1996, a partir de 1998 (SILVA, 2001). Um consenso se firmou quanto ao êxito jurídico-legal da descentralização, com a municipalização dos serviços de saúde atingindo, em 1999, 97% dos municípios brasileiros (BRASIL, 2003). Entretanto, há autores apontando problemas e diversidades nos resultados; sendo os mesmos influenciados pelos fatores de ordem econômica, política, ideológica, cultural e social (COLLINS et al, 2000; ATKINSON, 2000; 2004; 2005); sobressaindo tanto os associados à ação política e desigualdades nas capacidades dos governos locais (ARRETCHE, 2000) quanto os conflitos e contradições nos processos decisórios entre os níveis de governo (GUIMARÃES, 2000; SOUZA, 2002; MIRANDA, 2003). A investigação de Vieira-da-Silva et al, (2007) reforça estes achados.

No contexto latino-americano, a descentralização também tem sido associada, desde o início da década de 1980, a uma “(micro) regionalização” para compor o conceito de sistemas locais de saúde/SILOS: uma população determinada, uma área geográfica delimitada, uma unidade técnico-administrativa; base para o redesenho territorial e administrativo do sistema de saúde (OPAS, 1987). A discussão sobre os SILOS foi incorporada na agenda da saúde no Brasil, sendo aprofundada com a divulgação de experiências locais, nos denominados Distritos Sanitários; também enfatizando a defesa de mudança do modelo e das práticas de atenção à saúde (TEIXEIRA, 1991; 1993; PAIM, 1992; VILASBÔAS et al, 1993; MENDES, 1995).

Além dos efeitos favoráveis da descentralização há outros avanços identificados no processo da Reforma Sanitária Brasileira. Dentre estes, a conquista do direito à saúde para os indigentes sanitários até então formalmente excluídos do sistema público; a instituição de mecanismos de controle social com os conselhos e as conferências de saúde; o fortalecimento da atenção primária com mais recursos, mediante os incentivos do programa saúde da família; a melhoria dos principais indicadores de saúde; os resultados dos programas de saúde pública, como os de controle da DST/AIDS e de doenças passíveis de imunização, além da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2003).

Buss & Labra (1995) reconheceram a importância dos avanços obtidos, a partir de 1988, embora tenham enfatizado a não expressão dos mesmos na melhoria dos serviços ou na ampliação universal da cobertura. Ademais, é possível identificar controvérsia entre os autores. Seja quando atribuem fragilidades ao processo, em função da relação direta estabelecida pelo Ministério da Saúde com os municípios, esvaziando a gestão estadual (MENDES, 1998), seja na restrição à autonomia local com normas decididas sem a participação ampliada dos atores locais (BUENO & MEHRY, *apud* SILVA, 2001) ou o insuficiente financiamento federal (SILVA, 2001).

Ao prefaciá-lo (Silva, 2001), Minayo voltou o olhar sobre o SUS enquanto “processo com avanços, recuos, pactuações e conflitos” também destacando:

“[...] o âmago das contradições que o SUS vive hoje se centra no descompasso entre sua proposta de uma política universalista e os projetos neoliberais de reforma do Estado que foram receitados a toda a América Latina, buscando desonerar o setor público e focalizar sua atuação” (SILVA , 2001, p. 33 - 34).

Antes, Escorel (1998) já afirmava:

“[...] o inimigo comum do movimento sanitário está identificado nas diversas facetas que o projeto neoliberal assume, tanto em seus diferentes âmbitos governamentais quanto em suas diversas práticas assistenciais. Não há qualquer possibilidade de acordo entre propostas tão distintas em seus princípios fundamentais” (ESCOREL, 1998: 194).

Dentre os limites à efetivação dos princípios do SUS os autores também têm abordado a segmentação, em que “os sistemas privados invadem a esfera pública, e o sistema público reserva-se, cada vez mais, como um lugar dos pobres” (MENDES, 2001a: 30) e o racionamento imposto à descentralização, pelos contextos de crise do sistema, favorecendo “a expansão do mercado de planos e seguros de saúde” (SILVA, 2001:71). O debate em aberto e a defesa da Reforma Sanitária convocam à realização de estudos para conhecer os limites e as possibilidades das proposições e das estratégias políticas e operacionais do SUS.

Mendes (2001) apresentou proposições para o enfrentamento do que denomina “dilemas do SUS”. No nível macroeconômico, defendeu como alternativa à segmentação, a implantação de um sistema público universal, com financiamento e regulação estatal e prestação não estatais, tendo como base organizativa a cooperação gerenciada e a contratualização da prestação de serviços. Como argumento, para o que chamou de “reforma da reforma sanitária” (MENDES, 2001a: 56), assumiu o “novo universalismo” proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000). Assim afirmou Mendes:

“[...] parece claro que os sistemas universais de serviços de saúde, estruturados com base no novo universalismo, devem ofertar a todos um pacote essencial de serviços, definido por critérios objetivos e transparentes [...]. E que os procedimentos que não estejam incluídos nesse pacote possam ser adquiridos por quem os deseje ou possa pagar por eles, em sistemas privados suplementares” (MENDES, 2001 a: 71-72).

Mendes (2001 a; b) também propôs mudanças microeconômicas no SUS. Para o autor, os municípios vem se constituindo em sistemas fechados, fragmentados, gerando ineficiência, perda de escala e de qualidade na oferta de serviços de maior densidade tecnológica, além da concentração da estrutura de oferta e de desigualdades entre municípios e entre regiões; desse modo estimulando a ocorrência de hospitais com poucos leitos e baixas taxas de ocupação, como também laboratórios de patologia, operando com perda de escala e baixa qualidade. Isto resultando na pressão de demanda nos serviços localizados em municípios pólos, com deslocamentos dos usuários especialmente às regiões metropolitanas. Nestes marcos, defendeu a organização de serviços mediante a integração dos municípios em sistemas microrregionais de saúde (MENDES, 2001 a; b).

A organização dos serviços, segundo os níveis de atenção e suas respectivas densidades tecnológicas, está contemplada nas diretrizes do SUS, com “as ações e os serviços públicos de saúde integrando uma rede regionalizada e hierarquizada, tendo apoio no sistema de referência e contra-referência” (BRASIL, 1988; 1990). Contudo, ao longo da década de 1990, poucas estratégias foram adotadas para operacionalizar estas diretrizes.

A alternativa dos consórcios intermunicipais de saúde se inclui dentre os movimentos de articulação intergovernamental na organização dos serviços. Em 1999, segundo Teixeira (2004), com base em dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), havia consórcios em 2.040 ou 35 (trinta e cinco) por cento dentre os municípios brasileiros correspondendo, aproximadamente, a 21 (vinte e um) por cento da população. Guimarães (2001) abordou a dependência dos consórcios de conflitos próprios da ação coletiva, prevendo um processo de reflexão sobre os mesmos. Nicoletto et al (2005) estudaram os consórcios que reúnem 81,5 por cento dos municípios do Paraná. Observaram sub-oferta de consultas especializadas ou inadequação na sua distribuição, apontando a possibilidade de falha no mecanismo de referência e contra-referência. Assim, sobre os consórcios de saúde, há uma discussão quanto às perspectivas de sua constituição enquanto estratégia de integração dos serviços, segundo as diretrizes do SUS, em uma “rede regionalizada”.

É justamente apoiado nas regiões de saúde que Mendes (1999, 2001a; b) propôs “a reforma microeconômica do sistema de serviços de saúde no Brasil, com a implantação de Sistemas Microrregionais e Sistemas Integrados de Serviços de Saúde”. O autor encontrou no Ceará o cenário favorável à experimentação de sua proposição, mediante consultoria, realizada em articulação com outras, nacionais e internacionais, no contexto de vários movimentos, que parecem configurar estratégias do governo estadual, no período de 1997 a 2002, de reforma do Estado e do setor saúde; todas suportadas no Plano de Desenvolvimento Sustentável 1995 - 1998 (CEARÁ, 2000), tendo o apoio, dentre outros, do Department for International Development/DFID.

Mendes (2001a, b) assumiu os “sistemas integrados” localizando-os desde as proposições dawsonianas de sistema público de atenção hierarquizada e regionalizada, no Reino Unido, passando pelo interesse dos Estados Unidos em aplicá-las no sistema privado, para relacioná-los aos movimentos do campo empresarial, de economia de escala e expansão de mercados desse país, no que aí influenciaram a experiência de “atenção gerenciada”; também referindo processos de outros países, a exemplo da “viragem ambulatorial” do Canadá e da “substituição européia”; todos focados na melhoria de qualidade dos serviços e tendo como pressupostos a eficiência e a economia de escala/escopo. Ademais, vinculou os “sistemas integrados” enquanto tendência recente, de terceira geração dos sistemas de saúde, à “medicina baseada em evidência”, à “avaliação econômica de serviços de saúde” e “avaliação tecnológica em saúde”, bem como à “cooperação gerenciada”, no que conferem instrumentalidade à proposição (MENDES, 2001a; b).

Na perspectiva de uma versão dos “sistemas integrados” no SUS Mendes (2001b) passou a defender o que chamou de “microrregionalização cooperativa”:

“uma cooperação orgânica entre as Secretarias Municipais entre si e com a Secretaria Estadual, criando um sistema de cooperação gerenciada, expresso na existência de uma Comissão Intergestores Bipartite/CIB Microrregional e sustentado num sistema de programação pactuada e integrada”(MENDES, 2001b: 40 ).

A Secretaria da Saúde do Ceará operou a regionalização dos serviços, a partir de novembro de 1998, com o projeto piloto da Microrregião de Baturité. A institucionalização do processo se deu ainda em 1998, com a aprovação das



“Diretrizes de Reorganização da Atenção e dos Serviços do Sistema Único do Ceará” pelo Conselho Estadual da Saúde (CESAU, 1998). Neste mesmo ano se iniciou uma “modelagem”/reforma da gestão na Secretaria, com suporte em consultoria nacional, voltada principalmente à racionalização de recursos e à melhoria gerencial; dentre os objetivos, o da criação de estruturas regionais de gestão coincidentes com as microrregiões de saúde.

Em 2001, a agenda nacional da saúde, se abriu a um novo momento do SUS, o da implantação da Norma Operacional da Assistência à Saúde/NOAS SUS 01/2001, pelo Ministério da Saúde, ante o desafio da organização dos níveis considerados de maior densidade tecnológica e maior complexidade. O documento propôs a regionalização simultaneamente defendendo de um lado, a garantia dos avanços conquistados com a municipalização e, de outro, a integralidade e equidade (BRASIL, 2001). Na NOAS SUS 01/2001 e sua versão atualizada, a NOAS 01/2002, se identifica diretrizes no sentido da ampliação das responsabilidades dos municípios na atenção básica e da organização de “sistemas funcionais de saúde”, compreendendo um município, ou um conjunto de municípios, tendo como base o processo de regionalização; delegando às SES o papel de coordenadoras das mudanças (BRASIL, 2001; 2002).

Para a operacionalização da regionalização, a NOAS previu a utilização de instrumentos como a Programação Pactuada e Integrada – PPI e os termos de garantia de acesso, firmados entre gestores, contemplando as referências intermunicipais, a definição das prioridades de intervenção, bem como a elaboração de um plano de investimentos para corrigir “lacunas assistenciais” (BRASIL, 2001; 2002). Naquele contexto Silva (2001) referiu a NOAS SUS 01/2001 como parte da agenda futura da descentralização e que apesar de propor ênfase na regionalização como necessária para “aprofundar o processo de descentralização”, poderia “reduzir, ao menos em parte, a autonomia de gestão conquistada pelos municípios, a partir de 1996” (SILVA, 2001:80).

No Ceará, a implantação da NOAS resultou na elaboração, em 2001, do Plano Diretor de Regionalização - PDR, do Plano Diretor de Investimentos - PDI, e também da Programação Pactuada e Integrada – PPI. Foi pactuada a estruturação

de 96 (noventa e seis) Módulos Assistenciais e 29 (vinte e nove) Pólos Microrregionais nas 21 (vinte e uma) Microrregiões agregadas em 03 (três) Macrorregiões de Saúde (SESA, 2001). Em julho de 2004, na reunião da Comissão Intergestores Tripartite/CIT, foi apresentado o pleito de qualificação da primeira microrregião do Ceará que teve a aprovação no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite do Ceará (CIB - CE, 2004). Não houve consenso na CIT e a qualificação não passou, pois o Ministério da Saúde se posicionou contrariamente, justificando a discussão pendente sobre o pacto de gestão e regionalização (BRASIL, 2004b). Aqui se podem localizar sinais de tensão subjacente entre a municipalização e a regionalização, no percurso da descentralização proposta como princípio organizativo do SUS.

Em 2006, a partir de revisão solicitada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS se iniciou mais um momento normativo do SUS, com a publicação da portaria referente ao Pacto pela Saúde 2006. Uma agenda de compromissos sob a forma de três eixos: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Esse último definiu as responsabilidades das instâncias de gestão, superando o processo vigente de habilitação conforme a NOB SUS 1996 e a NOAS SUS 01/2002. Destaca-se aí a manutenção da diretriz da regionalização na organização dos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

Em todo este movimento recente de regionalização no Sistema Único de Saúde sobressai, no Ceará, a acumulação de dois momentos: um, de iniciativa da gestão estadual, em antecipação ao outro, que se seguiu, por sua vez caracterizado como uma política nacional, instituída pela gestão federal, em pactuação com estados e municípios. Esta singularidade potencialmente se inseriria em uma agenda de pesquisas para responder questões de interesse do SUS; incluindo as referidas aos efeitos das estratégias políticas e operacionais. Ainda não estão disponíveis estudos analíticos voltados à compreensão da regionalização da saúde no Brasil. Há pesquisas relatando resultados iniciais de experiências (COSTA e SILVA, 2004; LIMA & RIVERA, 2006; WEIGELT; 2006).

Ao estudar a descentralização no Ceará, com o caso de uma microrregião, Mota (2007) encontrou resultados favoráveis, afirmando haver coerência entre o

fluxo de internações e a proposta vigente de regionalização e hierarquização. Anteriormente, Fonseca - Neto (1999) analisou as internações no Ceará, no ano de 1997 e, ao relacionar a mortalidade hospitalar às causas identificou que as que mais produzem internações - do aparelho respiratório (17,61%) e de doenças infecciosas e parasitárias (12,15%) – poderiam ser resolvidas com uma maior eficiência na atenção básica. Contudo, ainda não estão disponíveis estudos que respondam se o fluxo das internações, no Ceará, vem se dando em conformidade com a regionalização assumida. Neste cenário há questões relevantes a serem formuladas enquanto objeto científico. Em uma primeira aproximação tentou-se responder: como ocorreu a implantação da microrregionalização no Ceará considerando as iniciativas estadual e nacional? Quais são os seus resultados? Quais são os seus limites e possibilidades? Com as questões construídas, buscou-se definir os objetivos do presente estudo.

**Objetivo geral:**

Analisar a implantação de sistemas microrregionais de serviços de saúde no Ceará e os resultados alcançados no período de 1998 a 2006.

**Objetivos específicos:**

- a) Caracterizar a microrregionalização dos serviços no Sistema Único de Saúde/SUS-Ceará, no período 1998-2006, destacando a 8ª Microrregião Quixadá.
- b) Analisar as internações hospitalares/SUS no Ceará, entre 1998 e 2006, na perspectiva da microrregionalização dos serviços de saúde.

## TRATAMENTO METODOLÓGICO

Trata-se de avaliação normativa da implantação de sistemas microrregionais de serviços de saúde, no Ceará, contemplando a dimensão descritiva e a apreciação de seus componentes, inclusive com respeito às relações entre os mesmos; destacando aspectos relevantes em uma microrregião, a de Quixadá e, também, considerando o desenvolvimento ocorrido no período 1998-2006.

### 1. Matriz conceitual

A elaboração teórica do objeto de estudo implicou na explicitação do conceito de regionalização em saúde. Ainda na década de 1970, a OPAS divulgou a idéia de regionalização como um mecanismo de descentralização técnico-administrativa, com o estabelecimento de níveis de complexidade da atenção, parecendo ter inspiração no modelo dawsoniano de distribuição dos serviços, em regiões, sob a coordenação do hospital (BRAVO 1974: 231). Desde aí se podem identificar ambigüidades do conceito em sua aproximação com a descentralização; noção também marcada pela polissemia (ELIAS, 1996; MIRANDA, 2003; SALTMAN & BANKAUSKAITE, 2004). Descentralização e regionalização parecem configurar dois fenômenos que se interpenetram e se diferenciam, em diversas dimensões, quando se considera, conforme Paim & Vieira-da-Silva (2007), a historicidade dos mesmos, na articulação entre a saúde e a estrutura social, nos domínios econômicos, políticos e ideológicos.

Frankish et al (2002) referiram a regionalização em saúde como a adaptação de políticas, planos e programas à realidade de uma região; também afirmando que, na prática, a regionalização incorpora alguma forma de autoridade descentralizada, ainda que haja distinção conceitual entre os termos (FRANKISH et al., 2002). Estudos no Canadá apontaram contradições teórico-conceituais (DAVIDSON, 2004). As experiências nesse país e também em vários outros, na Europa, vêm, desde a década de 1990, se destacando na crescente literatura internacional sobre a

regionalização em sistemas de saúde. Nestes estudos sobressai a noção de região de saúde trazendo elementos da descentralização e centralização, além do foco na coordenação do cuidado e na articulação dos serviços, a partir da atenção primária, em diversos arranjos organizacionais configurando “redes”, nos denominados sistemas integrados de saúde (FRANKISH et al., 2002; DELNOIJ et al., 2003; CONTANDRIOPOULOUS, 2004; DAVIDSON, 2004).

No Brasil há estudos articulando a descentralização a uma “(micro) regionalização”, para compor o conceito de sistemas locais de saúde/SILOS (OPAS, 1987), incorporado na construção do SUS, em experiências de Distritos Sanitários (TEIXEIRA, 1991; 1993; PAIM, 1992; VILASBÔAS et al, 1993; MENDES, 1995). Nesse processo a regionalização se expressa na municipalização ou na organização e gestão dos serviços no âmbito municipal; assim se configurando nos sistemas municipais. Desde então, as diretrizes do SUS já contemplavam a integração das ações e serviços, segundo os níveis de atenção e suas respectivas densidades tecnológicas, em uma “rede regionalizada e hierarquizada, tendo apoio no sistema de referência e contra-referência” (BRASIL, 1988; 1990). Contudo, ao longo da década de 1990, poucas estratégias foram adotadas para operacionalizar estas diretrizes. Nos anos 2000, com as normas do SUS considerando a agregação de sistemas municipais em sistemas regionais (BRASIL, 2001; 2002; 2006), a noção de regionalização em saúde poderia, a guisa de proposição, se referir tanto à organização territorial dos serviços vinculada aos níveis de atenção, quanto à gestão ampliada dos mesmos, mediante mecanismos de co-gestão envolvendo os municípios de uma região.

Para os fins do estudo, a regionalização foi tratada enquanto política de saúde e ferramenta de gestão e de organização dos serviços, em níveis da atenção articulados à agregação dos territórios municipais em sistemas regionais. Nestes marcos, a regionalização pôde ainda ser configurada enquanto intervenção, conforme Contandriopoulos et al (2000), um conjunto de meios organizados em um determinado contexto, de modo a alcançar objetivos, produzindo resultados no sentido da modificação de uma situação problemática. Uma intervenção passível de avaliação: um julgamento de valor sobre seus componentes, com potencial de

subsidiar a tomada de decisões, seja mediante o referencial em critérios e normas (avaliação normativa) ou a pesquisa avaliativa, realizada a partir de procedimentos científicos; ambos os referenciais podendo ainda ser adotados simultaneamente (CONTANDRIOPOULOS et al., 2000: 31).

A opção metodológica antes referida não excluiu a consideração do acautelamento de Paim e Vieira-da-Silva (2007) ao apontarem o potencial reducionista da perspectiva avaliativa de Contandriopoulos et al (2000), quando limitada à dimensão instrumental da ação, ao tempo em que defenderam a definição da noção de avaliação em função de sua implicação na abordagem do objeto. Anteriormente, Vieira-da-Silva (2005) já discutira as perspectivas de vários autores propondo uma ampliação do conceito para dar conta da diversidade das práticas sociais na pesquisa avaliativa.

O campo da avaliação em saúde passou a ser influenciado pelo artigo clássico de Donabedian, de 1966, introduzindo os conceitos de estrutura, processos e resultados na abordagem clínica do cuidado médico. A estrutura, sendo referida aos recursos materiais, humanos e organizacionais; os processos, aos aspectos da intermediação profissional-paciente; e os resultados, ao produto das ações (consultas, exames, visitas), e também à modificação no estado de saúde de indivíduos e da população (DONABEDIEN, 1966; 1986; 2003a; 2003b). Este enfoque foi aprofundado em trabalhos subseqüentes (CONTANDRIOPOULOS et al., 2000; HANDLER et al., 2001), para contemplar a avaliação no âmbito das organizações e sistemas de saúde.

Contandriopoulos et al (2000) trabalharam com os conceitos antes referidos na proposição de avaliação normativa, tratada enquanto “atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas” (CONTANDRIOPOULOS et al, 2000: 34). Para tanto propuseram a apreciação: da estrutura, para saber em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados; dos processos, seja na dimensão das relações interpessoais, seja na

técnica - dos serviços – ou ainda na organizacional, para saber se os serviços são adequados para atingir os resultados esperados; e a dos resultados, que consiste em se perguntar se os observados correspondem aos esperados, isto é, aos objetivos que a intervenção se propôs atingir.

Handler et al (2001) elaboraram uma matriz conceitual do sistema público de saúde, com cinco componentes – contexto, propósitos, capacidade estrutural, processo e resultados – visando o exame das relações entre os mesmos e o estudo sobre o modo como interagem. A capacidade estrutural expressando relações e recursos – de informação, organizacionais, físicos, humanos e financeiros –, em seu potencial de desencadear os processos no sentido da produção dos resultados. Os processos sendo vinculados à prática das intervenções, a cargo do sistema, por sua vez implicada em funções ou serviços essenciais, bem como em seus resultados ou produtos (“outputs”). Ademais, os resultados (“outcomes”) sendo vistos na dimensão cumulativa da interação entre a capacidade estrutural e os processos, em dado contexto e missão/propósito da organização/sistema; sendo ainda influenciados por fatores contextuais de ordem social, política e econômica e podendo ser usados para informar sobre o desempenho geral do sistema, incluindo sua eficiência, efetividade e a produção de equidade entre populações.

No presente estudo, considerando o seu caráter descritivo e de aproximação inicial com o objeto, buscou-se o diálogo com as abordagens de Donabedian (1966; 1986; 2003a; 2003b), Contandriopoulos et al (2000) e Handler et al (2001), de modo a articulá-las em uma matriz adaptada para o sistema público de saúde, na dimensão estadual e microrregional. Assim, partiu-se de tratar os componentes da matriz conceitual de Handler et al (2001), no sentido da avaliação normativa de Contandriopoulos et al (2000), tomando como intervenção a implantação dos sistemas microrregionais de serviços de saúde no Ceará, seus propósitos, objetivos e funções, ademais de contemplar a apreciação da estrutura, processos e resultados (Figura 1). Esses conceitos sendo assumidos conforme as três abordagens, no que as aproximam e contribuem com os objetivos do estudo.

Na apreciação da estrutura foram considerados os recursos físicos, organizacionais e financeiros. Os atores - individuais e coletivos – tiveram

localização destacada no modelo, em relação às três abordagens referenciadas, para enfatizar a centralidade dos mesmos, ao articulá-los aos demais componentes da matriz, não os tratando como recursos humanos, ou seja, um dos componentes da estrutura. Os atores sendo entendidos, em aproximação à Horev & Babad (2005), como indivíduos, grupos ou instituições com participação/influência ou sob a influência da intervenção.

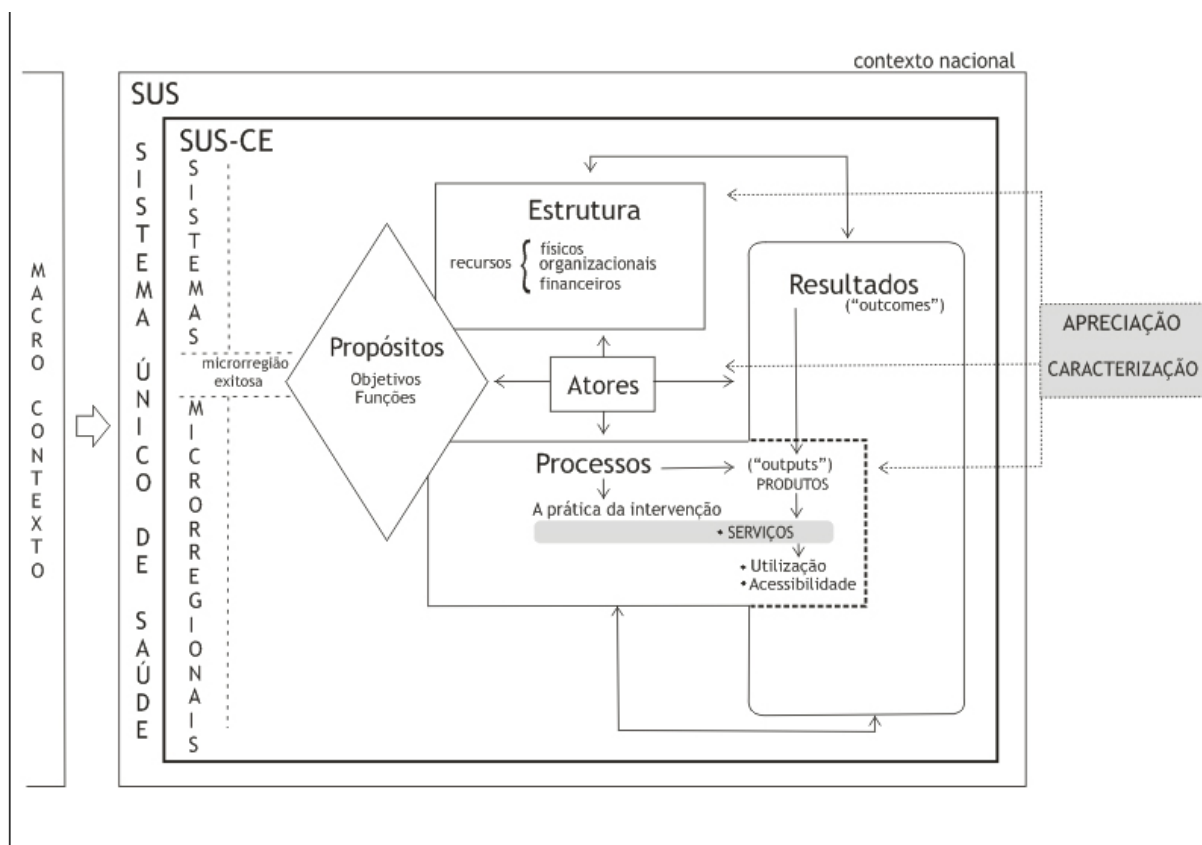


Fig. 1- Matriz conceitual de apreciação dos sistemas microrregionais de serviços de saúde no Ceará. Adaptada de Handler et al (2001) e Contandriopoulos et al (2000).

Os processos foram referidos à prática da intervenção, incluindo funções ou serviços essenciais, como em Handler et al (2001), sendo apreciados, conforme Contandriopoulos et al (2000), na dimensão organizacional, com o exame da acessibilidade aos serviços; além disso, mediante o referencial em critérios e normas, foram confrontadas as funções dos sistemas microrregionais com os produtos de planos, projetos e propostas no sentido dos resultados visados.



Pelo exposto, por referência à prática da intervenção, os resultados passaram a ser tratados, conforme Handler et al (2001), em termos dos processos, ou como “*outputs*” ou, ainda, segundo Donabedien (1966; 1986; 2003a; 2003b), enquanto produto das ações, sendo desse modo enfatizadas a implantação do sistema de gestão regional, a cargo do gestor estadual, além das interações na atenção secundária (média complexidade) no âmbito microrregional. Ademais, a articulação dos componentes da intervenção, no percurso da análise, foi assumida como alternativa de superação dos limites de uma abordagem setorializada de estrutura, processos e resultados.

Ademais, considerou-se a complexidade envolvida em uma apreciação dos fatores contextuais atuando sobre a intervenção e, também, os limites colocados pelo curto período, desde sua implantação, no exame destes fatores, em termos de impacto dos resultados. Assim, nos marcos do estudo, optou-se pelo enfoque do contexto com apoio no Método Histórico, de Lakatos et al (1991: 81-82) como o que

consiste em investigar acontecimentos, processos e instituições do passado para verificar a sua influência na sociedade de hoje [...e, ainda, o que] preenche os vazios dos fatos e acontecimentos apoiando-se em um tempo, mesmo que artificialmente reconstruído, que assegura a percepção da continuidade e do entrelaçamento dos fenômenos.

## **2. Estratégias de investigação**

As estratégias de investigação contemplaram a pesquisa documental e a análise de dados secundários, de modo a apoiar a caracterização e apreciação dos componentes da intervenção sob avaliação normativa. A pesquisa documental foi utilizada, com o suporte em Pimentel (2001), como facilitadora à aproximação com o processo de implantação dos sistemas microrregionais, de modo a abordar as expressões, conceitos, estruturas organizativas, resultados, bem como as relações identificadas entre o discurso oficial e a prática operacional. A análise de dados secundários abrangeu os produtos de planos, projetos e proposições relacionados ao sistema de gestão regional, a cargo do gestor estadual, além das interações na atenção secundária (média complexidade) no âmbito microrregional.

A análise documental de Pimentel (2001) foi adaptada ao escopo do presente estudo. Assim, os procedimentos se iniciaram com duas estratégias de busca/acesso ao material: a pesquisa bibliográfica, nas diversas fontes, com destaque para as acessíveis “*on-line*” e, a busca institucional, a partir do contato com os responsáveis pelos setores da gestão e organização dos serviços de saúde; a autorização de acesso se expressando na assinatura do termo de fiel depositário (Anexo I). O processamento deste material constou da leitura crítica e fichamento, seguidos da indexação, segundo critérios classificatórios, na base bibliográfico-documental do estudo. Na classificação mais geral, todo o material foi dividido em duas categorias: a de artigos científicos e a de publicações institucionais ou de base documental; todos, em meio impresso e/ou eletrônico, conforme o formato disponível, sendo organizados em fichas de leitura, em matrizes de síntese classificatória e, ainda, em pastas/arquivos, segundo a ordem cronológica de autores. A classificação foi refinada para apoiar a análise subsequente, com a releitura do material seguindo o critério de assunto, ou seja, dos aspectos temáticos e conceituais das publicações. Disto resultou tanto um quadro síntese dos textos quanto o rearranjo dos mesmos, em pastas/arquivos; ambos contendo conjuntos representativos dos aspectos temáticos identificados como recorrentes sobre a regionalização em saúde.

No tratamento dos dados da análise documental, também se adotou uma aproximação com as ferramentas da análise de conteúdo assumida em Pimentel (2001). A partir do levantamento dos aspectos centrais de cada conjunto de textos e tendo o apoio nas fichas de leitura, foram construídos quadros de autores e de termos chave, sintetizando conceitos, concepções, proposições, critérios e normas, segundo a frequência e contextos observados. A correlação entre estes quadros, mediante inferências sobre os conteúdos vinculados aos termos-chave, resultou na identificação de unidades de análise que apoiaram a abordagem teórica do objeto da pesquisa. Sua relação com a prática, assim contemplando os objetivos do estudo, foi possível com a aproximação entre as informações construídas e as unidades de análise, na definição de indicadores, isto é, na definição sobre quais informações se situariam em quais unidades de análise; essas sendo então reconstruídas enquanto categorias a expressar os propósitos da pesquisa. Assim assumida, a análise

documental apoiou a apreciação dos componentes da intervenção, sendo também facilitadora da periodização adotada no sentido da caracterização dos mesmos.

Com o recurso da periodização, articulou-se a regionalização no Ceará, com o contexto nacional, assim buscando conforme Sampaio (1994), relacionar o fenômeno aos fatos políticos, econômicos e sociais. O período 1998-2000 foi demarcado pela regionalização dos serviços de saúde no Ceará, em antecipação ao movimento nacional. O período 2001-2006 caracterizou-se pela influência da gestão federal sobre o processo em curso no Ceará. O pano de fundo foi o das gestões federais e estaduais, que coincidiram: 1995-1998; 1999-2002 e 2003-2006.

A análise de dados secundários se voltou à dimensão de resultados/produtos, considerando a acessibilidade mediante a abordagem da utilização de serviços de saúde (CUNHA, 2007), além de planos, projetos e proposições, vinculados à implantação do sistema de gestão regional, a cargo do gestor estadual. Buscaram-se informações de domínio público nas fontes disponíveis e relativas à atenção ambulatorial e hospitalar – o Sistema de Informações Ambulatoriais/SIASUS e o Sistema de Informações Hospitalares/SIHSUS. O SIASUS, em que pese o potencial de análise de informações que poderiam ser utilizadas, em função de representar a maior parte dos recursos envolvidos na atenção secundária, colocou vários limites ao estudo considerando o alcance de seus objetivos. A análise, na dimensão dos resultados, ficaria prejudicada principalmente pelo fato do sistema não contemplar a informação sobre a residência do usuário, relevante para a abordagem do fluxo dos mesmos na utilização dos serviços de saúde. Pelo exposto, fez-se a opção pela utilização do SIH/SUS, com foco na análise da evolução das internações no Ceará, no período do estudo, destacando o fluxo dos usuários tanto das microrregiões para o sistema municipal mais complexo, o de Fortaleza, quanto entre microrregiões. Para tanto, foi produzido um banco de dados que, a partir do SIH/SUS, pudesse viabilizar a análise planejada, propiciando oportunidades de cruzamento de informações e construção de sínteses aproximando a análise nessa dimensão às demais da pesquisa.

Os dados secundários relativos a produtos/resultados de planos, projetos e proposições para organizar o sistema de serviços e de gestão regional foram

sistematizados, em articulação com a análise documental, mediante a construção de matrizes submetidas à validação com a equipe de gestão, em uma microrregião considerada exitosa; com as quais foi possível confrontar o realizado em relação ao previsto/ planejado e também aos critérios e normas.

### **3. O banco de dados**

O exame das internações foi viabilizado a partir da produção de um banco de dados construído a partir das informações da base do DATASUS. O objetivo foi tratar o quantitativo das internações e, alternativamente, o seu correspondente valor financeiro, em cada ano do período da análise, distribuído segundo as categorias do financiamento do SIHSUS desagregadas em níveis de complexidade. Ademais, a matriz de análise do banco contemplou a possibilidade de identificar para todas as internações, em cada nível de complexidade, o município de origem e de destino. Por sua vez o posicionamento de cada um dos 184 (cento e oitenta e quatro) municípios do Ceará, nas colunas da matriz referentes à origem e destino das internações, foi função de sua agregação em microrregiões e macrorregiões conforme o PDR-CE vigente. Assim se pôde examinar o fluxo das internações nas mais variadas alternativas de cruzamento das informações, de modo a propiciar distintas perspectivas de abordagem e de articulação das dimensões da análise.

A construção do banco de dados se iniciou com o acesso à base do DATASUS, mediada pela MS-BBS, a rede do Ministério da Saúde, dedicada às informações do SUS, a partir de conexão da Secretaria Estadual de Saúde. Utilizou-se a base DOS, tipo DBF (Dbase File), via linguagens FOX, Clipper e Access, além de planilhas do Excel. A preparação e a formatação das relações entre os dados foram executadas com a linguagem FOX, sendo os procedimentos estatísticos e de produção de gráficos viabilizados com o Access seqüenciado pelo Excel. Foram copiados arquivos no formato RDCE, correspondentes às internações pagas, mês a mês, referentes ao Ceará. Em seguida, estes arquivos foram consolidados para os anos referentes ao período da análise integrando a estrutura desenhada para contemplar as relações entre os componentes da regionalização. Para os fins da análise, foram consideradas as internações pagas no período. Assim, o conjunto das informações foi distribuído em três macro-categorias: internações de residentes no

estado, internações de residentes em outros estados, e inconsistências de origem da internação inerentes à atenção hospitalar, por sua vez distribuídas, nos aspectos quantitativos e financeiros, nas categorias do financiamento SIH/SUS desagregadas em níveis de complexidade. O banco foi ainda examinado quanto à consistência interna, mediante a análise matricial de combinação e checagem dos dados.

#### **4. Forma de exposição**

Constam da presente dissertação as seguintes partes: Introdução; Tratamento Metodológico; Capítulo I: A microrregionalização no Sistema Único de Saúde/SUS-Ceará: período 1998-2006; Capítulo II: A microrregionalização no SUS-Ceará: destaques na 8ª MR Quixadá; Capítulo III: A microrregionalização no SUS-Ceará (1998 a 2006): utilização de internações hospitalares como indicador de acessibilidade.

Na Introdução são apresentados, da literatura disponível, os estudos que contribuíram com a construção do objeto, a formulação da questão de investigação e os objetivos do estudo. São descritos aspectos das experiências internacionais de reforma dos sistemas de saúde, a Reforma Sanitária Brasileira com ênfase na instituição do Sistema Único de Saúde/SUS destacando, em seus princípios, a descentralização, a hierarquização e a regionalização, para situar a implantação dos sistemas microrregionais de serviços de saúde no Ceará.

O Tratamento Metodológico traz a construção da matriz conceitual adotada, as estratégias de investigação, a produção do banco de dados, e a forma de exposição da dissertação.

O Capítulo I descreve a implantação da microrregionalização de modo ampliado para o Ceará. O Capítulo II destaca a implantação na 8ª Microrregião Quixadá. O Capítulo III aborda a evolução das internações hospitalares/SUS, na perspectiva da avaliação normativa da microrregionalização.

As Considerações Finais sistematizam os principais resultados do estudo, seus limites, dificuldades e facilitadores além das perspectivas, com recomendações que podem oportunamente ser consideradas na gestão do SUS-Ce.

# **CAPITULO I**

## **A microrregionalização no Sistema Único de Saúde/SUS- Ceará: período 1998 - 2006**

A aprovação de um conjunto de diretrizes visando à atenção primária, secundária e terciária, pelo Conselho Estadual de Saúde – CESAU, em 1998, parece configurar uma inflexão na organização da atenção e dos serviços do Sistema Único de Saúde - Ceará. A mudança não sendo atribuível à atenção primária, com a prestação dos serviços anteriormente definida, ao âmbito de cada município, mediante o programa/estratégia Saúde da Família ou, à atenção terciária, concentrada em três municípios-pólo do estado. É a construção da suficiência na atenção secundária, envolvendo uma ação intermunicipal coordenada pelo gestor estadual, que se constitui no foco de um novo desafio a ser enfrentado com a diretriz de microrregionalização dos serviços de saúde ou da organização das “Micro-Regiões de Saúde” (CESAU, 1998a), conforme se verifica já na própria definição:

“Micro-Região Assistencial como um espaço territorial composto por um conjunto de municípios com forte sentimento de integração e interdependência, com auto-suficiência primária e secundária, com população em torno ou superior a 100 mil habitantes, e com vontade política para consorciarem-se na busca [...] de] solução dos problemas comuns” (SESA, 1998a: 14).

Com os procedimentos da análise documental e o recurso da periodização adotado, foi possível mapear a trajetória da organização da atenção secundária no SUS-Ceará, de modo a caracterizar a microrregionalização e a subsidiar a avaliação normativa de seus componentes. Ainda com a periodização, articulou-se a intervenção, com o contexto nacional, conforme Sampaio (1994), para relacionar o fenômeno aos fatos políticos, econômicos e sociais. A microrregionalização foi então tratada em dois períodos: 1998 a 2002 e 2003 a 2006; o primeiro contendo uma subdivisão, sendo ambos descritos a seguir.

O período 1998 – 2002, situado no intervalo de dois mandatos consecutivos, de governos estadual e federal (1995-1998 e 1999-2002), foi subdividido para os fins do estudo. De 1998 a 2000 considerou-se a microrregionalização sendo

protagonizada pela gestão estadual em movimentos de reforma do Estado; de 2001 a 2002, caracterizou-se a regionalização no Ceará sob a influência da gestão federal, face à publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS/SUS – 01/02 (BRASIL, 2001; 2002). O período 2003-2006 foi marcado por uma nova gestão estadual dando continuidade à diretriz da microrregionalização e sendo, em seu final, também influenciada pela gestão federal que instituiu o Pacto pela Saúde 2006 (BRASIL, 2006) em substituição à NOAS.

### **1. A microrregionalização no Ceará: período 1998 – 2002**

No primeiro período do estudo, 1998-2002, a gestão do SUS-Ce esteve a cargo de dois mandatos consecutivos de Tasso Jereissati (1995-1998 e 1999-2002) que Sampaio et al (2001), ao trabalhar a periodização da história do Ceará, denominaram Ceará dos Empresários (1987-2003). Um governo que elaborou seu Plano de Desenvolvimento Sustentável “Consolidando o novo Ceará” (1999-2002), pautado no anterior, o Plano de Desenvolvimento Sustentável (1995-1998), tendo como premissa o crescimento econômico com desenvolvimento social. Para tanto assumiu, no segundo mandato, o aprofundamento de estratégias de reforma do Estado, anteriormente adotadas, com a justificativa de tornar a gestão pública mais eficiente. Dentre estas, a reforma administrativa, o planejamento estratégico, a descentralização e a melhoria gerencial na prestação de serviços. A descentralização sendo voltada ao fortalecimento e autonomia das unidades administrativas regionais e, ainda, à aproximação das esferas de governo estadual e municipal. Ademais, este governo optou pela privatização e concessão de serviços públicos (CEARÁ, 2000) também como estratégias de modernização institucional.

As prioridades de governo, neste primeiro período do estudo, contemplaram a o gerenciamento das finanças públicas, o investimento na infra-estrutura tecnológica, a criação de ouvidorias, a qualificação dos profissionais, e a reformulação dos modelos de organização e gestão. Também houve o incentivo às organizações sociais, inclusive na saúde e, à mobilização social, entendida como uma parceria com a sociedade na execução do plano; sendo preferencialmente firmada com as organizações não governamentais. Desse modo, conforme a visão

do governo, contribuindo para a continuidade das mudanças no sentido de “[...] um Estado dotado de maior flexibilidade, capaz de descentralizar funções, transferir responsabilidades [...] sem abrir mão dos instrumentos de coordenação, controle e supervisão” (CEARÁ, 2000:115-116). Ressalte-se ainda que o plano de governo, referente ao período 1999-2002, já explicitava a diretriz da SESA-CE de microrregionalização dos serviços de saúde. Trata-se, portanto, de uma política estreitamente alinhada ao governo no qual se inseriu. Para melhor delinear sua trajetória, destaca-se, a seguir, a subdivisão operada no período 1998 a 2002.

### **1.1 – A microrregionalização de 1998 a 2000: um movimento da gestão estadual do SUS-Ceará**

A aprovação das diretrizes para organizar a atenção à saúde no Ceará, na quais “foi dada ênfase à regionalização e hierarquização dos serviços” (CEARÁ, 1998:9), ocorreu em antecipação às normas nacionais de regionalização no SUS que passaram a vigorar a partir de 2001. Tais diretrizes resultaram da articulação, no âmbito técnico-político, entre a equipe de gestão da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará/SESA-CE e consultores externos (nacionais e internacionais), com a parceria do governo britânico, mediante o apoio e financiamento do Department for International Development/DFID. Na proposta institucionalizada, mediante a articulação política com o Conselho Estadual da Saúde – CESAUS sobressai de um lado, a reafirmação dos princípios e diretrizes do SUS e de outro, a adesão às recomendações dos consultores externos expressa, dentre outros, nos princípios organizativos da atenção secundária, ao contemplar a economia de escala e, nas bases operacionais que, além da delimitação das microrregiões, aí previram a criação de comissões bipartites com objetivo de “promover a integração, o fortalecimento e o desenvolvimento micro-regional” (CEARÁ, 1998a: 15). Estas bases ainda incluíram a pactuação das ações assistenciais “prioritariamente nos limites das micro-regiões [...] sendo operacionalizada com o] Sistema de Referência e Contra Referência” (CEARÁ, 1998a: 15).

Mesmo antes de 1998 pode-se identificar uma iniciativa no sentido da organização regionalizada dos níveis da atenção à saúde sendo conduzida pela SESA-CE. Trata-se do estudo de 1997, visando ao desenho de um sistema de



referência e contra-referência, com financiamento e consultoria internacionais. O estudo mapeou os três municípios considerados como pontos de maior convergência dos fluxos dos usuários no estado - Fortaleza, Crato e Sobral –, cada um deles configurando uma rede de municípios que por sua vez, em função das vias de acesso, se subdividam em trechos. Foram desenhados 13 (treze) trechos, sendo 06 (seis) na rede Fortaleza, 05 (cinco) na rede Sobral e 02(dois) na de Crato. Nestes trechos também foram identificados municípios de convergência de fluxos de acesso aos serviços. O estudo ainda codificou os serviços de saúde disponíveis em 10 categorias de complexidade no conjunto dos níveis de atenção. Este trabalho subsidiou a elaboração do documento de diretrizes de 1998, antes referido, no qual o estado foi dividido em 20 (vinte) microrregiões e três macrorregiões. Um desenho que foi alterado no período seguinte do presente estudo, como será descrito, quando se deu a delimitação de 21 (vinte e uma) microrregiões (SESA, 1998, a; b) no Ceará.

Simultaneamente ao processo de aprovação das diretrizes da microrregionalização, a SESA articulou sua operacionalização a partir de um projeto piloto, na Microrregião de Baturité (SESA, 2002 f), como estratégia de rápida ampliação do movimento para todo o estado. Além dos consultores e do Department for International Development/DFID, já referidos, dois atores coletivos se destacaram neste momento: a Associação dos Municípios do Maciço de Baturité/ AMAB, com o apoio dos prefeitos da região ao projeto; e a Escola de Saúde Pública do Ceará/ESP-CE, vinculada da SESA, com o suporte pedagógico e operacional para uma das atividades do projeto piloto: a realização do Curso de Gestão de Sistemas Microrregionais. Esse curso foi desenvolvido, a partir de novembro de 1998, com um seminário de “sensibilização”; sendo organizado e ministrado com a atuação dos técnicos da Secretaria e da Escola de Saúde Pública.

O Curso de Gestão de Sistemas Microrregionais foi estruturado em seminários seqüenciais e temáticos, nas várias áreas de organização dos serviços, com foco na participação dos atores estratégicos na operacionalização do sistema: secretários municipais, seus assessores e equipe técnica da secretaria estadual. Ao término de cada seminário se formou uma câmara técnica para elaborar projetos de intervenção visando organizar o sistema microrregional. Seguiu-se a pactuação técnica e política destes projetos, culminando com a formação da Comissão

Intergestores Bipartite Microrregional/ CIB-M. Na microrregião de Baturité, a pactuação na CIB-M se voltou inicialmente à localização dos serviços de saúde integrantes do sistema microrregional, de modo equilibrar os interesses de todos os municípios em sediar as referências de parte daqueles com maior densidade tecnológica. Em 2000, o processo foi ampliado para mais cinco microrregiões, com a de Quixadá tendo sediado o curso de gestão subsequente.

Ainda em 1998 se iniciou um processo alinhado ao plano de governo, com suporte em consultoria nacional, visando à modelagem de gestão da Secretaria. O objetivo foi racionalizar recursos e estratégias de gestão. Dentre os resultados, a criação de espaços organizacionais para a implantação de estruturas regionais de gestão coincidentes com os sistemas microrregionais de serviços de saúde. Este foi também um período de atividades voltadas à qualificação dos profissionais, com ênfase na melhoria gerencial. Foram custeados cursos de curta duração, de especialização, mestrados e viagens de estudo internacionais.

### **1.2 - A microrregionalização de 2001 a 2002: o movimento no Ceará sob a influência da gestão federal**

Em 2001, a agenda da saúde no nível federal se abriu para um novo momento do SUS com a implantação da Norma Operacional da Assistência à Saúde/NOAS SUS 01/2001 (BRASIL, 2001). Esta norma e sua versão atualizada - a NOAS 01/2002 – pautaram, além da ampliação das responsabilidades dos municípios na atenção básica, a organização dos então denominados “sistemas funcionais de saúde” como base do processo de regionalização e, delegaram às SES o papel de coordenadoras das mudanças. A operacionalização da regionalização contemplou instrumentos como a Programação Pactuada e Integrada - PPI, os termos de garantia de acesso firmados entre gestores visando às referências intermunicipais, a definição de prioridades de intervenção, bem como a elaboração de um plano de investimentos para corrigir chamadas “lacunas assistenciais” (BRASIL, 2001; 2002).

Desde a publicação da NOAS/SUS – 01, a microrregionalização no Ceará se ajustou às normas nacionais com os requisitos colocados sendo cumpridos em

tempo hábil. A experiência até então acumulada contribuiu com os ajustes à elaboração do Plano Diretor de Regionalização - PDR, do Plano Diretor de Investimentos - PDI, e também da Programação Pactuada e Integrada – PPI; valendo destacar as reuniões nas Comissões Intergestores Bipartite - CIB Microrregionais apoiando este processo. A PPI, a partir de 2002, considerou a alocação de recursos para a população própria e para a população referenciada, de modo a guardar coerência com a regionalização proposta (SESA, 2002 a; b; c; d; k).

Simultaneamente à NOAS houve a continuidade do curso de gestão com a elaboração dos projetos de intervenção e formação de CIB-M para as 15 (quinze) microrregiões restantes. Também nesta fase se acumularam os resultados/produtos do processo de microrregionalização iniciado antes da vigência da NOAS. Assim, foram produzidos: planos de gestão para as 21 microrregiões, indicativos da estruturação inicial dos sistemas de gerência; contratos com os hospitais pólo/sede e contratos internos com as unidades próprias; softwares das centrais de regulação micro e macrorregionais, com implantação do piloto em Baturité e, mais seis microrregiões, além do piloto da Macrorregião de Fortaleza. Ademais, foram elaborados os planos diretores dos hospitais de Baturité e Aracoiaba. Destaque-se ainda o início da implantação de estratégias para fortalecer a microrregionalização, voltadas à melhoria da atenção primária e à satisfação dos usuários; dentre os produtos, os protocolos da atenção, as pesquisas de opinião sobre os serviços e as ouvidorias, na SESA e em suas unidades próprias.

A pactuação na implantação da NOAS resultou na proposta de estruturação de 96 (noventa e seis) módulos assistenciais e 29 (vinte e nove) pólos microrregionais, nas 21(vinte e uma) microrregiões e 03 (três) macrorregiões de Saúde (SESA, 2002 a). A Tabela 1 apresenta as microrregiões do Ceará, segundo categorias de abrangência populacional e distribuição dos municípios nos módulos assistenciais do Plano Diretor de Regionalização/PDR de 2001. Destaca-se no quantitativo de módulos assistenciais previstos, o desafio da suficiência na atenção secundária, com os limites colocados, nesse âmbito, ao cumprimento dos requisitos da NOAS, considerando que no PDI se observou 48,8% de fontes não identificadas; assim evidenciando riscos à garantia dos investimentos necessários para adequar a rede de serviços de saúde na perspectiva apontada no plano de regionalização.

Tabela 1. Microrregiões do Ceará segundo categorias de abrangência populacional e distribuição dos municípios em módulos assistenciais do Plano Diretor de Regionalização/PDR. Ceará, 2001.

CATEGORIA	MICRORREGIÕES	População	MUNICÍPIOS			
			Módulos Assistenciais			
			Sede e Pólo	Sede	Satélite	Total
População acima de 500 mil hab.	1ª. MR - Fortaleza	2.504.260	02	05	03	10
	11ª. MR - Sobral	549.257	02	05	17	24
População entre 301 e 500 mil hab.	2ª. MR - Caucaia	486.397	01	05	05	11
	20ª. MR - Crato	302.780	01	04	08	13
	3ª. MR - Maracanaú	406.002	02	02	04	08
	21ª. MR - Juazeiro do Norte	355.588	02	03	01	06
População entre 201 e 300 mil hab.	15ª. MR - Crateús	284.777	01	04	06	11
	18ª. MR - Iguatu	285.855	01	04	05	10
	6ª. MR - Itapipoca	215.264	01	03	02	06
	10ª. MR - Limoeiro do Norte	203.952	01	03	07	11
	8ª. MR - Quixadá	269.110	02	02	05	09
População entre 151 e 200 mil hab.	13ª. MR - Tianguá	262.973	02	05	01	08
	12ª. MR - Acaraú	181.085	01	03	03	07
	19ª. MR - Brejo Santo	193.563	01	03	05	09
	5ª. MR - Canindé	178.980	01	03	02	06
	17ª. MR - Icó	164.729	02	02	03	07
População até 150 mil hab.	9ª. MR - Russas	189.690	01	03	02	06
	7ª. MR - Aracati	140.827	01	03	01	05
	4ª. MR - Baturité	125.278	02	04	02	08
	16ª. MR - Camocim	140.571	01	00	04	05
	14ª. MR - Tauá	106.682	01	01	02	04
<b>TOTAL</b>	<b>21 microrregiões</b>	<b>7.547.620</b>	<b>29</b>	<b>67</b>	<b>88</b>	<b>184</b>

FONTE: SESA - Plano Diretor de Regionalização 2001 (SESA, 2002 a).

Com referência ao período 1998-2002 há publicações sobre o processo que tomaram a perspectiva da gestão estadual (SESA, 1998b; 2002, e; f; g; j) e de participantes do grupo de consultores ou do financiador (MENDES, 2001 a; b; AMARAL, 2005), ainda que não tenham sido produzidos estudos avaliativos. Em 2002, ao término da gestão houve um seminário para a apresentação dos resultados do período, que pode ser caracterizado como uma aproximação com uma avaliação somativa, isto é, “aquela conduzida após o término do programa e tem por objetivos prestar contas a uma audiência externa (órgão financiador) ou ao gestor” (Vieira-da-Silva, 2005:19).

O supracitado evento foi organizado pela SESA com o patrocínio do DFID. A equipe de gestão da SESA-CE e parte dos consultores apresentaram resultados, destacando os favoráveis. Dentre os consultores, uma posição no sentido de que, a partir de então, o incrementalismo seria uma estratégia a considerar na continuidade do processo e outra, questionando a sua sustentabilidade (SESA, 2002 h). Não foi aberto o debate com a platéia ou mesmo entre os apresentadores. As mães de crianças que passaram pela UTI neonatal implantada em uma das microrregiões, juntamente com a direção do hospital, apresentaram seus bebês e agradeceram por suas vidas. Assim se encerrou o que parece caracterizar um ciclo da regionalização no SUS-Ce: o da ação protagonizada pela gestão estadual, em antecipação à implantação de normas nacionais; ação alinhada ao plano de governo, no sentido da reforma do Estado que, simultaneamente, se manteve enquadrada, mas não reduzida ao movimento da gestão federal.

## **2. A microrregionalização no Ceará: período 2003 – 2006**

A microrregionalização no Ceará, entre 2003 e 2006, ocorreu sob o governo Lúcio Alcântara, sendo marcada pela continuidade das estratégias do governo anterior e também referenciada nas diretrizes vigentes e nos ajustes que se fizeram necessários quando ocorreram mudanças na política nacional. Destacou-se no período, a iniciativa do Programa “Saúde mais perto de você” com a microrregionalização sendo estimulada mediante investimentos nos hospitais pólo, tanto para custeio quanto para reformas. No custeio sobressaiu a contratação de médicos especialistas. Dentre as dificuldades desse programa, a descontinuidade no repasse dos recursos conforme consta nos relatórios de monitoramento analisados. Além da atenção médica houve investimento na implantação de centros especializados de Odontologia, em ampliação ao número da gestão anterior, com estímulo à organização da atenção secundária nesta área. Em 2004 houve a adesão à Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte/HPP sendo destinados recursos para hospitais com menos de 30 leitos (BRASIL, 2004 a; SESA, 2006 a; c).

Em julho de 2004, na reunião da Comissão Intergestores Tripartite/CIT, foi apresentado o pleito de qualificação da primeira microrregião – a de Quixadá - que teve a aprovação no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite do Ceará (CIB - CE,

2004). Não houve acordo na CIT e a qualificação não passou. Consta do resumo executivo da reunião: “Não houve consenso sobre a qualificação de microrregiões, pois o Ministério da Saúde - MS não concorda com a qualificação conforme a NOAS” (BRASIL, 2004b). O MS se posicionou contrariamente justificando que, diante da discussão sobre o pacto de gestão e regionalização, “entende que qualificar qualquer região neste momento em que se propõe uma mudança nas regras de regionalização, cria um precedente que dificulta essa discussão” (BRASIL, 2004b). Pode-se aqui questionar se esta decisão não estaria a expressar sinais de uma tensão subjacente entre a municipalização e a regionalização, no percurso da descentralização proposta como princípio organizativo do SUS.

Em 2006, a partir de revisão solicitada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS se iniciou um novo momento normativo do SUS, com a publicação da portaria referente ao Pacto pela Saúde 2006 (BRASIL, 2006). Trata-se de uma agenda de compromissos sob a forma de três eixos: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Esse último definiu as responsabilidades das instâncias de gestão, superando o atual processo de habilitação conforme a NOB SUS 1996 e a NOAS SUS 01/2002. Destacou-se aí a manutenção da diretriz da regionalização na organização dos serviços de saúde. Assim, foi construído um novo PDR para o Ceará.

Conforme o PDR/2006 - Ce (SESA, 2006 b) inicialmente ocorreu o redesenho das regiões de saúde, com a identificação dos municípios pólo e de apoio ao sistema de referência microrregional para a assistência de média e alta complexidade; sendo aí considerada a capacidade resolutiva dos serviços nos sistemas municipais. Em seguida foram definidas as unidades de apoio com o perfil da assistência, serviços ofertados e necessidades de expansão. Diferentemente do PDR 2001, neste, as ações de intervenção e os investimentos foram colocadas para um momento posterior. Dentre os 49 (quarenta e nove) municípios do Ceará, em gestão plena do sistema municipal, havia 27 (vinte e sete) pólos microrregionais, portanto uma redução em relação ao PDR 2001. Os demais municípios foram categorizados como adscritos aos pólos. Foi criada mais uma microrregião, a de Cascavel. Alguns municípios mudaram de microrregião. A Tabela 2 sistematiza as informações sobre as microrregiões do Ceará no PDR/2006 (SESA, 2006 b).

Tabela 2. Microrregiões do Ceará segundo categorias de abrangência populacional e distribuição dos municípios no Plano Diretor de Regionalização/PDR em 2006.

CATEGORIA	MICRORREGIÕES: denominação administrativa	População	MUNICÍPIOS		
			Sede e Pólo	Adscritos	Total
População acima de 500 mil hab.	1ª. MR - Fortaleza	2.515.956	01	03	04
	11ª. MR - Sobral	583.494	02	22	24
População entre 301 e 500 mil hab.	2ª. MR - Caucaia	528.315	01	09	10
	20ª. MR - Crato	319.256	01	12	13
	3ª. MR - Maracanaú	443.449	02	06	08
	21ª. MR - Juazeiro do Norte	385.495	02	04	06
População entre 201 e 300 mil hab.	15ª. MR - Crateús	291.364	01	10	11
	18ª. MR - Iguatú	293.543	01	09	10
	6ª. MR - Itapipoca	253.208	01	06	07
	10ª. MR - Limoeiro do Norte	213.442	01	10	11
	8ª. MR - Quixadá	288.103	02	08	10
	13ª. MR - Tianguá	281.011	01	07	08
População entre 151 e 200 mil hab.	22ª. MR - Cascavel	218.974	01	05	06
	12ª. MR - Acaraú	193.903	01	06	07
	19ª. MR - Brejo Santo	201.557	01	08	09
	5ª. MR - Canindé	188.006	01	05	06
	17ª. MR - Icó	166.858	01	06	07
População até 150 mil hab.	9ª. MR - Russas	190.628	01	04	05
	7ª. MR - Aracati	151.620	01	04	05
	4ª. MR - Baturité	131.479	02	06	08
	16ª. MR - Camocim	148.733	01	04	05
	14ª. MR - Tauá	108.882	01	03	04
<b>TOTAL</b>	<b>22 microrregiões</b>	<b>8.097.276</b>	<b>27</b>	<b>157</b>	<b>184</b>

FONTE: SESA - Plano Diretor de Regionalização 2006 (SESA, 2006 b).

Pode-se afirmar que a microrregionalização no Ceará, no período 1998-2006 se deu em duas fases: uma referida à implantação de estratégias envolvendo a construção de diretrizes, a instituição do processo, o investimento na qualificação dos profissionais e o ajuste da estrutura administrativa; e outra, mais incremental, voltada à operacionalização das proposições. O exame de uma microrregião considerada exitosa se mostrou útil no sentido de ampliar a caracterização destas fases.

## CAPITULO II

### A microrregionalização no SUS-Ceará: destaques na 8ª MR Quixadá

Há aspectos da implantação e resultados dos sistemas microrregionais no Ceará que podem ser mais explorados tomando-se uma das microrregiões como unidade de análise. A escolha da 8ª MR Quixadá foi subsidiada, ainda na fase de construção do objeto, nas consultas prévias e de caráter prospectivo, à equipe de gestão da SESA, quanto ao indicativo de microrregiões exitosas. A 8ª MR integrou, em 2000, o primeiro grupo da implantação após o projeto piloto na 4ª MR Baturité; sendo a primeira a cumprir os requisitos de qualificação de uma microrregião, segundo a NOAS SUS 01/2001 e sua versão atualizada a NOAS 01/2002 e, a apresentar proposição de qualificação na Comissão Intergestores Tripartite – CIT, após a aprovação na Comissão Intergestores Bipartite/CIB-CE (CIB - CE, 2004).

#### 1. Caracterização da 8ª MR Quixadá

A microrregião de Quixadá se situa no sertão central do Ceará sendo composta no PDR-CE/2001 por 09 (nove) municípios: Banabuiú, Choró, Ibaretama, Milhã, Pedra Branca, Quixadá, Quixeramobim, Senador Pompeu e Solonópole (Figura 1). A Tabela 1 apresenta a distribuição da população na microrregião, em 2006, totalizando 282.054 habitantes. Observa-se um incremento percentual na população entre 1998 e 2006 da ordem de 10,6%.

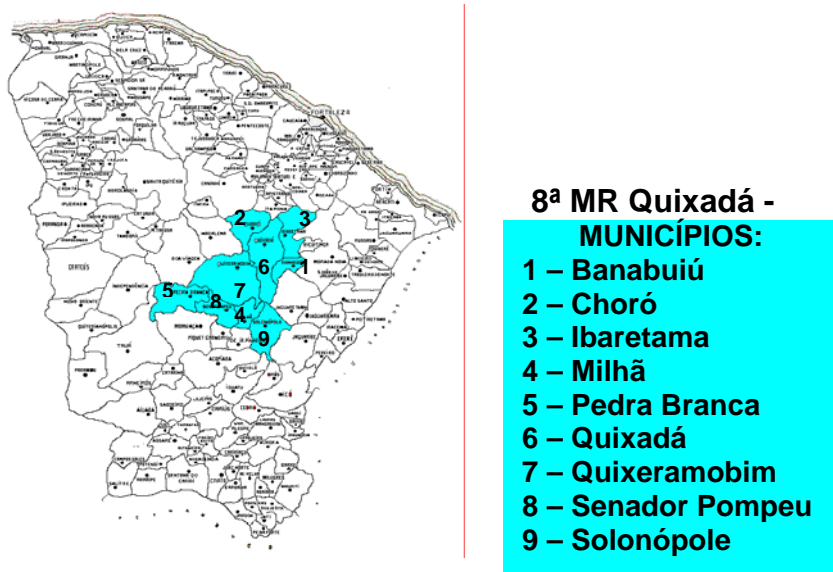


Fig. 2 – Microrregião de Quixadá-Ce.



Tabela 3. Microrregião de Quixadá, Ceará, segundo municípios e população em 1998, 2001 e 2006.

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO		
	1998	2001	2006
Banabuiú	15.507	16.400	17.510
Choró	11.744	12.145	12.909
Ibaretama	10.586	12.811	13.528
Milhã	12.186	13.131	13.994
Pedra Branca	37.309	40.958	42.177
Quixadá	66.037	70.493	75.717
Quixeramobim	55.926	58.896	59.244
Senador Pompeu	24.623	27.302	27.512
Solonópole	16.165	16.974	17.457
<b>TOTAL</b>	<b>252.081</b>	<b>271.111</b>	<b>282.054</b>

FONTE: IBGE: População Residente - Estimativa para o TCU – Ceará, 1998; 2001; 2006.

A conformação da 8ª MR Quixadá tem antecedente, em 1997, no estudo do sistema de referência e contra-referência estadual (SESA, 2002 g). Nele foram mapeadas as rotas de acesso aos serviços de saúde, historicamente utilizadas pelos usuários, conformando redes, nas quais se identificou municípios com serviços de maior complexidade, para os quais convergiam os demais, mediante as vias de acesso interligadas em trechos. Assim, a 8ª MR Quixadá foi situada na Rede 1- Fortaleza e Trecho-5, de Fortaleza à Saboeiro, integrando os municípios que, no PDR/2001, passariam a compor a MR Quixadá e também a MR Iguatu (Figura 3).

## SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

### Rede 1 - Fortaleza

### Trecho 5: Fortaleza - Saboeiro

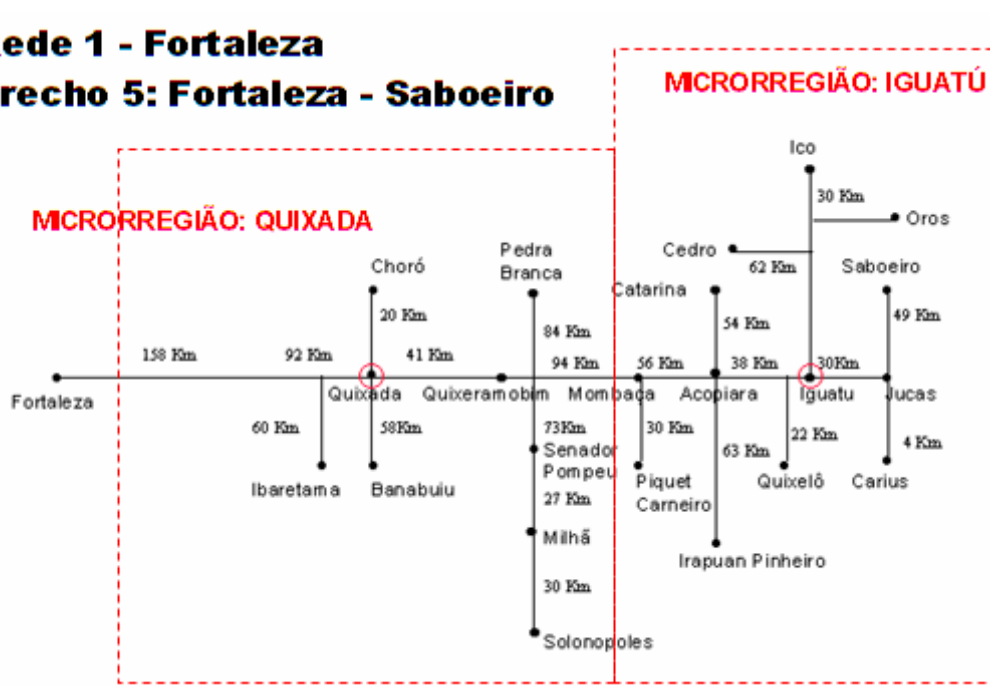


Fig. 3 - Sistema de referência e contra-referência. Ceará, 1997 (SESA, 2002 g).

Os municípios da 8ª MR Quixadá, em sua maioria, foram criados na segunda metade do século XIX. Destaca-se Quixeramobim como o mais antigo, com criação ainda no século XVIII (Tabela 4). Os outros, Banabuiú, Choró e Ibareta, mais recentes, se situam dentre os de menor população. A distância entre estes municípios e Fortaleza varia entre 134,1 e 301,1 km considerando as vias de acesso (Tabela 4). Todos têm clima tropical quente semi-árido, típico da região, a influenciar as condições de saúde e vida da população (O POVO, 2007).

Tabela 4. Municípios da 8ª MR Quixadá segundo o ano de criação, distâncias e vias de acesso à Fortaleza. Ceará, 2007.

MUNICÍPIOS	Ano de criação	Distância (km) até Fortaleza	Via de acesso
BANABUIU	1988	214,3	CE- 060/368
CHORÓ	1992	155,7	CE- 060/456
IBARETAMA	1988	134,1	BR- 116/CE-359
MILHÃ	1895	301,1	CE-060/BR-226
PEDRA BRANCA	1871	261,6	CE-060/BR-226
QUIXADÁ	1870	158,0	CE-060
QUIXERAMOBIM	1766	206,1	CE-060
SENADOR POMPEU	1896	275,1	CE-060/BR-226
OLONÓPOLE	1870	275,1	CE-060/368/153

FONTE: Anuário do Ceará 2007-2008 (O POVO, 2007).

A Tabela 5 traz indicadores de morbi-mortalidade selecionados para o Ceará e a 8ª MR Quixadá. De modo geral os da microrregião se aproximam aos do estado, sendo superiores: a mortalidade infantil (exceto a neonatal), a mortalidade por doenças do aparelho circulatório bem como a mortalidade por homicídios.

Tabela 5. Indicadores selecionados de morbi-mortalidade. Ceará e 8ª MR Quixadá, 2005.

INDICADOR	CEARÁ	8ª MR Quixadá
Taxa de mortalidade infantil	<b>18,3</b>	<b>20,1</b>
Taxa Mortalidade Infantil Neonatal	<b>11,9</b>	<b>11,2</b>
Taxa Mortalidade Infantil Pós-neonatal	<b>6,4</b>	<b>8,9</b>
Nº. Óbitos Maternos	<b>132</b>	<b>2</b>
Taxa Incidência Tuberculose	<b>50,5</b>	<b>23,4</b>
Taxa Incidência Dengue	<b>281,8</b>	<b>210,0</b>
Taxa de mortalidade por doenças hipertensivas	<b>16,1</b>	<b>21,9</b>
Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório	<b>113,2</b>	<b>158,5</b>
Taxa de mortalidade por homicídios	<b>20,7</b>	<b>27,0</b>
Taxa de mortalidade por acidente de trânsito	<b>20,8</b>	<b>20,1</b>

FONTE: SESA/Indicadores de Dados Básicos do Ceará/IDB-CE, 2006.

As atividades econômicas da região envolvem a agricultura, a pesca, o turismo, a bovinocultura e caprinocultura de corte semi-intensivas, além da ovinocultura extensiva. Em 2004, dois municípios se destacaram no ranking do Produto Interno Bruto/PIB do estado: Quixeramobim com a 22ª posição e Quixadá com a 24ª. Os demais se situaram na variação entre a 45ª (Pedra Branca) e a 170ª (Choró) posição. A Tabela 6 apresenta indicadores sociais selecionados da 8ª MR. Todos os municípios estão na faixa de Índice de Desenvolvimento Humano/IDH considerado médio. Uma parte significativa da população vive na zona rural. O acesso aos serviços de água é inferior a 87% dos domicílios urbanos e a 43% dos rurais; assim constituindo um importante problema da região. Em relação aos serviços de esgotos a situação é crítica, com atendimento, apenas na zona urbana, em dois municípios: Quixadá e Quixeramobim. Esses municípios, somados ao de Senador Pompeu, formam o grupo com indicadores mais favoráveis. Conforme será descrito, também são os municípios que concentram os recursos de maior densidade tecnológica no sistema de saúde da região.

Tabela 6. Indicadores sociais selecionados da 8ª MR Quixadá.

MUNICÍPIOS	IDH <sup>1</sup>	Taxa de Urbanização	Ensino <sup>2</sup>	Taxa de Alfabetização	Serviços <sup>3</sup>		Esgoto
					Água Urbano	Água Rural	
BANABUIU	0,629	47,13	Médio	62,6	78,01	-	-
CHORÓ	0,570	23,74	Médio	60,9	74,98	7,78	-
IBARETAMA	0,597	26,80	Médio	61,6	50,70	-	-
MILHÃ	0,632	38,79	Médio	66,9	79,70	8,27	-
PEDRA BRANCA	0,605	42,58	Médio	57,6	84,55	14,58	-
QUIXADÁ	0,673	67,32	Superior	70,8	85,44	22,66	15,60
QUIXERAMOBIM	0,640	51,66	Superior	68,1	86,98	25,35	3,66
SENADOR POMPEU	0,618	57,60	Superior	67,0	82,87	42,49	-
SOLOLÓPOLE	0,641	45,65	Médio	67,9	97,65	7,85	-

FONTE: Anuário do Ceará 2007-2008 (O POVO, 2007).

NOTAS: <sup>1</sup> Índice de Desenvolvimento Humano

<sup>2</sup> Maior nível registrado

<sup>3</sup> Percentual de domicílios com serviços

## 2. A microrregionalização: implantação e resultados na 8ª MR Quixadá

Em 2000, os gestores e assessores da saúde dos municípios da 8ª MR Quixadá passaram a se reunir nas sessões do curso de gestão de sistemas microrregionais, promovido e coordenado pela SESA, com o objetivo de desenhar projetos de organização regional de serviços de saúde. O trabalho resultou em

quatro projetos, desdobrados em subprojetos (Quadro I). A partir de então, foi instituída a CIB Microrregional e estruturada a instância microrregional da SESA, então denominada 8ª Microrregional de Saúde. A equipe de gestão microrregional assumiu a condução destes projetos, formulados com base no marco lógico e, portanto, implicados em atividades, responsáveis e prazos definidos. A execução, a partir de 2001, passou a contemplar a operacionalização da NOAS, particularmente na produção do Plano Diretor de Investimentos/PDI e tendo inclusive, se colocado de uma perspectiva mais abrangente que esta norma na medida em que visavam não apenas a assistência. Vale ressaltar que foram desenhados projetos para organizar os sistemas de serviços nas 21(vinte e uma) microrregiões.

Quadro I. Projetos de Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde da 8ª MR Quixadá, 2000-2001.

<b>PROJETO</b>	<b>SUBPROJETO</b>
DESENVOLVIMENTO DE GERÊNCIA MICRORREGIONAL	-Sistemas Gerenciais -Recursos Humanos -Recursos Materiais -Infra-estrutura física
DESENVOLVIMENTO DOS SISTEMAS DE APOIO MICRORREGIONAL	-Sistema de apoio diagnóstico -Sistema de Assistência Farmacêutica -Mobilização social -Controle Público -Controle e Avaliação -Sistemas logísticos
DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE	-Atenção Primária à Saúde -Saúde Bucal -Atenção Secundária
DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA	-Controle de Endemias -Vigilância Sanitária -Vigilância Epidemiológica -Sistema de Informação

FONTE: SESA/8ª Microrregional Quixadá, 2000/2001.

Os resultados nessa etapa se voltaram mais à estruturação da referida microrregional de saúde e à busca de sistematicidade das reuniões da CIB-Microrregional. Assim, além da formação da equipe de gestão, houve a aquisição dos recursos físicos e equipamentos. Também ocorreu a incorporação de profissionais da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA à microrregional, assumindo a área de controle de endemias e zoonoses.

Com a NOAS, em 2001, foi desenhado o PDR-CE da 8ª MR Quixadá (Figura 4 e Tabela 7). Dentre os nove municípios, 04 (quatro) passaram a assumir as responsabilidades de gestão de módulo assistencial: Quixadá, no 1º nível de referência da média complexidade, com o compromisso de atender sua própria população e receber referências dos municípios de Banabuiú, Choró e Ibaretama; já Quixeramobim e Pedra Branca assumiram suas próprias populações; Senador Pompeu, ademais da sua, se responsabilizou pelas referências de Milhã e Solonópole. Os municípios de Banabuiú, Choró, Ibaretama, Milhã e Solonópole foram categorizados na atenção básica ampliada/PAB – A.

### Módulos Assistenciais e Sistemas de Referência Microrregião de Quixadá

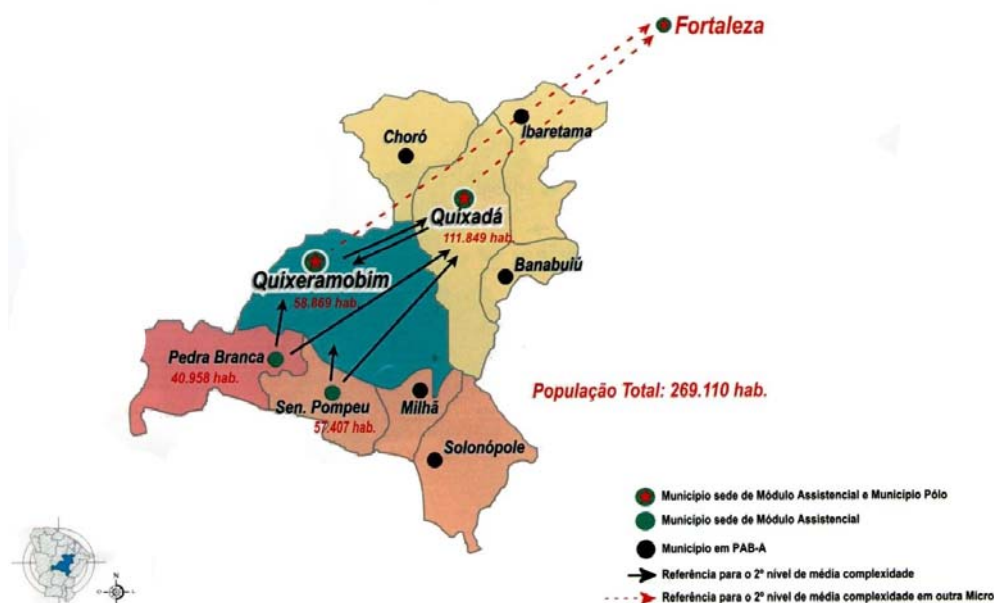


Fig. 4 – PDR-CE/2001: 8ª. MR Quixadá (SESA, 2002a).

Tabela 7. Módulos assistenciais do Plano Diretor de Regionalização do Ceará/PDR – CE, 8ª MR Quixadá, 2001.

Módulos Assistenciais		
Municípios Sede e Pólo	Município Sede	Município Satélite
QUIXADÁ		BANABUIÚ
		CHORÓ
		IBARETAMA
QUIXERAMOBIM	PEDRA BRANCA	
	SENADOR POMPEU	MILHÃ
		SOLONÓPOLE

FONTE: Plano Diretor de Regionalização/PDR - CE, 2001 (SESA, 2002a).

No PDR-CE/2001, ainda foram definidos os municípios de Quixadá e Quixeramobim como pólo microrregional no 2º e 3º níveis da média complexidade. O Quadro II apresenta a rede de unidades de referência para a média complexidade na 8ª. MR Quixadá. Também em relação ao 2º nível, o PDR previu referências para outras microrregiões; neste caso, a de Fortaleza.

Quadro II. Rede de unidades de apoio do sistema de referência, segundo municípios da 8ª MR Quixadá no PDR-CE 2001.

<b>MUNICÍPIO</b>	<b>UNIDADE DE SAÚDE</b>	<b>NÍVEL DE REFERÊNCIA</b>
Quixadá	Hospital Dr. Eudásio Barroso	2º e 3º
	Hospital Maternidade Jesus Maria José	2º e 3º
	Centro de Atenção de Psicossocial – CAPS	2º
	Centro de Saúde de Referência	1º e 2º
	Centro de Reabilitação Fisioterápica	1º
Quixeramobim	Hospital Regional Dr. Pontes Neto	1º e 2º
	Centro de Atenção Psicossocial – CAPS	2º
Senador Pompeu	Hospital e Maternidade Santa Isabel	1º e 2º
	Laboratório Regional de Saúde Pública	1º
	Clínica de Olhos	2º
	Laboratório Antônio Jucá	1º

FONTE: Plano Diretor de Regionalização/PDR - CE, 2001 (SESA, 2002a).

Ressalte-se dentre os resultados da fase de atualização da NOAS, em 2002, a produção do plano de gestão da 8ª. Microrregional (SESA, 2002i) com o suporte no planejamento estratégico. Aqui já se encontravam definidos o organograma e a equipe de gestão, além dos integrantes da CIB-Microrregional. Os projetos produzidos no início do processo (Quadro I), passaram a se constituir em áreas estratégicas de gestão microrregional. Em dezembro de 2002 a equipe produziu o relatório de gestão do período centrado em uma matriz de análise, contemplando os projetos prioritários nas áreas, os resultados alcançados e o impacto nos focos estratégicos da SESA.

Em 2002, todos os municípios da 8ª MR Quixadá dispunham de hospitais, unidades básicas e de apoio diagnóstico e terapêutico. Os serviços de citopatologia e otorrinolaringologia não constavam nos pólos. A hemoterapia e terapia renal estavam concentradas em Quixadá. Havia CAPS nos dois municípios pólo (Tabelas 8 e 9). Os municípios da rede de apoio do sistema de referência possuíam hospitais com o número de leitos variando entre 42 e 130. Nos demais, o número variou entre 16 e 42 leitos sendo, portanto, considerado reduzido (Tabela 10). O redesenho desta

distribuição de serviços mais coerente com as diretrizes de organização dos sistemas microrregionais, com o PDR, pareceu aqui configurar um desafio a ser enfrentado.

Tabela 8. Distribuição de serviços básicos e especializados, segundo municípios, na 8ª MR Quixadá, 2002.

SERVIÇOS	MUNICÍPIOS									Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
P.S.F	05	05	06	07	11	23	30	12	04	<b>103</b>
UPSF	-	-	-	-	01	-	02	-	-	<b>03</b>
Centro de Saúde	02	01	-	-	01	01	01	03	01	<b>11</b>
Centro de Nutrição	-	-	-	-	-	01	-	-	-	<b>01</b>
Ambulatório	-	-	-	-	01	01	01	01	-	<b>04</b>
Clinica de Fisioterapia	01	01	01	01	01	01	01	01	01	<b>09</b>
Clinica de Odontologia	01	01	01	03	02	07	05	03	02	<b>25</b>
Laboratório de Análises Clínicas	01	01	01	02	01	05	04	02	01	<b>18</b>
Hospital	01	01	01	01	01	02	02	01	01	<b>11</b>
HEMOCE	-	-	-	-	-	01	-	-	-	<b>01</b>
CAPS	-	-	-	-	-	01	01	-	-	<b>02</b>
Centro de Doenças Renais	-	-	-	-	-	01	-	-	-	<b>01</b>

Fonte: SESA/8ª Microrregional Quixadá. Serviço Controle e Avaliação. Plano de Gestão 2002.

Legenda:

01 - Banabuiú;                      04 – Milhã;                              07 – Quixeramobim;  
 02 - Choro;                            05 – Pedra Branca;                    08 – Senador Pompeu;  
 03 - Ibaretama;                      06 – Quixadá;                            09 – Solonópole.

Tabela 9. Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, segundo municípios, na 8ª MR Quixadá, 2002.

SERVIÇOS	MUNICÍPIOS									TOTAL
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
Radiagnóstico	-	-	01	-	-	02	03	02	01	10
Ultrassonografia	-	01	-	-	01	01	01	02	01	07
Citopatologia	01	-	-	01	01	-	-	-	-	03
Colposcopia	01	-	-	-	01	01	01	-	-	04
Diagnose em Cardiologia	-	-	01	-	01	02	03	-	-	07
Diagnose em Oftalmologia	-	-	-	-	-	01	02	02	-	05
Diagnose em Otorrinolaringologia	-	-	-	-	-	-	-	02	-	02
Endoscopia	-	-	-	-	-	01	-	-	-	01
Fisioterapia	01	01	01	01	01	03	03	01	01	13

Fonte: SESA/8ª Microrregional Quixadá. Serviço Controle e Avaliação. Plano de Gestão 2002.

Legenda:

01 - Banabuiú;                      04 – Milhã;                              07 – Quixeramobim;  
 02 - Choro;                            05 – Pedra Branca;                    08 – Senador Pompeu;  
 03 - Ibaretama;                      06 – Quixadá;                            09 – Solonópole.

Tabela 10. Rede de Serviços da Atenção Hospitalar, segundo municípios, unidades, leitos, na 8ª MR Quixadá, 2002.

Municípios	Unidades de Saúde	Número de Leitos				TOTAL		Poten. Intern. mês	Apoio		
		A	B	C	D	Atual	CAD		LAB	AT	R X
Banabuiú	Hosp. Sen. Carlos Jereissati - P	06	05	05	00	16	16	102	00	00	01
Choró	Hosp. Pe José B. Filho - P	10	04	02	00	16	16	69	01	00	00
Ibaretama	Hosp. Maternidade Antônio C de Queiroz - P	08	06	06	00	20	16	72	01	00	00
Milhã	Unidade Mista Leopoldo Pinheiro Landim.- P	18	06	02	00	26	26	75	01	00	00
Pedra Branca	Hosp. São Sebastião - P	16	14	09	03	42	42	237	00	00	01
Quixadá	Hospital Mat. Eudásio Barroso - P	42	00	00	00	42	42	157	01	01	01
	Hosp. Maternidade Jesus Ma. José - F	04	66	36	26	132	130	808	01	00	01
Quixeramobim	Hosp. Dr. Pontes Neto - P	39	01	12	14	66	66	354	01	01	01
	Hosp. Infantil Nossa Sra Perpetuo Socorro - F	00	49	00	00	49	49	183	01	00	01
Senador Pompeu	Maternidade Santa Isabel - F	30	10	20	35	95	95	537	01	01	01
Solonópole	Hosp. Mat. M Suely N.-P	25	08	06	00	39	39	526	01	00	01

Fonte: SESA/8ª Microrregional Quixadá. Serviço Controle e Avaliação. Plano de Gestão 2002.

Legenda: A = clínica médica; B = pediatria; C = ginecologia-obstetrícia; D = cirurgias; CAD = cadastrado

AT = Agência Transfusional; RX = serviço de raios-x; P= público; F= filantrópico; LAB= laboratório

Poten.intern. mês = potencial de internação/mês

O plano e o relatório de gestão microrregional referidos, segundo Vilasbôas (2006), ao estudar o planejamento em um sistema local de saúde, configuram uma prática de planejamento estruturada; neste caso, situada no âmbito regional. Também reúne elementos do processo de avaliação formativa (Vieira da Silva, 2005) capaz de se completar, na prática, com a tomada de decisão oportuna no sentido tanto de potencializar resultados quanto de superar obstáculos.

Até 2005, em função da habilitação conforme a NOAS-SUS/01-02, 4(quatro) municípios da 8ª MR Quixadá se encontravam na gestão Plena do Sistema Municipal e os demais em gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (Tabela 11). Em 2006, final do período da análise do presente estudo, a NOAS passou por uma revisão sendo substituída, mediante a Portaria GM/399, pelas diretrizes do Pacto pela Saúde em suas dimensões: pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão. Esse último manteve a regionalização como diretriz a “orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os



gestores” (BRASIL, 2006: 18) com os instrumentos: Plano Diretor de Regionalização/PDR, Plano Diretor de Investimentos/PDI e a Programação Pactuada e Integrada/PPI. A partir de então o PDR/CE-2001 foi atualizado.

Tabela 11. Municípios da 8ªMR Quixadá habilitados segundo o nível de gestão da NOAS /SUS /01-02.

<b>MUNICÍPIOS</b>	<b>NÍVEL DE GESTÃO</b>	<b>PORTARIA</b>
<b>QUIXADÁ</b>	Plena do Sistema Municipal	1272/GM de 11/07/02
<b>QUIXERAMOBIM</b>	Plena do Sistema Municipal	772/GM de 17/04/02
<b>PEDRA BRANCA</b>	Plena do Sistema Municipal	772/GM de 17/04/02
<b>SENADOR POMPEU</b>	Plena do Sistema Municipal	731/GM de 17/07/2003
<b>BANABUIÚ</b>	Plena da Atenção Básica Ampliada	2428/GM de 30/12/02
<b>CHORÓ</b>	Plena da Atenção Básica Ampliada	279/GM de 27/02/04
<b>IBARETAMA</b>	Plena da Atenção Básica Ampliada	660/GM de 30/05/03
<b>MILHÃ</b>	Plena da Atenção Básica Ampliada	1346/GM de 18/07/03
<b>SOLONÓPOLE</b>	Plena da Atenção Básica Ampliada	1346/GM de 18/07/03

FONTE: 8ª Célula Regional de Saúde – Quixadá. Relatório de Gestão 2005.

A Tabela 12, Figura 5 e Quadros III e IV reúnem informações do PDR-CE/2006 relativas à 8ª MR Quixadá. De modo geral, em relação ao PDR 2001 se observam alguns ajustes. Houve a inclusão do município de Ibicuitinga antes participante da 9ªMR Russas. Destaca-se a mudança nos fluxos de referência para os municípios pólo (Quixadá e Quixeramobim) a partir dos antes considerados módulos assistenciais e satélites. Assim todos os municípios são categorizados como adscritos a estes pólos (Tabela 12). Apenas Senador Pompeu se soma aos pólos como município de referência na “MC” (o texto do PDR não explicita, mas, parece óbvio, se tratar da Média Complexidade).

Diferentemente do PDR/2001, a atualização em 2006 previu a referência, a partir dos pólos, para Fortaleza apenas para a AC (também o texto do PDR não explicita, mas aqui se entende como Alta Complexidade). No PDR/2001 consta esse fluxo para o 2º. Nível da média complexidade como se verá na análise das interações apresentada no Capítulo III. Assim, o 2º e 3º níveis de referência da média complexidade tiveram a organização prevista no âmbito da própria microrregião conforme consta na descrição da rede de Unidades de Apoio do Sistema de Referência (Quadro III).

Tabela 12. Plano Diretor de Regionalização do Ceará/PDR – CE, segundo categorias de municípios na 8ª MR Quixadá, 2006.

Municípios Sede e Pólo	Municípios Adscritos
Quixadá	Banabuiú
Quixeramobim	Choró
	Ibaretama
	Ibicuitinga
	Pedra Branca
	Senador Pompeu
	Milhã
	Solonópole

FONTE: Plano Diretor de Regionalização do Ceará/PDR – CE, 8ª MR Quixadá (SESA, 2006b).

### 8ª Microrregião de Saúde de Quixadá - PDR 2006

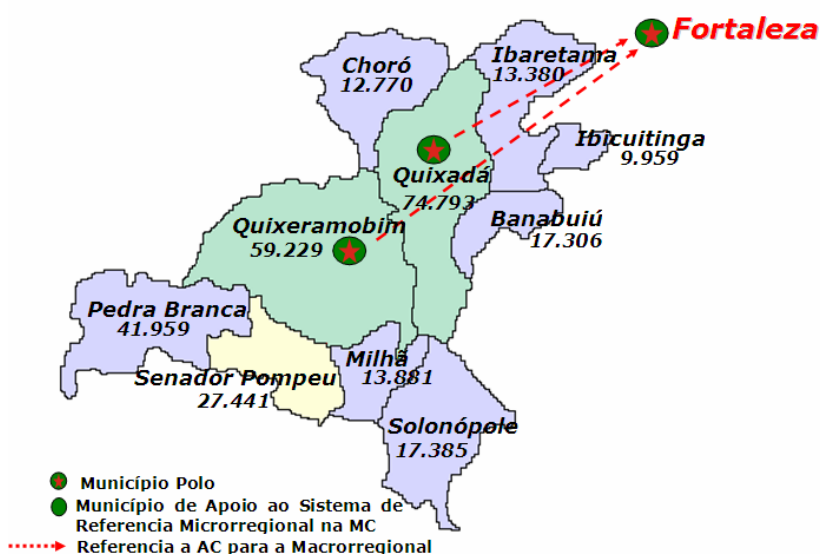


Fig. 5 – PDR-CE/2006: 8ª. MR Quixadá (SESA, 2006b).

FONTE: Plano Diretor de Regionalização do Ceará/PDR – CE, 8ª MR Quixadá (SESA, 2006b).

Quadro III. Rede de unidades de apoio do sistema de referência, segundo municípios da 8ª MR Quixadá, no PDR-CE 2006.

MUNICÍPIO	UNIDADE DE SAÚDE	NÍVEL DE REFERÊNCIA
Quixadá	Hospital Dr. Eudásio Barroso	2º e 3º
	Hospital Maternidade Jesus Maria José	2º e 3º
	Centro de Atenção de Psicossocial – CAPS	2º
	Centro de Saúde de Referência	1º e 2º
	Centro de Reabilitação Fisioterápica	1º
	Hemocentro	2º
	Clínica de Especialidades	2º e 3º
	Centro de Doenças Renais de Quixadá	3º
	Centro de Nutrição de Quixadá	2º
Quixeramobim	Hospital Regional Dr. Pontes Neto	1º e 2º
	Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II	2º
	Centro de Saúde Dr. Joaquim Fernandes	2º
Senador Pompeu	Hospital e Maternidade Santa Isabel	1º e 2º
	Laboratório Regional de Saúde Pública	1º
	Clínica de Olhos Senador	2º
	Centro Multidisciplinar de Saúde	1º

FONTE: Plano Diretor de Regionalização do Ceará/PDR – CE, 8ª MR Quixadá (SESA, 2006b).

Quadro IV. Sistema de referência segundo municípios da 8ª MR Quixadá, no PDR-CE, 2006.

MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA	MUNICÍPIOS QUE ENCAMINHAM	ATENÇÃO
<b>Quixadá</b>	Choró	Clínica médica, clínica cirúrgica, traumatologia, ortopedia, gineco-obstetrícia e pediatria nas áreas ambulatorial e hospitalar. TRS, saúde mental. Consultas, exames e procedimentos especializados em cardiologia, urologia, oftalmologia, radiologia, patologia clínica tomografia, mamografia, UTI adulto e neonatal e Hemoterapia.
	Quixeramobim	
	Ibaretama	
	Pedra Branca	
	Banabuiú	
	Milhã	
	Solonópole	
	Senador Pompeu	
<b>Quixeramobim</b>	Pedra Branca	Clínica médica, clínica cirúrgica e traumatologia, ortopedia nas áreas ambulatorial e hospitalar, saúde mental e saúde do trabalhador.
	Banabuiú	
	Milhã	
	Solonópole	
	Senador Pompeu	
<b>Senador Pompeu</b>	Pedra Branca	Consultas e procedimentos cirúrgicos ambulatoriais em traumatologia, oftalmologia e internações em clínica médica, cirúrgica e obstétrica, odontologia especializada, Prótese Dentária, saúde mental e fonoaudiologia. Apoio em: patologia clínica, radiologia, ultrassonografia.
	Milha	
	Solonópole	

FONTE: Plano Diretor de Regionalização/PDR - CE, 2006 (SESA, 2006b).

Ainda sobre o PDR - CE/2006, com o Quadro IV, observa-se que um mesmo município pode referenciar sua população, na mesma categoria da atenção (clínica médica, consultas e exames especializados etc.), para diferentes municípios pólo ou de apoio do sistema de referência. Esta situação, comum às demais microrregiões, em que pese os critérios da eficiência e os limites financeiros colocados, também poderá ser acompanhada de fragmentação da atenção à saúde e influenciar negativamente a continuidade do cuidado defendida enquanto princípio da humanização no SUS.

Há resultados ainda a destacar sobre a implantação do sistema microrregional de serviços de saúde, no período 1998-2006, na 8ª MR Quixadá. A descrição que se seguirá foi subsidiada por um procedimento da fase de coleta e construção dos dados. Foram tomadas notas de uma exposição da gerente microrregional sobre os resultados alcançados, em cada área estratégica e seus respectivos projetos prioritários, com referência aos dois períodos de sua gestão. Num segundo momento as anotações foram sistematizadas em uma matriz de

análise que contemplou cada atividade nas categorias realizada (R), não realizada (NR) e em andamento (A), bem como os seus limites e potencialidades. A matriz foi validada com a gerente microrregional; foi também articulada aos procedimentos da análise documental. Ademais, foi solicitada à equipe a apresentação de documentos informando, dentre os projetos da microrregião incluídos no Plano Diretor de Investimentos/PDI, quais foram realizados em relação aos previstos; estas informações foram acrescentadas à sistematização. Serão a seguir destacados os resultados/produtos segundo os projetos das áreas estratégicas.

### **2.1 – Área do desenvolvimento da gerência microrregional**

Os resultados das atividades previstas para o projeto “Desenvolvimento dos sistemas gerenciais” foram, de modo geral, comentados no Capítulo I. Dentre as demais realizadas na 8ª MR Quixadá, destacou-se a assinatura do Termo de Compromisso entre a SESA e municípios pólos. Não foram realizadas: a elaboração do plano de Qualidade de Saúde Microrregional; a implantação de Comissão de qualidade microrregional e o sistema de informação gerencial. Esta não realização sendo relatada como resultante da falta de pessoal qualificado.

No projeto “Desenvolvimento de recursos humanos” os produtos incluíram a seleção e contratação de 01 (um) técnico para o sistema de informações em saúde; a definição de política de tempo integral para técnicos da Gerência Microrregional e a implantação da Comissão de formação e educação permanente microrregional.

### **2.2 – Área do desenvolvimento dos sistemas de apoio microrregional**

Dentre as atividades do projeto “Sistema de apoio diagnóstico” constou como executadas: a adequação da área física/equipamentos, a informatização, a alocação e capacitação de pessoal além de suporte financeiro para o laboratório (em Senador Pompeu). Entretanto foram identificadas atividades cruciais, não realizadas, a limitar a economia de escala, assumida como um dos pressupostos da organização da microrregião. Dentre estas: a implantação de unidade de coleta nas Unidades Básicas de Saúde; a capacitação dos profissionais para a coleta descentralizada; a reconversão dos laboratórios locais em postos de coleta.

No projeto “Sistema de assistência farmacêutica” realizou-se atividades de capacitação e participação de profissionais em cursos de especialização. Não se cumpriram: a implantação, em cada município, de laboratório microrregional de fitoterapia e do horto medicinal.

Com o projeto “Mobilização Social” realizou-se a implantação de núcleos de mobilização em 100% dos municípios, com cadastramento dos participantes, mas foi destacada a alta rotatividade destes. No projeto “Controle Público” destacou-se a capacitação de conselheiros com o apoio do Ministério da Saúde e a não realização de 06 (seis) dentre as 08(oito) atividades propostas. Esses resultados colocam em aberto a questão da não priorização destas atividades e também da estratégia no sentido do controle social conforme proposto no SUS.

No projeto “Controle e Avaliação” ocorreram cursos, seminários e a implantação da central de regulação microrregional; aqui foram apontados os limites em relação à alta rotatividade dos técnicos e a indefinição de mecanismos de referência e contra-referência.

O projeto “Sistemas Logísticos” não teve atividades priorizadas, fato que se coloca como desfavorável ao processo de microrregionalização, pois, sem o transporte sanitário, a manutenção de equipamentos biomédicos e o transporte de amostra em patologia clínica ficam comprometidos os ganhos em eficiência antecipados com os sistemas microrregionais.

### **2.3 – Área do desenvolvimento do sistema de saúde pública**

A área do desenvolvimento do sistema de saúde pública integrou os projetos do controle de endemias, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e sistema de informação. Dentre as atividades realizadas predominaram os cursos, capacitações, oficinas e seminários. Uma relevante e não realizada envolveu a questão da coleta sistemática e de destino adequado de resíduos em 100% dos municípios.

## 2.4 – Área do desenvolvimento do sistema de atenção à saúde

Na área do desenvolvimento do sistema de atenção à saúde observou-se a existência de projetos ocorrendo, simultaneamente, sob a governabilidade de cada um dos três níveis de gestão; de modo destacado aqueles voltados à estruturação dos serviços de saúde. No âmbito da gestão estadual, o projeto da área contemplou a atenção primária, a saúde bucal e a atenção secundária. Das atividades previstas, na atenção primária e saúde bucal, parte constou como em andamento (implantação de prontuário e de programa de qualidade) e parte como realizadas (capacitações, cursos). Na atenção secundária destacou-se a implantação da atenção ambulatorial especializada e a não elaboração do plano diretor dos hospitais pólo. Sobressaíram as seguintes implantações: do CEMEAR (Saúde Reprodutiva) em Pedra Branca, Quixadá e Quixeramobim; de Centros Especializados em Odontologia (Banabuiú, Senador Pompeu, Solonópole, Quixeramobim); do CAPS de Quixeramobim; da reforma e ampliação do CAPS de Quixadá. Deste modo, configurando investimentos realizados na estrutura dos serviços de saúde e, portanto, favorecendo a microrregionalização.

Estes resultados demonstram de um lado, o esforço dos gestores em consolidar a microrregionalização dos serviços de saúde e, de outro, fragilidades no processo a serem superadas. Há ainda que destacar o monitoramento dos convênios entre a SESA e os hospitais participantes do programa "Saúde mais perto de você" com potencial de contribuir com a solução dos problemas mais frequentemente identificados, dentre eles, a rotatividade dos profissionais e a suspensão temporária dos recursos financeiros. Esses se colocam como indesejáveis à organização dos sistemas microrregionais, podendo influenciar os resultados/produtos, a exemplo das internações, a serem analisadas a seguir, tanto em relação à 8ª MR Quixadá, quanto em relação às demais microrregiões e o estado.

## CAPITULO III

### **A microrregionalização no SUS-Ceará (1998 a 2006): utilização de internações hospitalares como indicador de acessibilidade**

Ao ser tratada enquanto intervenção, no período 1998 a 2006, a microrregionalização dos serviços de saúde no Ceará se situou em um contexto de marcada complexidade face aos determinantes sociais, políticos e econômicos. É curto o tempo para avaliar o espectro das variações contextuais, com os municípios aderindo, simultaneamente ou não, às diversas estratégias propostas. É, pois, um processo de cursos variáveis, nas distintas realidades das microrregiões. Assim, nos marcos desse estudo, os resultados da intervenção foram trabalhados não ainda em termos de impacto (*outcomes*) sobre a situação de saúde-doença da população, mas na dimensão da avaliação normativa dos serviços produzidos (*outputs*); não sem articulá-los a aspectos intervenientes do contexto e da estrutura/recursos, passíveis de abordagem com apoio na periodização e na análise documental.

A opção pelo exame das internações hospitalares/SUS mostrou-se útil, como veremos, pelas várias possibilidades de construir informações a partir do banco de dados produzido. Também se buscou ampliar os enfoques, geralmente adotados sobre o acesso ao SUS, que apresentam as internações, como parte dos indicadores de cobertura dos serviços, enquanto cobertura potencial, submetida a limites financeiros vinculados a parâmetros de programação, por sua vez baseados em série histórica e capacidade instalada, sem um questionamento sobre os mesmos. Antes, considerou-se abordar os fluxos das internações, tendo como matriz normativa o Plano Diretor de Regionalização/PDR, vigente no período, dado que o SIH/SUS contempla a residência do usuário ou a origem da internação, bem como o local de ocorrência. Ainda que sob os limites financeiros e de programação, a análise assim conduzida permitiu explorar variações e tendências nas microrregiões.

Ao se trabalhar com as internações pagas, a análise da cobertura passou a expressar a utilização dos serviços do SUS isto é, a cobertura real (ROSSI et al, 2004; VIEIRA-DA-SILVA, 2005). Essa categoria operacional decorreu da proposta

inicial de Donabedian, citada em Cunha (2007: 17), que em relação ao acesso em serviços de saúde, se voltou à acessibilidade, isto é, às características destes, a exemplo da organização da oferta e da situação geográfica, que podem facilitar ou dificultar a sua utilização pelos usuários. Assim, se buscou abordar a microrregionalização na perspectiva da acessibilidade no SUS, mediante o exame da utilização dos serviços de internações hospitalares, de modo articulado à apreciação da estrutura da assistência.

### 1. A estrutura da assistência hospitalar no SUS-Ceará

As internações no SUS-Ceará, no período 1998-2006, ocorreram em hospitais que, distribuídos nas microrregiões, no ano 2000, totalizavam 285 (duzentas e oitenta e cinco) unidades. Em 2005 houve uma redução nesse número da ordem de 27,7% (Tabela 13). Entretanto, esta redução não alterou uma característica da estrutura assistencial do estado, qual seja a dispersão das unidades hospitalares.

Tabela 13. Número de hospitais/SUS-Ceará, segundo microrregiões. Ceará, 2000; 2003 e 2005.

MICRORREGIÃO	Número de hospitais/SUS		
	2000	2003	2005
1a.MR Fortaleza	63	71	47
2a.MR Caucaia	12	12	09
3a.MR Maracanaú	12	12	10
4a.MR Baturité	08	08	07
5a.MR Canindé	05	05	04
6a.MR Itapipoca	06	05	04
7a. MR Aracati	06	06	02
8a.MR Quixadá	12	11	08
9a.MR Russas	06	06	04
10a.MR Limoeiro do Norte	12	13	10
11a.MR Sobral	27	26	18
12a.MR Acaraú	09	06	04
13a.MR Tianguá	15	10	07
14a.MR Tauá	06	05	05
15a MR Crateús	15	13	09
16a MR Camocim	05	04	07
17a.MR Icó	09	10	08
18a MR Iguatu	13	13	09
19a.MR Brejo Santo	11	10	08
20a MR Crato	22	22	14
21a.MR Juazeiro do Norte	11	11	12
<b>TOTAL</b>	<b>285</b>	<b>279</b>	<b>206</b>

FONTE:

De 2000: SESA (2001). De 2003 e 2005: IDB/CE Indicadores de dados básicos do Ceará (2004; 2005).



No período de 1998 a 2006 observou-se, dentre os 184 (cento e oitenta e quatro) municípios do Ceará, a ocorrência de apenas 16 (dezesesseis), nos quais residiam 2,3% da população, que não realizaram internações (Tabela 14). Esta seria uma das expressões da dispersão dos hospitais em todo o estado. Ainda com a Tabela 13 verificou-se que as microrregiões de Fortaleza, Sobral e Crato se destacaram com o maior número de hospitais.

Tabela 14. Municípios do Ceará sem registro de internações, no período 1998 a 2006, segundo macro e microrregiões de saúde e população.

MACRORREGIÃO	MICRORREGIÃO	MUNICÍPIOS		
		No.	Discriminação	População
CARIRI	BREJO SANTO	02	Abaicara	8.752
			Penaforte.	7.447
	JUAZEIRO DO NORTE	01	Granjeiro	5.703
FORTALEZA	CANINDÉ	01	Itatira	16.789
	ITAPIPOCA	01	Miraíma	12.426
	MARACANAÚ	01	Acarape	14.949
	RUSSAS	01	Ibicuitinga	10.054
SOBRAL	ACARAÚ	01	Jijoca de Jericoacoara	16.659
	CAMOCIM	01	Barroquinha	14.654
	CRATEÚS	01	Quiterianópolis	19.569
	SOBRAL	06	Alcântaras	10.244
			Forquilha	19.146
			Graça	15.144
			Pacujá	6.131
		Pires Ferreira	8.722	
		Senador Sá	5.923	
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>		<b>16</b>	<b>192.312</b>

FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)  
IBGE: População Residente - Estimativa para o TCU – Ceará, 2006.

Além da dispersão, observou-se o predomínio de hospitais com reduzido número de leitos, ao ser examinada a categorização do porte hospitalar, adotada pela SESA, com base em informações do SIH/SUS (SESA, 2001: 174). Na categoria 30 (trinta) leitos ou menos se situaram 49,8% dos hospitais. Esse percentual se elevou para 68,4% quando considerada a participação daqueles com 50 (cinquenta) leitos ou menos (Tabela 15). Este número significativo de hospitais com poucos leitos também pareceu se relacionar ao porte populacional dos municípios. Em 2006, 49% (quarenta e nove por cento) dos municípios cearenses, se situaram dentre aqueles com até 20.000 (vinte mil) habitantes. Abaixo de 100 (cem) mil habitantes estavam 96% (noventa e seis por cento) dos municípios, representando 55%

(cinquenta e cinco por cento) da população do estado (Tabela 16). Assim, a dispersão de unidades com baixo número de leitos também estaria relacionada ao quantitativo de municípios com até 20 (vinte) mil habitantes e, em cada um destes, a decisão política dos gestores locais em assumir seu próprio hospital, desconsiderando, por exemplo, os parâmetros referidos à necessidade de leitos.

Tabela 15. Distribuição dos hospitais/SUS nas microrregiões segundo o porte (número de leitos). Ceará, 2000.

Microrregião	HOSPITAIS/PORTE						Total
	2 a 15 leitos	16 a 30 leitos	31 a 50 leitos	51 a 100 leitos	101 a 200 leitos	201 a 415 leitos	
1ª MR Fortaleza	08	08	09	18	09	11	63
2ª MR Caucaia	03	04	03	01	01	-	12
3ª MR Maracanaú	02	03	01	04	02	-	12
4ª MR Baturité	01	03	02	02	-	-	08
5ª MR Canindé	-	03	-	01	01	-	05
6ª MR Itapipoca	02	01	02	01	-	-	06
7ª MR Aracati	03	02	-	01	-	-	06
8ª MR Quixadá	04	01	04	03	-	-	12
9ª MR Russas	-	03	-	03	-	-	06
10ª MR Limoeiro do Norte	03	05	03	01	-	-	12
11ª MR Sobral	09	07	08	01	01	01	27
12ª MR Acaraú	01	07	-	01	-	-	09
13ª MR Tianguá	01	09	05	-	-	-	15
14ª MR Tauá	03	02	01	-	-	-	06
15ª MR Crateús	01	07	06	-	01	-	15
16ª MR Camocim	-	03	01	01	-	-	05
17ª MR Icó	-	05	03	01	-	-	09
18ª MR Iguatu	03	03	02	05	-	-	13
19ª MR Brejo Santo	01	06	-	04	-	-	11
20ª MR Crato	04	09	02	04	03	-	22
21ª MR Juazeiro do Norte	-	02	01	06	02	-	11
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>93</b>	<b>53</b>	<b>58</b>	<b>20</b>	<b>12</b>	<b>285</b>

FONTE: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, (SESA, 2001).

Tabela 16. Distribuição percentual dos municípios e população do Ceará segundo categorias de porte populacional. Ceará, 2006.

CATEGORIA	MUNICÍPIOS			POPULAÇÃO		
	Nº.	%	% Acumulado	Nº.	%	% Acumulado
Até 20 mil hab.	91	49	49	1.175.339	14	14
21 a 50 mil hab.	63	34	84	1.985.322	24	38
51 a 100 mil hab.	22	12	96	1.390.668	17	55
101 a 250 mil hab.	6	3	99	935.252	11	67
Mais de 250 mil hab.	2	1	100	2.730.504	33	100
<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>		<b>8.217.085</b>	<b>100</b>	

FONTE: IBGE: População Residente - Estimativa para o TCU - Ceará, 2006.

As Tabelas 17 e 18 apresentam respectivamente, o número total de leitos hospitalares/SUS e o número de leitos por habitantes\* no Ceará, região nordeste e Brasil. Observou-se uma redução desse indicador no Ceará, no período 1998 a 2005, acompanhando a tendência do Nordeste e Brasil. Mesmo com essa redução, o Ceará ainda manteve um número de leitos superior à necessidade quando se considerou os resultados do estudo de 1997 (SESA, 1998a) que subsidiou a decisão da SESA na definição das microrregiões de saúde. O estudo apontou baixas taxas de ocupação nos hospitais com potencial para se tornarem unidades de atenção secundária. Tomando como referencia uma taxa de 80% (oitenta por cento) e a aplicação de parâmetros (percentual relativo de procedimentos mais freqüentes aplicado à distribuição do teto de internações, nos níveis de atenção e, nesses, também o número de pacientes/dia e média de permanência) foi identificada, com estes dados de 1997, uma necessidade de 9.380 (nove mil trezentos e oitenta) leitos, portanto bastante inferior aos registros do período 1998 a 2005 (Tabela 19).

Tabela 17. Número de leitos hospitalares/SUS. Ceará, 1998 -2005.

<b>ANO</b>	<b>Nº Leitos/SUS - Ceará</b>
1998	16.928
1999	16.910
2000	17.044
2001	17.045
2002	16.794
2003	17.286
2005	15.888

FONTE: Ministério da Saúde/SAS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)  
Ministério da Saúde/SAS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

**NOTAS:**

- Dados de 1993 até 2003: provenientes do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Número de leitos calculados a partir da média anual de leitos existentes em unidades que atendem ao SUS em cada mês e município.

-Em 2002, o Ministério da Saúde excluiu do cadastro de hospitais do SIH/SUS aqueles hospitais que não apresentavam AIH há um determinado período de tempo, o que fez, aparentemente, diminuir o número de leitos disponíveis.

-As informações de 2003 refletem a situação de janeiro a julho, pois o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), implantado em agosto de 2003, utiliza critérios diferentes de classificação e cadastramento, provocando uma quebra na série histórica. Não há dados para 2004 em função da implantação do sistema CNES e mudanças nas classificações de leitos.

-Dados de 2005: provenientes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Número de leitos passa a ser calculado a partir do número de leitos disponíveis/conveniados ao SUS. Situação do cadastro em dezembro de 2005. Os hospitais universitários não são mais classificados nesta categoria, estando categorizados como públicos ou privados (BRASIL.).

\* Número de leitos hospitalares conveniados ou contratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por mil habitantes residentes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Tabela 18. Número de leitos hospitalares/SUS por habitante. Ceará, Nordeste e Brasil, 1998-2005.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2005
Brasil	3,05	3,02	2,88	2,84	2,65	2,48	2,03
Região Nordeste	2,83	2,81	2,75	2,73	2,59	2,55	2,19
Ceará	2,41	2,38	2,29	2,26	2,19	2,23	1,96

Fonte:

Ministério da Saúde/SAS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Ministério da Saúde/SAS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Tabela 19. Necessidade de leitos no Ceará, nos níveis de atenção, segundo parâmetros/SESA de distribuição das internações. Ceará, 1997.

NÍVEL DA ATENÇÃO	PARÂMETROS			Pacientes/dia	NECESSIDADE/leitos
	INTERNAÇÃO No.	%	Média de permanência		
TERCIÁRIA	27.391	5	9	246.522	844
SECUNDÁRIA	164.348	30	5	821.739	2.814
PRIMÁRIA	356.087	65	4,7	1.670.869	5.722
<b>TOTAL/CEARÁ</b>	<b>547.826</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>2.739.130</b>	<b>9.380</b>

FONTE: SESA (1998a).

Parece haver um distanciamento entre a vontade política/ação de cada município em disponibilizar um hospital para a população, em seu próprio território e, a racionalidade técnica pautada na economia de escala e eficiência. Essas constam dos argumentos colocados para a microrregionalização no Ceará com base, dentre outros, na experiência internacional de redução do número de hospitais e de internações (MENDES, 2001b). A manutenção dos hospitais no Ceará com reduzido número de leitos, dispersos nos pequenos municípios, como de resto no Brasil, foi fortalecida, em 2004, com a política dos hospitais de pequeno porte/HPP, implantada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). Dentre os 91 (noventa e um) hospitais com menos de 30 (trinta) leitos existentes no Ceará, em 2006, um total de 64 (sessenta e quatro) aderiu à HPP (SESA, 2006c: 31), passando a receber recursos federais. Quais fatores e como intermedeiam a decisão política dos gestores em manter estes hospitais, para além da racionalidade técnica, é uma questão que se coloca com o presente estudo.

A partir de 2001, em cada microrregião, foram identificados dentre os hospitais do Ceará, aqueles que passaram a compor a rede de apoio do Sistema de Referência, sendo 114 (cento e quatorze) no PDR/2001 e 92 (noventa e dois) no PDR/2006 (Tabela 20). As microrregiões com municípios pólos macrorregionais contavam com a maior parte dos hospitais de referência. A gestão 2003-2006 investiu nesta rede mediante o programa “Saúde mais perto de você”. Foram firmados convênios com 30 (trinta) hospitais (Tabela 21) totalizando R\$ 116.844.500 (cento e dezesseis milhões). Os recursos foram utilizados em custeio, incluindo a interiorização de profissionais médicos nas especialidades de gineco-obstetrícia, cirurgia geral, anestesiologia, pediatria, traumatologia e neonatologia. Ademais, registraram-se reformas em 14 (quatorze) unidades (SESA, 2006c: 29-30).

Tabela 20. Distribuição dos Hospitais da Rede de Apoio do Sistema de Referência segundo microrregiões. Ceará, 2001; 2006.

	<b>2001</b>	<b>2006</b>
1ª MR Fortaleza	27	24
2ª MR Caucaia	05	05
3ª MR Maracanaú	08	05
4ª MR Baturité	03	02
5ª MR Canindé	02	01
6ª MR Itapipoca	01	02
7ª MR Aracati	02	02
8ª MR Quixadá	04	04
9ª MR Russas	04	02
10ª MR Limoeiro do Norte	05	04
11ª MR Sobral	11	07
12ª MR Acaraú	03	02
13ª MR Tianguá	03	02
14ª MR Tauá	01	01
15ª MR Crateús	02	02
16ª MR Camocim	02	02
17ª MR Icó	04	03
18ª MR Iguatu	05	02
19ª MR Brejo Santo	04	04
20ª MR Crato	11	06
21ª MR Juazeiro do Norte	07	07
22ª MR Cascavel	-	03
	<b>114</b>	<b>92</b>

Fonte: PDR 2001 (SESA, 2002a); PDR 2006 (SESA, 2006c).

Tabela 21. Distribuição dos hospitais-pólo segundo microrregiões e municípios. Ceará, 2006.

Microrregião	Município	Hospital
1 <sup>a</sup> .MR Fortaleza	Cascavel Fortaleza Fortaleza	Hospital Nossa Senhora das Graças IJF – Centro SAMEAC – Maternidade Escola Assis Chateaubriand
2 <sup>a</sup> .MR Caucaia	Caucaia Caucaia	Maternidade Dr. Paulo Sarasate Hospital Municipal Abelardo Gadelha da Rocha
3 <sup>a</sup> .MR Maracanaú	Maranguape	Hospital Municipal Dr. Argeu Braga
4 <sup>a</sup> .MR Baturité	Baturité Aracoiaba	Hospital José Pinto do Carmo Hospital Santa Isabel
5 <sup>a</sup> .MR Canindé	Canindé	Hospital São Francisco Canindé
6 <sup>a</sup> .MR Itapipoca	Itapipoca	Hospital São Vicente de Paula
7 <sup>a</sup> .MR Aracati	Aracati Aracati	Hospital Municipal de Aracati Hospital Santa Luiza de Marilac
8 <sup>a</sup> .MR Quixadá	Quixadá Quixadá	Hospital Eudásio Barroso Hospital e Maternidade Jesus Maria José
9 <sup>a</sup> .MR Russas	Quixeramobim Russas	Hospital Regional Dr. Pontes Neto Hospital e Casa de Saúde de Russas
10 <sup>a</sup> .MR Limoeiro do Norte	Limoeiro do Norte Limoeiro do Norte	Hospital Municipal Dr. Deoclécio Limaverde Hospital São Raimundo
11 <sup>a</sup> .MR Sobral	Sobral Ipú	Santa Casa Sociedade de Proteção à Maternidade e Infância de Ipú
12 <sup>a</sup> .MR Acaraú	Acaraú	Unidade Mista Maria Muniz
13 <sup>a</sup> .MR Tianguá	Tianguá	Hospital Madalena Nunes
14 <sup>a</sup> .MR Tauá	Tauá	Hospital e Maternidade Dr. Alberto Feitosa Lima
15 <sup>a</sup> .MR Crateús	Crateús	Hospital São Lucas
16 <sup>a</sup> .MR Camocim	Camocim	Hospital Murilo Aguiar
17 <sup>a</sup> .MR Icó	Icó	Hospital Regional de Icó Dep. Oriel Guimarães Nunes
18 <sup>a</sup> .MR Iguatu	Iguatu	Hospital Regional de Iguatu
20 <sup>a</sup> .MR Crato	Crato	Hospital São Francisco
21 <sup>a</sup> .MR Juazeiro do Norte	Juazeiro do Norte Barbalha	Hospital São Lucas Hospital São Vicente

Fonte: SESA – CODAS – Atenção Secundária e Terciária (SESA, 2006c).

Até 2006, ainda não se encontrava disponível uma pesquisa enfocando o “Saúde mais perto de você”, assim indicando a necessidade de uma avaliação *post-facto*. Nos resultados apresentados como favoráveis à microrregionalização, chamou a atenção se afirmar que “em Fortaleza, por exemplo, apenas (grifo nosso) 23,2% das internações são de pacientes do interior” (SESA, 2006c: 30). Aqui se colocou uma oportunidade de análise ampliada deste percentual de transferências para Fortaleza, situando-o na perspectiva da organização da atenção secundária nas microrregiões, com a dimensão evolutiva das internações no Ceará.

## 2. A evolução das internações no Ceará de 1998 a 2006

No período de 1998 a 2006, a internação no SUS/Ceará superou o total de 500.000/ano (quinhentas mil/ano). A Tabela 22 apresenta a evolução dessas internações com os respectivos valores relativos em termos de internações por 100 habitantes/ano\*. Nas variações do período ocorreram reduções sucessivas no número de internações por habitante, a partir de 2000, exceto em 2005, quando houve um aumento da ordem de 1,51 pontos percentual. As maiores reduções ocorreram em 2001 e 2006, superando a casa dos 6 % (seis por cento).

Tabela 22. Internações hospitalares/SUS. Ceará, 1998 -2006.

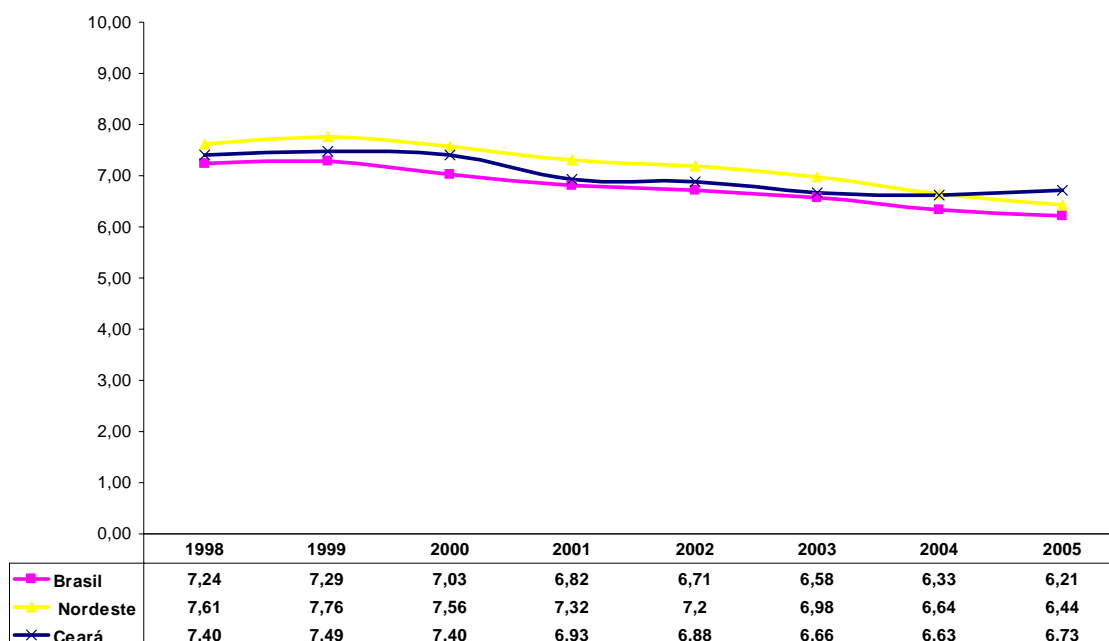
ANO	INTERNAÇÕES		
	No.	Habitante/ano	Varição (%)
1998	518.898	7,40	-
1999	531.986	7,49	1,22
2000	532.732	7,40	-1,20
2001	523.349	6,93	-6,35
2002	526.325	6,88	-0,72
2003	516.508	6,66	-3,20
2004	528.718	6,63	-0,45
2005	544.614	6,73	1,51
2006	516.298	6,28	-6,69

FONTES: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); IBGE: População Residente – Estimativa para o TCU – Ceará, 1998-2006.

Quando a situação do Ceará foi contextualizada no país, de 1998 a 2005, observou-se o número relativo de internações hospitalares um pouco maior que o do Brasil. A curva do Nordeste superou a do Ceará até 2004; a situação se invertendo em 2005, ainda que os valores tenham se mantido próximos durante o período (Figura 6). Mesmo com o aumento em 2005, a tendência resultante no Ceará foi de queda das internações acompanhando a do país como um todo. A redução se manteve em 2006 conforme se verifica na Figura 6a.

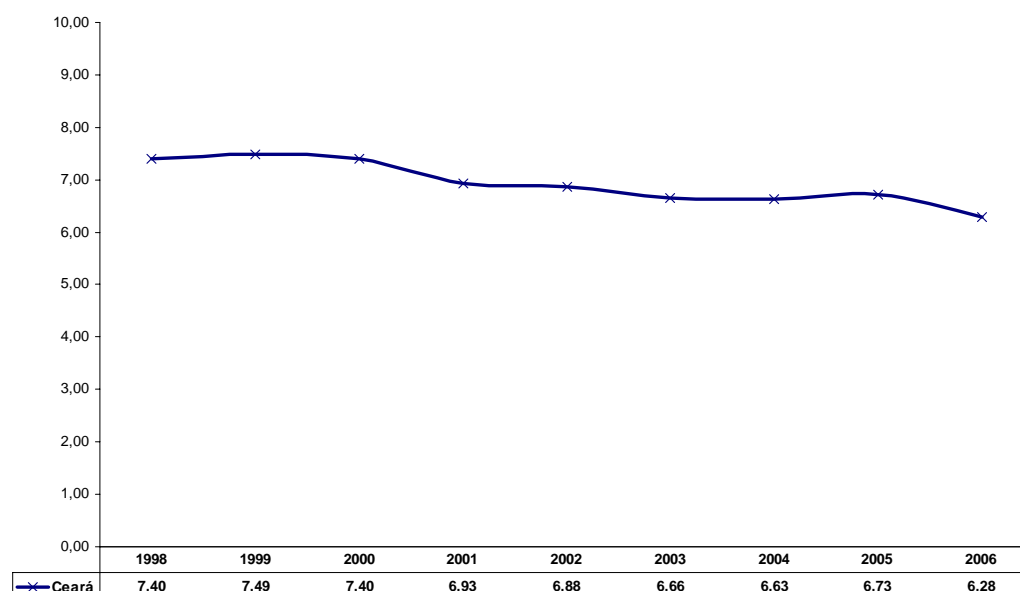
\* Este indicador refere-se ao número total de internações hospitalares de residentes, pagas pelo SUS, sobre o total da população residente multiplicado por 100.

Fig. 6. Número de internações hospitalares/SUS por habitante. Brasil, Nordeste e Ceará, 1998 -2005.



FONTES: Tabela 22 e Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS.

Fig. 6a. Médias móveis de ordem três do número de internações hospitalares/SUS por habitante. Ceará, 1998-2006.



FONTES: Tabela 22 e Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS.

Em relação às especialidades houve predominância das internações por clínica médica no Ceará em todos os anos, exceto 1998 e 1999, nos quais a obstetrícia foi um pouco superior (Tabela 23). Este quadro se manteve no período, mesmo com a diminuição da participação das internações por clínica médica e



obstetrícia, concomitante ao aumento das internações na clínica cirúrgica; caracterizando uma situação também aproximada à do restante do país.

Tabela 23. Proporção (%) de internações hospitalares/SUS por especialidade. Ceará, 1998 a 2005.

<b>Especialidade</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
<b>Clínica Médica</b>	31,26	30,14	29,37	30,14	29,54	28,86	29,12	28,41
<b>Cirurgia</b>	18,22	19,52	21,75	21,03	22,95	24,61	25,61	25,63
<b>Obstetrícia</b>	31,93	30,71	29,31	28,44	28,26	27,02	26,27	26,29
<b>Pediatria</b>	16,31	17,29	17,31	18,02	16,71	16,39	16,23	16,36
<b>Psiquiatria</b>	1,95	1,88	1,88	1,98	1,93	2,3	1,91	2,48
<b>Psiquiatria - dia</b>	0,24	0,22	0,2	0,2	0,23	0,27	0,31	0,29
<b>Outras</b>	0,09	0,24	0,18	0,2	0,38	0,55	0,55	0,54
<b>Total</b>	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

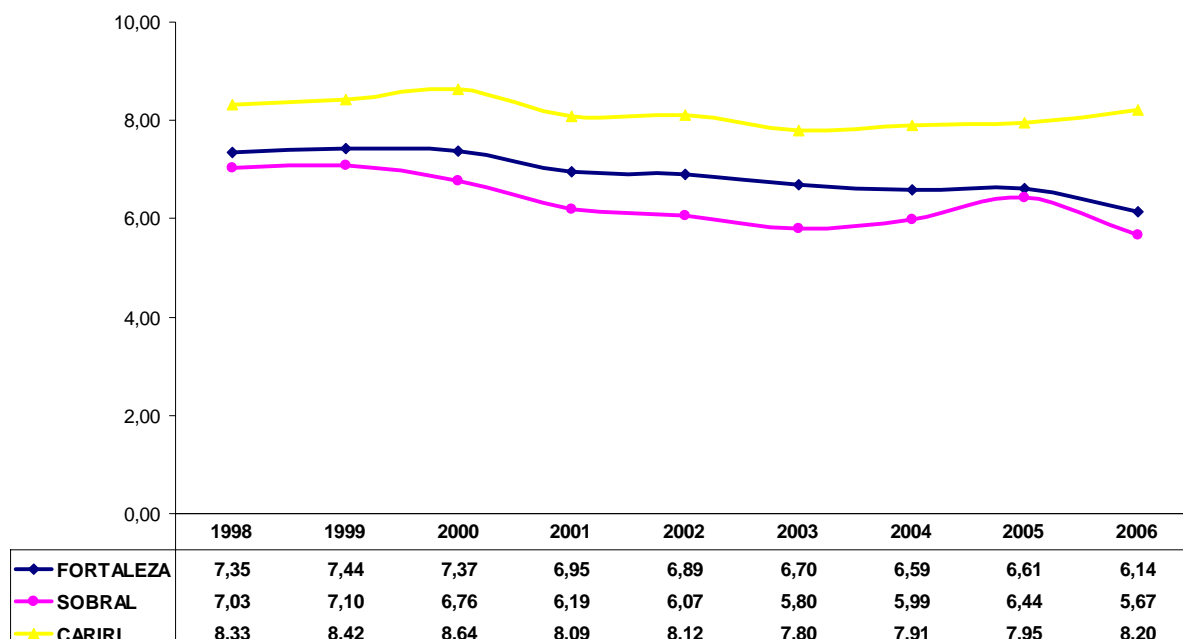
Na análise das internações com referência às diretrizes de organização do SUS-Ce, serão inicialmente destacados os aspectos de uma dimensão mais ampliada, isto é, a que agrega as microrregiões em três macrorregiões: Cariri, Fortaleza e Sobral. Nestas, observou-se o predomínio de Fortaleza em relação à frequência absoluta (Tabela 24), mas em termos relativos, com a construção do indicador do número de internações por habitante, conforme a Figura 7, a macro do Cariri foi a que apresentou valores mais altos, em todo o período, sendo seguida de Fortaleza e Sobral. Ainda em termos absolutos, enquanto na macrorregião Cariri se observou aumento das internações, a tendência nas outras foi de redução, mais acentuada em Sobral.

Tabela 24. Internações hospitalares de residentes pagas pelo SUS segundo Macrorregiões de Fortaleza, Sobral e Cariri. Ceará, 1998 – 2006.

<b>ANO</b>	<b>MACRORREGIÃO</b>			<b>TOTAL/CEARÁ</b>
	<b>FORTALEZA</b>	<b>SOBRAL</b>	<b>CARIRI</b>	
<b>1998</b>	360286	93.129	65.483	518.898
<b>1999</b>	370292	94.836	66.858	531.986
<b>2000</b>	372268	91.096	69.368	532.732
<b>2001</b>	366683	87.786	68.880	523.349
<b>2002</b>	369394	86.952	69.979	526.325
<b>2003</b>	364480	84.010	68.018	516.508
<b>2004</b>	369231	88.747	70.740	528.718
<b>2005</b>	376051	96.469	72.094	544.614
<b>2006</b>	355014	85.964	75.320	516.298

Fonte: Ministério da Saúde/SE/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Fig.7. Número de internações hospitalares/SUS por habitante segundo as Macrorregiões de Fortaleza, Sobral e Cariri. Ceará, 1998 – 2006.



FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Em outra abordagem da evolução da internação hospitalar/SUS no Ceará, considerou-se o fluxo entre as três macrorregiões (Tabelas 25, 26 e 27). As internações ocorridas em cada uma, dentre os seus próprios residentes, predominaram de modo inequívoco sobre as caracterizadas como transferências de residentes para outros locais. Fortaleza foi a que mais internou residentes de outras macrorregiões.

Ainda com as Tabelas 25, 26 e 27 verificou-se a ocorrência de internações de outros estados em todas as macrorregiões; a do Cariri respondendo pelo maior número destas, sendo seguida por Fortaleza e depois a de Sobral com os menores registros. Na macrorregião Cariri ocorrerem mais as internações de residentes em Pernambuco; em Fortaleza, os do Rio Grande do Norte e, em Sobral, os residentes no Piauí (Tabela 28). Também se observou internações nas três macrorregiões com residência indefinida, sendo o maior número na macrorregião Fortaleza seguido de Sobral e Cariri. Ademais, destacou-se neste conjunto de informações, a distribuição das internações com residência indefinida, em maior número, nos extremos do período, isto é, nos anos 1998 e 2006. Não sendo possível, com as informações disponíveis, esclarecer essa ocorrência.

Tabela 25. Distribuição das internações/SUS na macrorregião Cariri segundo a residência do usuário. Ceará, 1998 -2006.

ANO	RESIDÊNCIA				TOTAL
	MACRORREGIÃO CARIRI	OUTRAS MACRORREGIÕES	OUTROS ESTADOS	INDEFINIDA	
1998	61.652	915	2.691	225	65.483
1999	63.710	745	2.403	00	66.858
2000	66.134	801	2.433	00	69.368
2001	66.184	823	1.873	00	68.880
2002	67.884	879	1.216	00	69.979
2003	65.596	1.018	1.404	00	68.018
2004	68.078	1.138	1.524	00	70.740
2005	69.648	972	1.474	00	72.094
2006	72.028	1.351	1.804	137	75.320

FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Tabela 26. Distribuição das internações/SUS na macrorregião Fortaleza segundo a residência do usuário. Ceará, 1998 -2006.

ANO	RESIDÊNCIA				TOTAL
	MACRORREGIÃO FORTALEZA	OUTRAS MACRORREGIÕES	OUTROS ESTADOS	INDEFINIDA	
1998	350.351	4.149	1.133	4.653	360.286
1999	365.519	4.194	579	00	370.292
2000	366.609	4.897	762	00	372.268
2001	361.210	4.933	540	00	366.683
2002	363.993	4.896	505	00	369.394
2003	358.181	5.792	507	00	364.480
2004	363.597	5.033	601	00	369.231
2005	370.507	4.899	645	00	376.051
2006	348.629	4.853	475	1.057	355.014

FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Tabela 27. Distribuição das internações/SUS na macrorregião Sobral segundo a residência do usuário. Ceará, 1998 -2006.

ANO	RESIDÊNCIA				TOTAL
	MACRORREGIÃO SOBRAL	OUTRAS MACRORREGIÕES	OUTROS ESTADOS	INDEFINIDA	
1998	92.059	342	100	628	93.129
1999	94.459	305	72	00	94.836
2000	90.861	191	44	00	91.096
2001	87.552	195	39	00	87.786
2002	86.692	182	78	00	86.952
2003	83.803	150	57	00	84.010
2004	88.551	125	71	00	88.747
2005	96.244	139	86	00	96.469
2006	85.717	104	101	42	85.964

FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Tabela 28. Internações nas macrorregiões Cariri, Fortaleza e Sobral de residentes em outros estados. Ceará, 1998-2006.

MACRORREGIÃO	INTERNAÇÕES DE OUTROS ESTADOS					TOTAL
	ESTADOS FRONTEIRIÇOS			OUTROS		
	Discriminação	N <sup>o</sup>	%	N <sup>o</sup>	%	
<b>CARIRI</b>	Pernambuco	14.914	88,66	1.908	11,34	16.822
<b>FORTALEZA</b>	Rio Grande do Norte	2.013	38,67	3.192	61,33	5.205
<b>SOBRAL</b>	Piauí	403	62,58	241	37,4	644

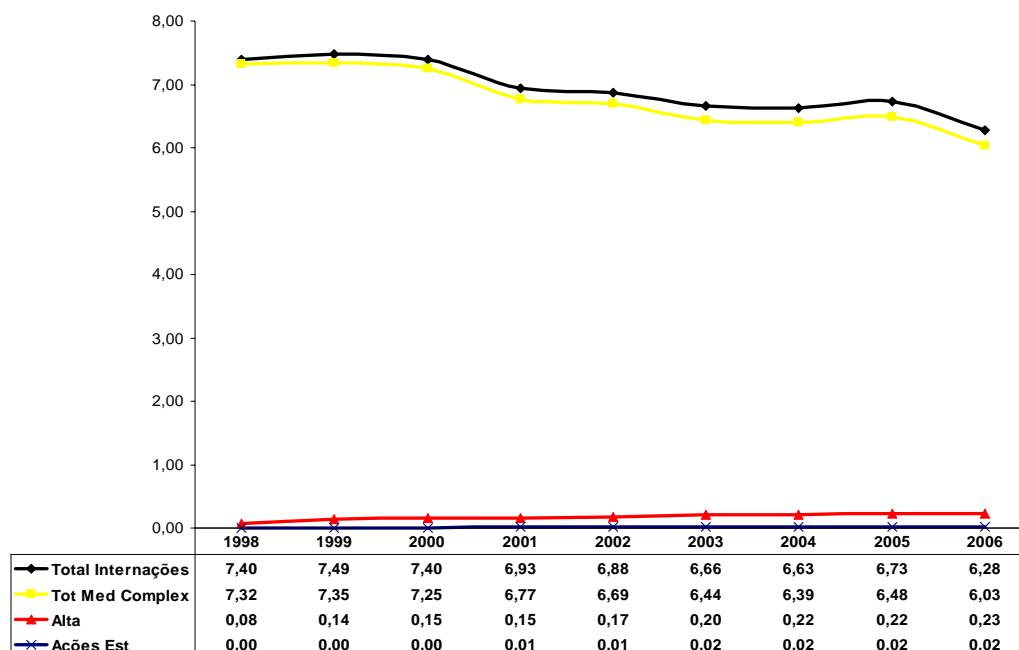
FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

O panorama evolutivo das internações hospitalares no SUS/Ce pôde ser complementado com a abordagem dos níveis de complexidade dos procedimentos que compõem o SIH/SUS. As macrorregiões se relacionam com internações da alta complexidade e ações estratégicas visando à organização da atenção terciária. A implantação das microrregiões, enquanto estratégia para organizar a atenção secundária, se voltou mais à média complexidade.

A Figura 8 reúne informações sobre a distribuição das internações no Ceará, segundo níveis de complexidade dos procedimentos que compõem o SIH/SUS. A alta complexidade se concentrou em três municípios, quais sejam Fortaleza, Barbalha e Sobral (Tabela 29); uns poucos municípios, além destes, a exemplo de Juazeiro do Norte, Crato e Maranguape, tiveram participação apenas residual.

A Figura 8 também traz, a partir de 2002, um aumento na alta complexidade ainda que esse nível e o das ações estratégicas tenham representado um percentual reduzido do total das internações. A média complexidade é que correspondeu à maior parte - entre 96,0 e 98,9% - deste total, mesmo acompanhando a tendência de redução observada no estado, ao longo do período 1998-2006. Em 1998, os 19 (dezenove) procedimentos de internações mais freqüentes, todos da média complexidade, corresponderam a 60,20% do total realizado no estado. Em 2006, próximo a esse mesmo percentual se vincularam 34 (trinta e quatro) procedimentos, havendo dentre eles apenas 01 (um) da alta complexidade. Portanto, a análise da microrregionalização dos serviços de saúde no Ceará está implicada na média complexidade.

Fig. 8. Número de internações hospitalares por habitante segundo o total e os níveis de complexidade dos procedimentos do SIHSUS. Ceará, 1998 – 2006.



FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Tabela 29. Distribuição das internações da alta complexidade segundo municípios do Ceará. Período 1998 – 2006.

ANO	Barbalha		Fortaleza		Sobral		Outros		Total	
	N <sup>o</sup>	%	N <sup>o</sup>	%	N <sup>o</sup>	%	N <sup>o</sup>	%	N <sup>o</sup>	%
1998			4.403	<b>83,58</b>	864	<b>16,40</b>	1	<b>0,02</b>	5.268	<b>100</b>
1999	72	<b>0,74</b>	7.893	<b>80,74</b>	1.807	<b>18,48</b>	4	<b>0,04</b>	9.776	<b>100</b>
2000	146	<b>1,35</b>	8.824	<b>81,78</b>	1.818	<b>16,85</b>	2	<b>0,02</b>	10.790	<b>100</b>
2001	336	<b>2,96</b>	9.414	<b>82,83</b>	1.611	<b>14,18</b>	4	<b>0,04</b>	11.365	<b>100</b>
2002	1.433	<b>10,74</b>	10.045	<b>75,26</b>	1.855	<b>13,90</b>	14	<b>0,10</b>	13.347	<b>100</b>
2003	2.040	<b>13,01</b>	11.732	<b>74,81</b>	1.850	<b>11,80</b>	60	<b>0,38</b>	15.682	<b>100</b>
2004	2.432	<b>14,03</b>	13.038	<b>75,23</b>	1.818	<b>10,49</b>	43	<b>0,25</b>	17.331	<b>100</b>
2005	2.285	<b>12,56</b>	13.542	<b>74,41</b>	2.314	<b>12,72</b>	57	<b>0,31</b>	18.198	<b>100</b>
2006	3.422	<b>18,06</b>	13.579	<b>71,68</b>	1.876	<b>9,90</b>	66	<b>0,35</b>	18.943	<b>100</b>

FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

## 2.1 Internações da média complexidade na perspectiva da avaliação normativa da microrregionalização dos serviços de saúde

A base normativa de avaliação adotada no presente estudo incluiu as diretrizes políticas do Conselho Estadual de Saúde - CESAU, desde 1998, bem como a Norma Operacional da Assistência à saúde (NOAS/SUS-01/02), considerando a vigência destes instrumentos durante o período da análise. Em

2006, a NOAS/SUS foi atualizada com o Pacto pela Saúde (Portaria GM n° 399, de 22 de fevereiro de 2006), sendo mantido o Plano Diretor de Regionalização (PDR), como previsto anteriormente, no ordenamento do processo de regionalização. Tomando-se este referencial, a microrregionalização foi então tratada na perspectiva avaliativa de resultados, na dimensão dos serviços de internação produzidos; sendo aí destacada a média complexidade, de modo articulado aos aspectos do contexto e da estrutura/recursos.

A média complexidade foi assumida enquanto parte do conjunto dos procedimentos do SIHSUS, desse modo somando-se aos da alta complexidade e das ações estratégicas. Ademais, visando aproximar, nas dimensões da análise, as diretrizes da base normativa e, também ampliar o cruzamento de informações, examinou-se este nível com o apoio nas seguintes categorias operacionais:

**a) Mínimo da média complexidade** - conjunto de procedimentos que integram o elenco da tabela do SIHSUS e foram contemplados na NOAS/SUS – 01/02 para o 1º nível de referência intermunicipal, sendo obrigatoriamente disponíveis em municípios sede de módulos assistenciais, no atendimento básico em clínica médica, pediatria e obstetrícia (parto normal). A SESA definiu tais procedimentos como sendo do 1º nível, mas sem incluir o parto normal. Assim, optou-se pela desagregação do **Mínimo da média complexidade** em **Média/1º nível** e em **Média/parto normal**.

**b) Média-2º/3º nível** - todos os serviços de internação da média complexidade, além dos contemplados na categoria do Mínimo da média, sendo previstos na NOAS para os municípios constantes do PDR como pólo microrregional. A SESA reuniu estes procedimentos em um elenco único, isto é, sem separar o 2º do 3º nível.

As Figuras 9 e 9a apresentam o número de internações da média complexidade por habitante no Ceará, de 1998 a 2006, desagregado nas categorias antes descritas. A maior parte da composição do indicador correspondeu à Média-2º/3º nível. As categorias da Média/1º nível e Média/parto normal representando, por somatório, o nível Mínimo da média complexidade, mostraram praticamente os mesmos valores, exceto a partir de 2002, quando houve um pequeno aumento da Média/1º nível, sendo seguido de reduções menores que as verificadas na Média/parto normal. Ainda com a Figura 9a pode-se afirmar que a tendência de redução no Mínimo da média foi levemente acentuada em relação à Média-2º/3º

nível, quando confrontadas com a curva do total da média complexidade. Ou seja, em relação ao Ceará, exceto entre 1998 e 1999, o Mínimo da média pareceu acompanhar mais a tendência de redução observada no total da Média complexidade; o mesmo não ocorrendo com a Média-2º/3º nível. Entretanto não ainda em um padrão característico; havendo que ser mais examinada essa questão com o estudo dos componentes da média complexidade nas microrregiões.

Fig. 9. Número de internações da média complexidade por habitante e categorias desagregadas. Ceará, 1998 a 2006.

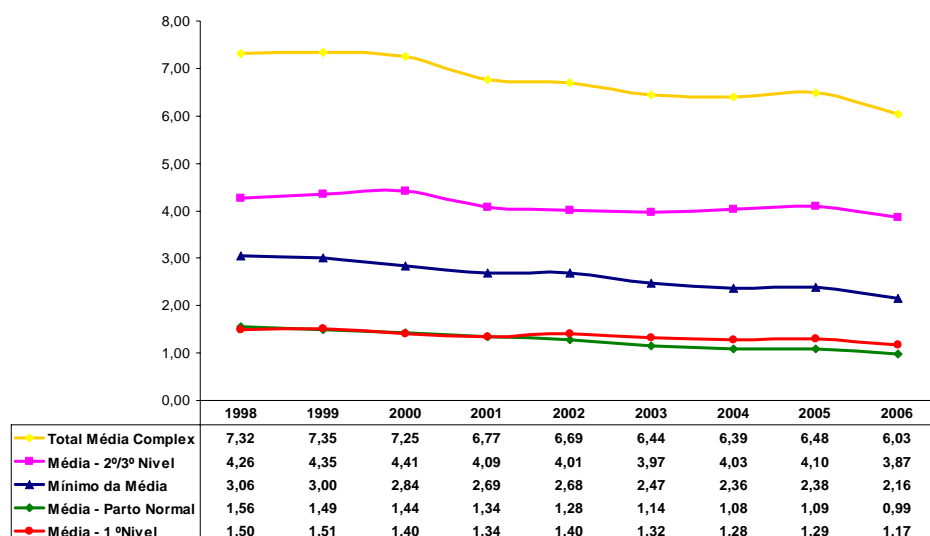
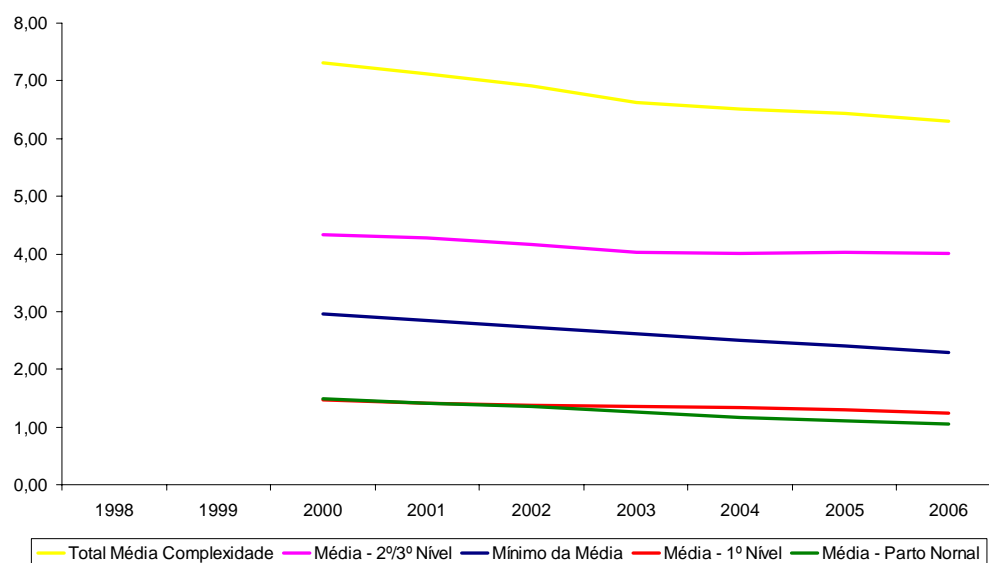


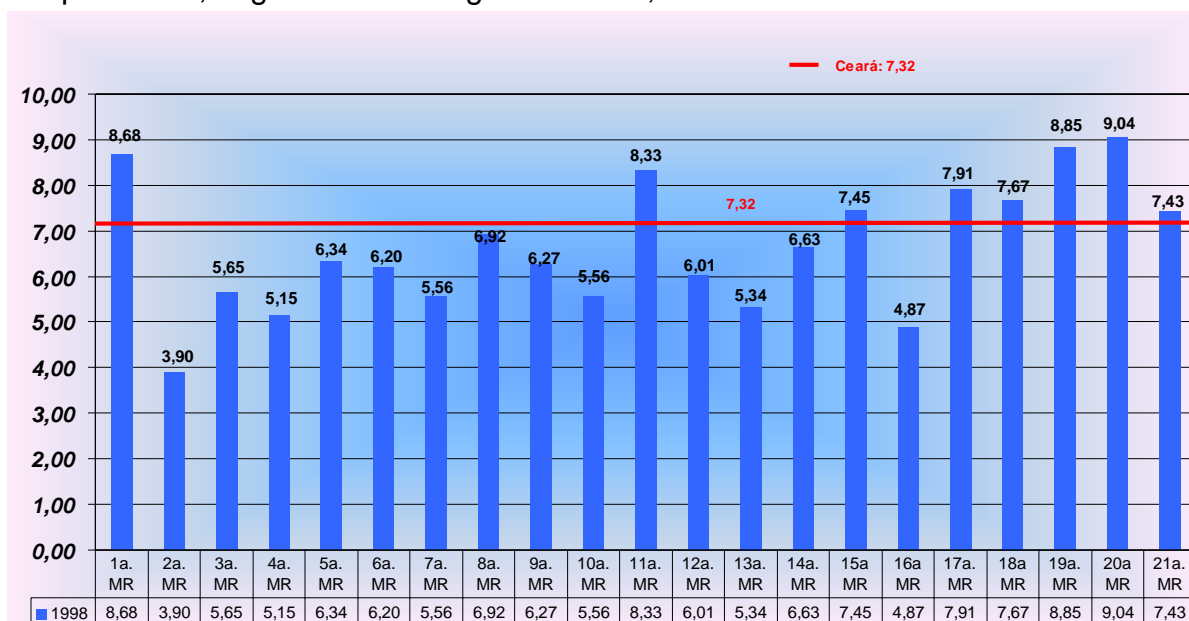
Fig. 9a. Médias móveis de ordem três do número de internações da média complexidade por habitante e categorias desagregadas. Ceará, 1998 a 2006.



FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

A Figura 10 destaca para cada microrregião do Ceará, em 1998, o número total de internações por 100 habitantes, em relação à média complexidade. De modo geral houve variações entre as microrregiões, configurando as distintas realidades. Foram observados registros inferiores ao do estado – 7,32 internações/100 habitantes – em 13 (treze) ou 62%, dentre as 21 (vinte e uma) microrregiões. Por outro lado, as microrregiões de Icó, Iguatu, Crateús e Juazeiro do Norte superaram a média do Ceará; ademais, as de Crato, Brejo Santo, Fortaleza e Sobral, pela ordem, apresentaram as maiores médias de internações por habitante.

Fig.10. Número de internações hospitalares/SUS por habitante, na média complexidade, segundo microrregiões. Ceará, 1998.



FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

LEGENDA:

1ª MR – Fortaleza  
2ª MR – Caucaia  
3ª MR – Maracanaú  
4ª MR – Baturité  
5ª MR – Canindé

6ª MR – Itapipoca  
7ª MR – Aracati  
8ª MR – Quixadá  
9ª MR – Russas  
10ª MR – Limoeiro do Norte

11ª MR – Sobral  
12ª MR – Acaraú  
13ª MR – Tianguá  
14ª MR – Tauá  
15ª MR – Crateús

16ª MR – Camocim  
17ª MR – Icó  
18ª MR – Iguatu  
19ª MR – Brejo Santo  
20ª MR – Crato  
21ª MR – Juazeiro do Norte

Na análise anterior, chamou a atenção o fato das maiores médias por habitante, na média complexidade, ocorrerem justamente em microrregiões nas quais se localizavam municípios pólos macrorregionais, como é o caso de Fortaleza, Sobral e Crato. Assim, buscou-se responder se, no período do estudo, a organização dos municípios em microrregiões foi acompanhada de redução das transferências para estes pólos, tomando como referência o município de Fortaleza.



Um desafio a partir desta dimensão de análise foi sistematizar as informações desagregadas em 21 unidades, representando as microrregiões e, no conjunto destas, os 184 municípios. Ademais, em cada ano do período 1998-2006, foi possível cruzar as informações do banco de dados do estudo, relativas à origem/destino da internação, segundo macrorregiões, microrregiões e municípios, simultaneamente aos níveis de complexidade nos quais foram categorizados todos os procedimentos do SIHSUS.

### 3. Fortaleza como destino das internações de residentes nas microrregiões

O município de Fortaleza constitui o sistema local de saúde mais complexo do Ceará, com compromissos na atenção assumidos, em todos os níveis, para sua própria população e, excetuando o da atenção primária, para a maior população, no âmbito microrregional, macrorregional e estadual. Assim, concentra a maior parte dos recursos de internação, como se pode verificar na Tabela 30, nos altos percentuais de participação do município no total das internações do Ceará (41,2%) e, de modo mais expressivo, em relação à média e alta complexidade, atingindo, em 2006, respectivamente, 39,8 e 71,7%.

Tabela 30. Participação do Município de Fortaleza no total das internações hospitalares do Ceará, segundo os níveis de complexidade do SIHSUS. Fortaleza e Ceará, 2006.

INTERNAÇÃO	CEARÁ No.	FORTALEZA	
		No.	%
Média/nível 1	96.046	25.613	26,7
Média/parto normal	81.373	20.618	25,3
Mínimo/média complexidade	177.419	46.231	26,1
Média/nível 2 e 3	318.026	151.115	47,5
<b>Total/Média complexidade</b>	<b>495.445</b>	<b>197.346</b>	<b>39,8</b>
Alta complexidade	18.943	13.579	71,7
Ações estratégicas	1.910	1.773	92,8
<b>Total</b>	<b>516.298</b>	<b>212.698</b>	<b>41,2</b>

FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

A Tabela 31 apresenta a origem das internações ocorridas em Fortaleza no período de 1998 a 2006. A maior parte, entre 75,18 e 76,85%, foi de residentes do próprio município, sendo a menor proveniente de outros estados. Em Fortaleza, as

internações de residentes em outras microrregiões, representaram entre 18,39 e 20,73% do total no município\*, mantendo-se estes percentuais com pequenas variações. Daí a importância de uma análise ampliada destas internações de modo a caracterizá-las nas microrregiões, visando à avaliação da intervenção nos marcos do presente estudo.

Tabela 31. Internação total em Fortaleza segundo a distribuição percentual das categorias de origem. Ceará, 1998-2006.

<b>ORIGEM</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
<b>Próprio município</b>	75,18	76,65	74,95	75,25	75,36	75,10	76,85	76,64	76,45
<b>Própria microrregião</b>	3,58	3,82	4,14	3,89	3,96	3,95	4,06	3,89	3,75
<b>Outras microrregiões</b>	18,39	19,28	20,62	20,62	20,45	20,73	18,82	19,19	19,23
<b>Outros estados</b>	0,53	0,25	0,29	0,24	0,23	0,22	0,26	0,28	0,21
<b>Sem referência</b>	2,32	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,37
<b>Total</b>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Em um primeiro movimento foi possível agregar as microrregiões de origem das internações no município de Fortaleza, segundo a ordenação do número de internações por habitante, buscando-se caracterizar sua distribuição e possíveis variações de tendências. Assim, tomando como referência o número relativo predominante no período da análise, foram formuladas três categorias: alto (número de internações maior que 1,5/hab.); médio (entre 0,70 e 1,50/hab.) e baixo (menor ou igual a 0,70/hab) número relativo. Observou-se que o alto número teve origem em 03 (três) ou 14,3% das microrregiões; o médio em 07 (sete) ou 33,3% e o baixo em 11 (onze) ou 52,4% (Tabela 32). A situação detalhada consta da Tabela 33 que traz o total de internações por 100 habitantes, de residentes nas microrregiões do Ceará, ocorridas no município de Fortaleza, entre 1998 e 2006. Aí se verificou tanto uma ampla variação nas médias quanto sua distribuição em todas as microrregiões.

\*É provável que esse percentual seja maior em função de um limite da análise: identificar os residentes em outras microrregiões que, ao serem internados em Fortaleza, forneceram o endereço de parentes ou de casas de apoio aos munícipes, aqui sediadas; sendo assim registrados como residentes em Fortaleza.

Tabela 32. Distribuição das microrregiões com internações hospitalares (SUS) por habitante, ocorridas em Fortaleza, no período de 1998 a 2006, segundo categorias do número por habitante.

Nº./internações por habitante	MICRORREGIÕES	
	Nº.	%
<b>ALTO (maior que 1,5/hab.)</b>	<b>03</b>	<b>14,3</b>
<b>MÉDIO (entre 0,70 e 1,50/hab.)</b>	<b>07</b>	<b>33,3</b>
<b>BAIXO (menor que 0,70/hab.)</b>	<b>11</b>	<b>52,4</b>
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100,00</b>

Tabela 33. Número de internações hospitalares (SUS) por habitante, ocorridas em Fortaleza, no período de 1998 a 2006, com origem na população residente nas microrregiões segundo categorias do número/100 habitantes.

Nº./HAB.	MICRORREGIÃO DE ORIGEM	ANO									
		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
<b>ALTO</b>	<b>2ª MR – Caucaia</b>	2,74	2,87	2,91	2,72	2,66	2,53	2,19	2,43	2,13	
	<b>1ª MR – Fortaleza*</b>	2,52	2,75	3,06	2,57	2,54	2,55	2,49	2,40	2,16	
	<b>3ª MR – Maracanaú</b>	2,27	2,51	2,85	2,47	2,25	2,22	2,10	2,13	1,99	
<b>MÉDIO</b>	<b>4ª MR – Baturité</b>	1,33	1,46	1,46	1,65	1,38	1,49	1,34	1,25	1,18	
	<b>7ª MR – Aracati</b>	0,98	1,07	1,30	1,20	1,08	1,19	0,91	0,97	0,96	
	<b>9ª MR – Russas</b>	0,81	0,94	1,00	0,92	1,07	1,14	0,99	0,98	0,97	
	<b>10ª MR – Limoeiro do Norte</b>	0,74	0,84	0,97	0,90	1,03	1,15	0,96	0,98	0,91	
	<b>6ª MR – Itapipoca</b>	0,86	0,83	0,98	0,96	0,95	0,92	0,82	0,80	0,74	
	<b>5ª MR – Canindé</b>	0,87	0,93	1,00	0,88	0,84	0,85	0,73	0,78	0,85	
	<b>8ª MR – Quixadá</b>	0,70	0,79	1,00	0,90	0,84	0,90	0,89	0,83	0,83	
	<b>BAIXO</b>	<b>14ª MR – Tauá</b>	0,49	0,61	0,63	0,65	0,72	0,68	0,59	0,57	0,66
<b>15ª MR – Crateús</b>		0,30	0,34	0,45	0,42	0,42	0,55	0,49	0,39	0,35	
<b>12ª MR – Acaraú</b>		0,38	0,38	0,41	0,43	0,43	0,53	0,39	0,33	0,33	
<b>17ª MR – Icó</b>		0,34	0,36	0,43	0,39	0,31	0,43	0,37	0,46	0,49	
<b>18ª MR – Iguatu</b>		0,27	0,32	0,38	0,40	0,40	0,47	0,42	0,43	0,43	
<b>13ª MR – Tianguá</b>		0,14	0,16	0,22	0,22	0,25	0,34	0,24	0,23	0,23	
<b>11ª MR – Sobral</b>		0,15	0,13	0,15	0,16	0,19	0,18	0,18	0,20	0,23	
<b>19ª MR – Brejo Santo</b>		0,13	0,12	0,16	0,12	0,10	0,08	0,08	0,09	0,08	
<b>16ª MR – Camocim</b>		0,10	0,09	0,10	0,09	0,10	0,14	0,12	0,13	0,14	
<b>20ª MR – Crato</b>		0,09	0,12	0,13	0,12	0,08	0,09	0,07	0,07	0,08	
<b>21ª MR – Juazeiro do Norte</b>		0,13	0,13	0,13	0,10	0,08	0,07	0,06	0,06	0,07	

NOTA: 1) \*Exclui a internação de residentes no município de Fortaleza e respectiva população.

2) Exclui as internações com inconsistências de origem e de outros estados.

Também se buscou identificar as aproximações entre as categorias do número relativo de internações e as distâncias das microrregiões ao município de Fortaleza, para aprofundar, sob essa perspectiva de análise, a questão da distribuição geográfica enquanto fator relacionado à acessibilidade e utilização dos serviços. Ao serem ordenadas as microrregiões, segundo a distância das respectivas sedes\* à Fortaleza, foram verificadas coincidências com a categorização

\* Municípios que lhes deram o nome e onde também se localizou a gestão estadual na microrregião.

das microrregiões em alto, médio e baixo número relativo de internações (Tabela 34). Desse modo, quanto mais distante a microrregião, menor o número de internações em Fortaleza. Esses resultados parecem indicar a atenção hospitalar, a exemplo da atenção primária, como também suscetível à distância, o que pode contradizer, pelo menos em parte, a afirmação de Mendes (2001: 42) a este respeito; ao tempo em que coloca a necessidade de mais estudos sobre a questão da distância como um fator de acessibilidade em relação à atenção hospitalar, ao configurar uma possível barreira à utilização destes serviços. Também remetendo a um questionamento sobre a organização dos mesmos.

Tabela 34. Número de internações hospitalares (SUS), ocorridas em Fortaleza, no período de 1998 a 2006, com origem na população residente nas microrregiões segundo categorias do número por habitante e distância (km) até o destino.

Nº. /HAB	MICRORREGIÃO	km*	ANO									
			1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
BAIXO	Crato	504,4	0,09	0,12	0,13	0,12	0,08	0,09	0,07	0,07	0,08	
	Brejo Santo	500,8	0,13	0,12	0,16	0,12	0,10	0,08	0,08	0,09	0,08	
	Juazeiro do Norte	493,4	0,13	0,13	0,13	0,10	0,08	0,07	0,06	0,06	0,07	
	Iguatu	384,1	0,27	0,32	0,38	0,40	0,40	0,47	0,42	0,43	0,43	
	Camocim	379,3	0,10	0,09	0,10	0,09	0,10	0,14	0,12	0,13	0,14	
	Icó	358,1	0,34	0,36	0,43	0,39	0,31	0,43	0,37	0,46	0,49	
	Crateús	354,0	0,30	0,34	0,45	0,42	0,42	0,55	0,49	0,39	0,35	
	Tauá	344,7	0,49	0,61	0,63	0,65	0,72	0,68	0,59	0,57	0,66	
	Tianguá	335,8	0,14	0,16	0,22	0,22	0,25	0,34	0,24	0,23	0,23	
	Acaraú	255,1	0,38	0,38	0,41	0,43	0,43	0,53	0,39	0,33	0,33	
	Sobral	250,3	0,15	0,13	0,15	0,16	0,19	0,18	0,18	0,20	0,23	
MÉDIO	Limoeiro do Norte	194,1	0,74	0,84	0,97	0,90	1,03	1,15	0,96	0,98	0,91	
	Russas	160,1	0,81	0,94	1,00	0,92	1,07	1,14	0,99	0,98	0,97	
	Quixadá	158,0	0,70	0,79	1,00	0,90	0,84	0,90	0,89	0,83	0,83	
	Aracati	148,3	0,98	1,07	1,30	1,20	1,08	1,19	0,91	0,97	0,96	
	Itapipoca	147,3	0,86	0,83	0,98	0,96	0,95	0,92	0,82	0,80	0,74	
	Canindé	120,2	0,87	0,93	1,00	0,88	0,84	0,85	0,73	0,78	0,85	
	Baturité	93,0	1,33	1,46	1,46	1,65	1,38	1,49	1,34	1,25	1,18	
ALTO	Fortaleza***	49,7**	2,52	2,75	3,06	2,57	2,54	2,55	2,49	2,40	2,16	
	Maracanaú	24,6	2,27	2,51	2,85	2,47	2,25	2,22	2,10	2,13	1,99	
	Caucaia	15,8	2,74	2,87	2,91	2,72	2,66	2,53	2,19	2,43	2,13	

FONTES: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Anuário Estatístico do Ceará (2007).

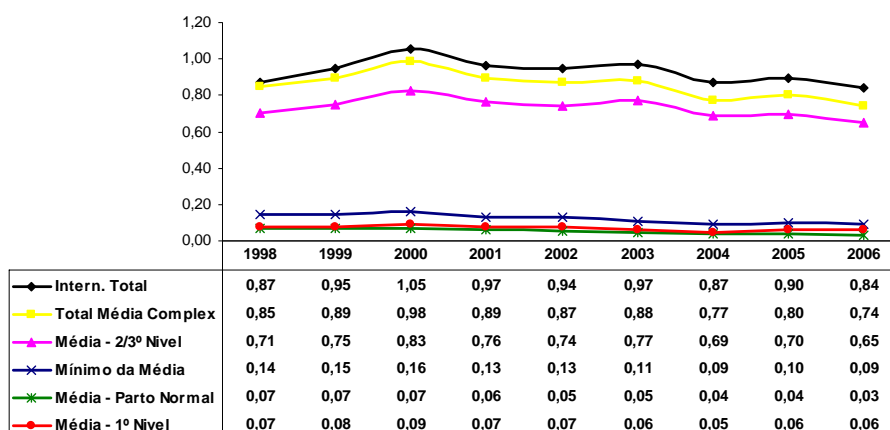
NOTAS:

- 1) \* Distância em quilômetros entre a sede da microrregião e o município de Fortaleza.
- 2) \*\* Distância média entre os municípios da microrregião de Fortaleza à sede da microrregião.
- 3) \*\*\* Exclui a internação de residentes no município de Fortaleza e respectiva população.
- 4) Exclui as internações com inconsistências de origem e de outros estados.

A análise das tendências, de 1998 a 2006, para as internações em Fortaleza, originadas nas 21 microrregiões, pareceu indicar diferenças em relação ao Ceará que, conforme já visto, foi de redução. Observaram-se variações entre as microrregiões situadas no alto, médio e baixo número de internações por habitante, e também, entre microrregiões, dentro de cada uma destas categorias. Ainda que sob a influência dos limites financeiros que direcionam a programação e a realização das internações no estado, parece que as variações também se deram em função, tanto da distribuição geográfica dos serviços, conforme a análise anterior, quanto da própria organização dos mesmos, a microrregionalização aí inserida. Assim caracterizando um processo que se diferenciou nas distintas realidades.

A média complexidade e seus componentes também foram contemplados na análise das internações em Fortaleza quando se considerou o conjunto das microrregiões como origem, desse modo caracterizando o total de transferências do estado para este município. Neste procedimento foram excluídas as internações de residentes em Fortaleza e em outros estados. Um denominador comum destacou-se: as microrregiões apresentaram baixas médias de internações no Mínimo da média complexidade em relação às de Média-2<sup>o</sup>/3<sup>o</sup> nível (Figura 11; Tabelas 35 e 37). Portanto as transferências ocorreram mais em função de procedimentos da suficiência dos pólos que os previstos para os módulos assistenciais, o que, em princípio, pareceu indicar coerência com o PDR/2001.

Fig.11. Número de internações hospitalares (SUS), ocorridas em Fortaleza, no período de 1998 a 2006, com origem na população residente nos demais municípios das microrregiões segundo categorias desagregadas da média complexidade.



FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Tabela 35. Internações por habitante nas microrregiões, ocorridas no município de Fortaleza, com procedimentos do nível Mínimo da média complexidade. Ceará, 1998 a 2006.

Microrregião	km	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
20ª MR – Crato	504,4	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00
19ª MR – Brejo Santo	500,8	0,02	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00
21ª MR – Juazeiro do Norte	493,4	0,02	0,02	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
18ª MR – Iguatu	384,1	0,02	0,02	0,02	0,02	0,01	0,02	0,01	0,01	0,02
16ª MR – Camocim	379,3	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00
17ª MR – Icó	358,1	0,01	0,02	0,03	0,03	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02
15ª MR – Crateús	354,0	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,03	0,02	0,02	0,01
14ª MR – Tauá	344,7	0,04	0,04	0,03	0,04	0,03	0,03	0,03	0,03	0,02
13ª MR – Tianguá	335,8	0,01	0,01	0,02	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01
12ª MR – Acaraú	255,1	0,04	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,02	0,01	0,01
11ª MR – Sobral	250,3	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
10ª MR – Limoeiro do Norte	194,1	0,04	0,04	0,05	0,04	0,06	0,08	0,04	0,06	0,04
9ª MR – Russas	160,1	0,05	0,06	0,06	0,05	0,08	0,06	0,06	0,04	0,06
8ª MR – Quixadá	158,0	0,04	0,04	0,05	0,04	0,04	0,05	0,04	0,04	0,03
7ª MR – Aracati	148,3	0,09	0,08	0,12	0,10	0,09	0,08	0,06	0,05	0,05
6ª MR – Itapipoca	147,3	0,08	0,06	0,09	0,08	0,09	0,08	0,06	0,05	0,04
5ª MR – Canindé	120,2	0,10	0,10	0,09	0,06	0,06	0,05	0,04	0,05	0,05
4ª MR – Baturité	93,0	0,12	0,14	0,12	0,14	0,10	0,11	0,10	0,10	0,08
1ª MR – Fortaleza*	49,7	0,55	0,55	0,61	0,43	0,40	0,32	0,32	0,28	0,24
3ª MR – Maracanaú	24,6	0,36	0,38	0,46	0,35	0,31	0,27	0,23	0,23	0,23
2ª MR – Caucaia	15,8	0,68	0,69	0,66	0,62	0,58	0,48	0,36	0,50	0,44

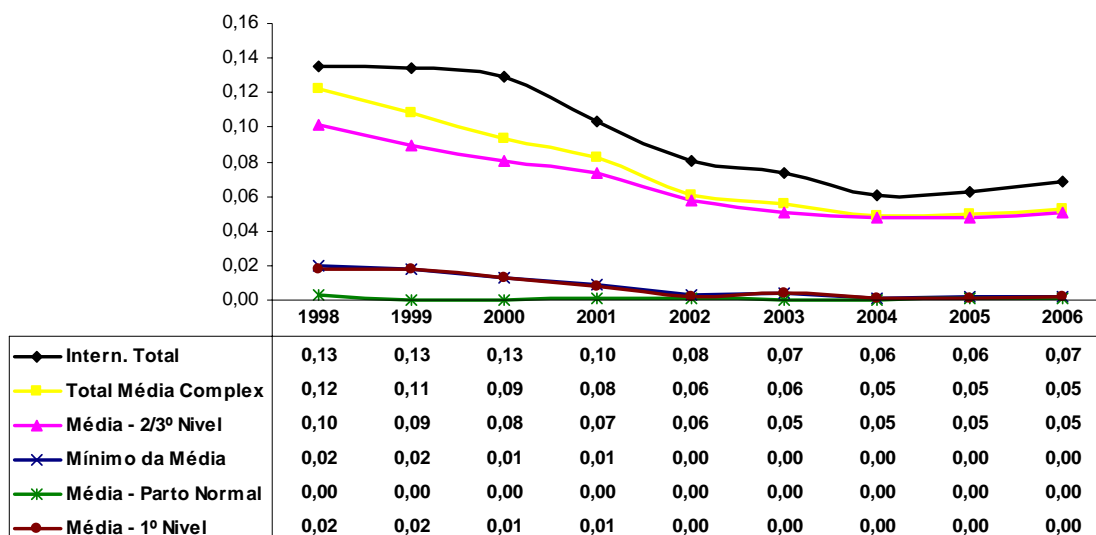
FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

NOTAS: 1) \* Exclui a internação de residentes no município de Fortaleza e respectiva população.

2) Exclui as internações com inconsistências de origem e de outros estados.

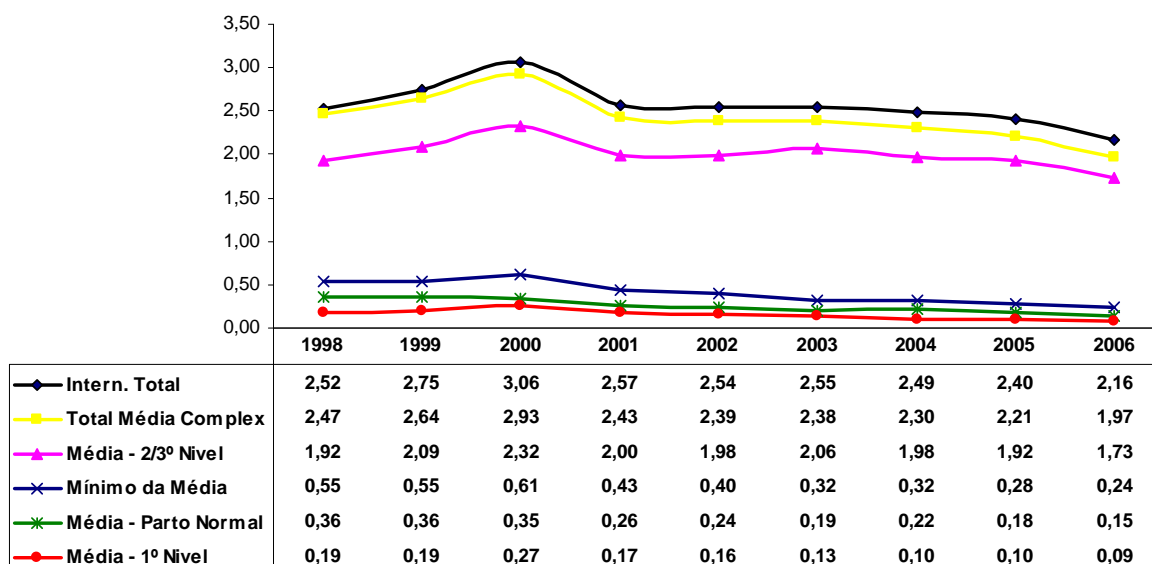
Para os baixos valores de transferências, em relação ao Mínimo da média complexidade, pareceu também haver a contribuição do fator distância de Fortaleza, com as microrregiões de Brejo Santo, Crato, Juazeiro do Norte (Figura 12) e, em menor proporção, a de Camocim, expressando uma tendência à suficiência prevista com a NOAS, para os módulos assistenciais, na ausência de internações nos últimos anos da análise (Tabela 35). Por outro lado os municípios da própria microrregião de Fortaleza (Figura 13) ilustram uma redução menos acentuada. Assim, passados 09 (nove) anos da implantação, se poderia afirmar como desejável para as microrregiões, uma maior suficiência no Mínimo da média complexidade, expressa em uma redução mais acentuada das transferências. Cabendo aqui pontuar o desafio implicado nesta redução, particularmente nos municípios mais próximos de Fortaleza.

Fig.12. Número de internações hospitalares (SUS), ocorridas em Fortaleza, no período de 1998 a 2006, com origem na população residente na 21ª MR Juazeiro do Norte, segundo categorias desagregadas.



FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Fig.13. Número de internações hospitalares (SUS), ocorridas em Fortaleza, no período de 1998 a 2006, com origem na população residente na 1ª MR Fortaleza, segundo categorias desagregadas.



FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

A abordagem dos resultados, quanto à coerência em relação ao PDR/2001, pôde ser ampliada com a análise das internações da Média-2º/3º nível em Fortaleza. Inicialmente, chamou a atenção, no desenho dos sistemas de referências do PDR/2001, a previsão de referências em relação ao 2º e não ao 3º nível, ainda que,



na descrição da rede de unidades de apoio do sistema de referência, em 2001, constasse a discriminação das unidades segundo os três níveis, sendo todos contemplados em relação ao município de Fortaleza (SESA, 2002a: 43). A Tabela 36 apresenta a distribuição da Média-2<sup>o</sup>/3<sup>o</sup> nível que, em mais de 70%, se referiram à população do próprio município de Fortaleza. Esse percentual se elevou para mais de 75% quando, na perspectiva da suficiência microrregional, se agregou à participação relativa das internações originadas nos municípios da própria microrregião. Observaram-se aumentos e reduções nos percentuais em relação aos de 1998, com a origem “de outras” microrregiões se situando, no período de 1998 a 2006, entre 20,71 e 23,41%.

Tabela 36. Proporção das internações ocorridas no município de Fortaleza, na Média- 2<sup>o</sup>/3<sup>o</sup> nível, segundo a origem. Ceará, 1998 a 2006.

<b>ORIGEM</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
<b>Do próprio município</b>	71,52	73,71	72,23	71,98	72,19	71,92	74,31	74,51	74,40
<b>Da própria microrregião</b>	3,85	4,15	4,43	4,36	4,43	4,55	4,56	4,36	4,23
<b>De outras microrregiões</b>	21,16	21,86	23,00	23,41	23,11	23,28	20,83	20,79	20,71
<b>De outros estados</b>	0,70	0,28	0,34	0,26	0,27	0,25	0,30	0,33	0,24
<b>Inconsistências</b>	2,77	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,42
<b>Total</b>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Outro ponto diz respeito à previsão, no PDR/2001, dos fluxos para a microrregião de Fortaleza, a partir de todos os municípios pólo das microrregiões que integram a macrorregião Fortaleza, sendo as demais referidas às respectivas macrorregiões. Assim, o PDR/2001 contemplou transferências, a partir do segundo nível, dos pólos microrregionais para Fortaleza, originadas nas microrregiões que integram a macrorregião Fortaleza. Portanto, caracteriza-se um distanciamento com o PDR, a ocorrência de internações da Média-2<sup>o</sup>/3<sup>o</sup> nível em Fortaleza, durante todo o período da análise, provenientes das demais microrregiões inseridas nas macrorregiões Sobral e Cariri como se verifica na Tabela 37.



Tabela 37. Internações por habitante nas macrorregiões, ocorridas no município de Fortaleza, com procedimentos da Média/2º e 3º nível. Ceará, 1998 a 2006.

MACRO		ANO								
	Microrregião	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Cariri	20ª MR – Crato	0,07	0,08	0,09	0,09	0,06	0,07	0,05	0,05	0,06
	21ª MR – Juazeiro do Norte	0,10	0,09	0,08	0,07	0,06	0,05	0,05	0,05	0,05
	19ª MR – Brejo Santo	0,10	0,09	0,11	0,10	0,09	0,06	0,06	0,08	0,06
Sobral	16ª MR – Camocim	0,08	0,08	0,09	0,07	0,08	0,11	0,09	0,11	0,11
	11ª MR – Sobral	0,13	0,11	0,13	0,14	0,16	0,15	0,15	0,17	0,18
	13ª MR – Tianguá	0,12	0,13	0,19	0,19	0,21	0,29	0,19	0,19	0,17
	12ª MR – Acaraú	0,33	0,30	0,35	0,37	0,37	0,45	0,32	0,28	0,27
	15ª MR – Crateús	0,27	0,28	0,38	0,35	0,34	0,44	0,40	0,32	0,27
Fortaleza	18ª MR – Iguatu	0,24	0,27	0,30	0,31	0,31	0,37	0,31	0,32	0,32
	17ª MR – Icó	0,31	0,30	0,34	0,30	0,25	0,33	0,28	0,36	0,40
	14ª MR – Tauá	0,43	0,54	0,56	0,56	0,64	0,56	0,48	0,45	0,52
	8ª MR – Quixadá	0,64	0,68	0,85	0,76	0,71	0,73	0,68	0,64	0,63
	5ª MR – Canindé	0,75	0,77	0,83	0,71	0,68	0,69	0,58	0,61	0,68
	6ª MR – Itapipoca	0,76	0,73	0,82	0,79	0,78	0,75	0,65	0,63	0,58
	10ª MR – Limoeiro do Norte	0,66	0,70	0,80	0,75	0,86	0,93	0,78	0,76	0,69
	9ª MR – Russas	0,73	0,81	0,86	0,77	0,88	0,95	0,77	0,78	0,75
	7ª MR – Aracati	0,84	0,92	1,08	1,00	0,87	0,96	0,71	0,78	0,76
	4ª MR – Baturité	1,19	1,22	1,25	1,40	1,13	1,21	1,06	1,01	0,94
	3ª MR – Maracanaú	1,85	2,01	2,24	1,96	1,79	1,77	1,63	1,72	1,58
2ª MR – Caucaia	2,01	2,08	2,13	1,97	1,94	1,89	1,66	1,76	1,54	
1ª MR – Fortaleza*	1,92	2,09	2,32	2,00	1,98	2,06	1,98	1,92	1,73	

FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

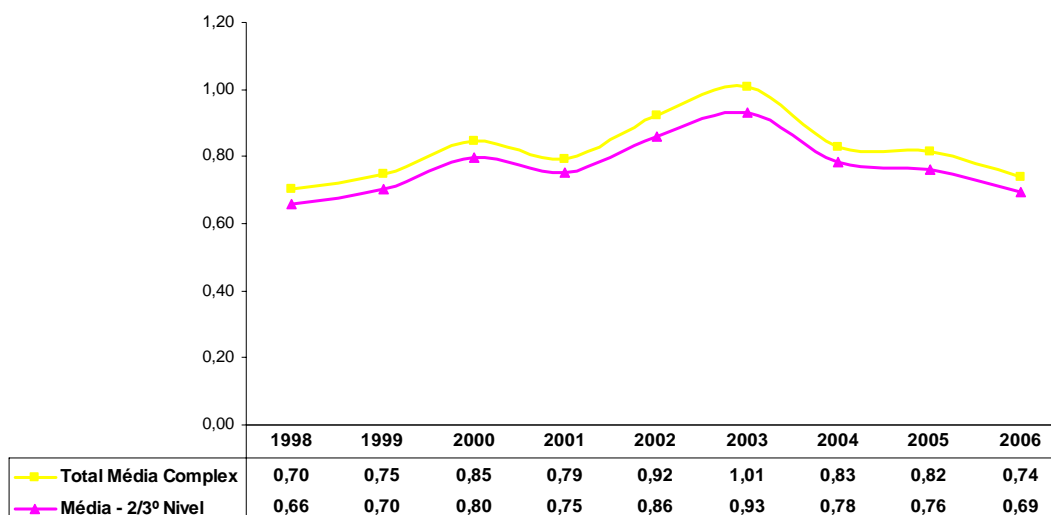
NOTAS: 1) \* Exclui a internação de residentes no município de Fortaleza e respectiva população.  
2) Exclui as internações com inconsistências de origem e de outros estados.

Mesmo entendendo-se o PDR como a “explicitação do desenho futuro da organização da rede de saúde” (SESA, 2002a: 08) poder-se-ia também considerar como favorável à microrregionalização, uma redução das transferências para Fortaleza, na Média-2º/3º nível, coerente com uma melhor organização de serviços nestes níveis. Também considerando os recursos previstos no Plano Diretor de Investimentos/PDI, integrante do PDR/2001, que foram contemplados como definidos, portanto potencialmente geradores de melhoria na estrutura dos serviços das microrregiões (SESA, 2002b).

Quando se analisou as transferências de cada microrregião para Fortaleza, na Média-2º/3º nível, observou-se a tendência de redução ainda que, em sua maioria, se dando após movimentos de aumento, com a redução subsequente correspondendo a valores próximos daqueles referentes ao início do período de análise. Assim se verificou, mediante a Tabela 37, nas microrregiões: Crato,

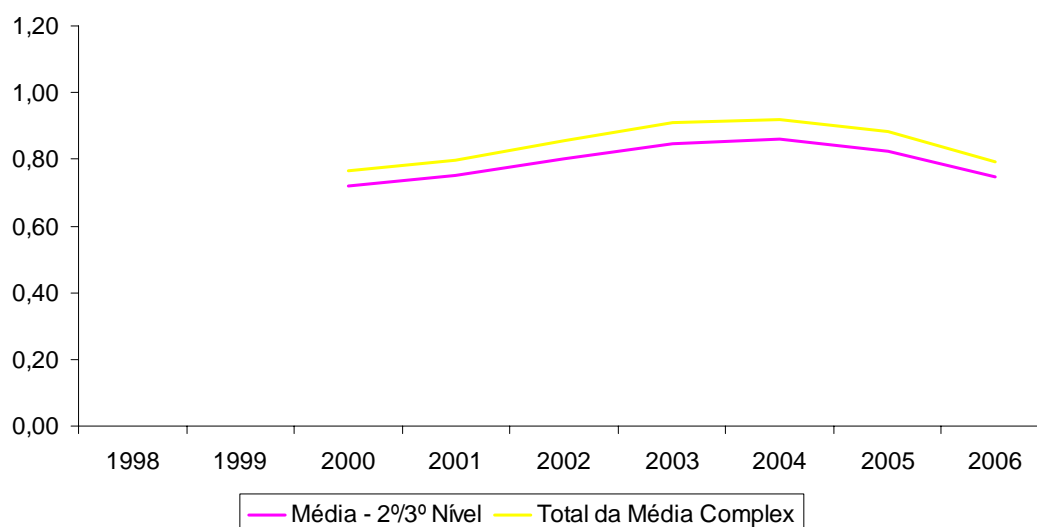
Crateús, Acaraú, Limoeiro do Norte, Russas, Quixadá, Aracati, Canindé e Maracanaú. A Figura 14 traz a MR Limoeiro do Norte como ilustrativa desse grupo.

Fig.14. Número de internações hospitalares (SUS), ocorridas em Fortaleza, no período de 1998 a 2006, com origem na população residente na 10ª MR Limoeiro do Norte, segundo categorias da média complexidade.



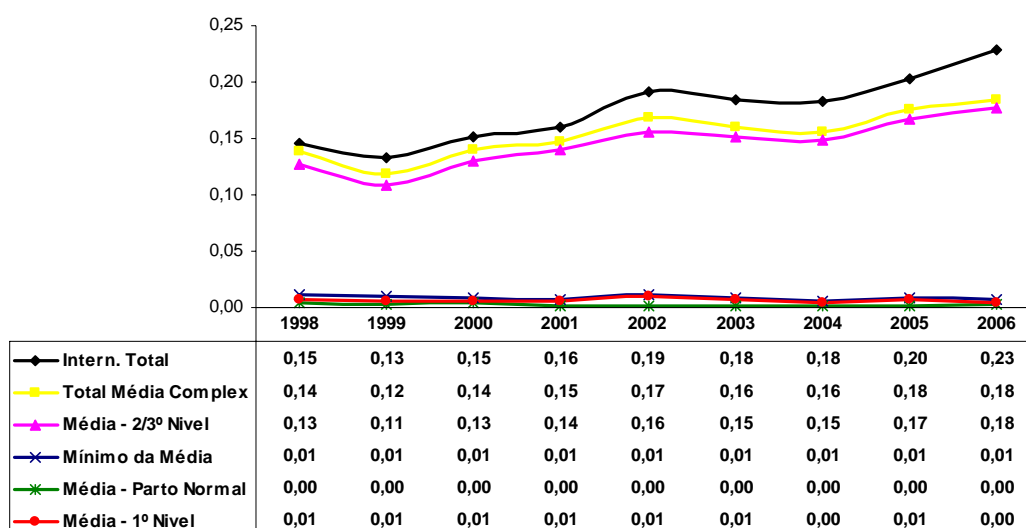
FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Fig.14a. Médias móveis de ordem três do número de internações da média complexidade ocorridas em Fortaleza, no período de 1998 a 2006, com origem na população residente na 10ª MR Limoeiro do Norte. Ceará, 1998 a 2006.



Uma tendência de redução mais pronunciada se observou na microrregião de Juazeiro do Norte, conforme a Figura 12, anteriormente apresentada, onde também se destacou a redução no mínimo da média. No entanto, a redução na Média-2<sup>o</sup>/3<sup>o</sup> nível foi inicialmente pronunciada, mas seguida de estabilização no final do período da análise. A microrregião de Brejo Santo pareceu acompanhar essa tendência e, embora apresentasse estabilização ao final do período, as variações de redução foram menores que as observadas em Juazeiro do Norte. Contrariamente, houve situações de tendência de aumento da Média-2<sup>o</sup>/3<sup>o</sup> nível nas seguintes microrregiões: Iguatu, Camocim, Icó, Tauá, Tianguá, Sobral (Figura 15).

Fig.15. Número de internações hospitalares (SUS), ocorridas em Fortaleza, no período de 1998 a 2006, com origem na população residente na 11<sup>a</sup> MR Sobral, segundo categorias desagregadas.

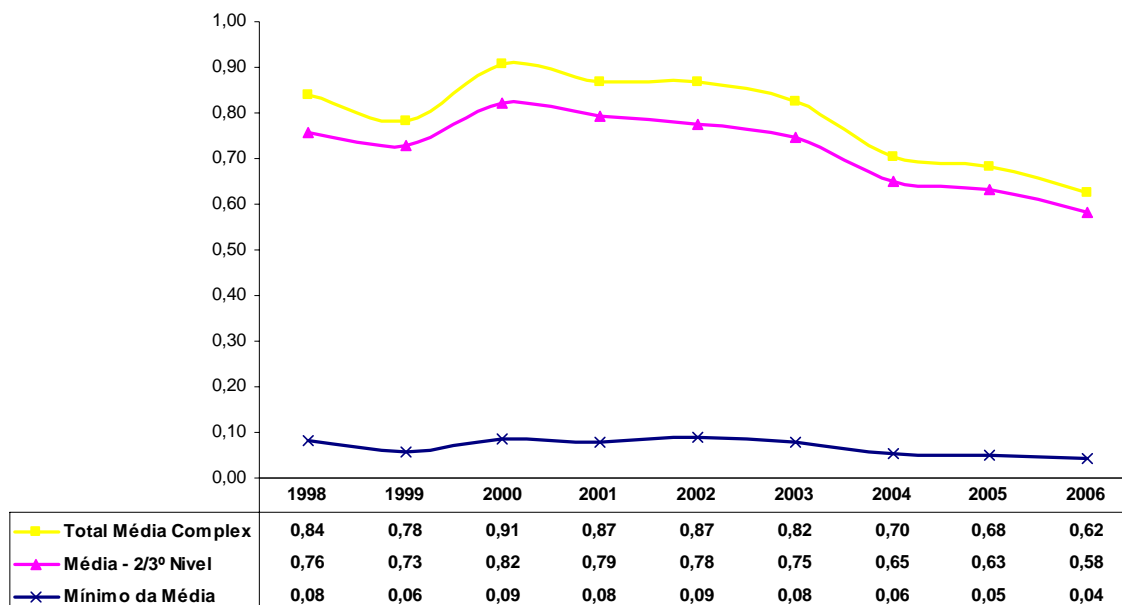


FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

As demais microrregiões apresentaram características peculiares. As MR Itapipoca (Figuras 16 e 16a) e Baturité se diferenciaram com as variações de redução sendo consideradas intermediárias entre as do grupo que Limoeiro do Norte caracterizou e a de Juazeiro do Norte. A MR Fortaleza configurou um caso curioso, pois no PDR/2001 constavam fluxos no 2<sup>o</sup> nível de referência, de todos os municípios de sua abrangência, exceto Ocara e Chorozinho, para Fortaleza. Portanto aí se poderia esperar estabilização ou até aumento, mas o que se verificou foi redução. Pode ser que essa redução tenha ocorrido mais em acompanhamento à

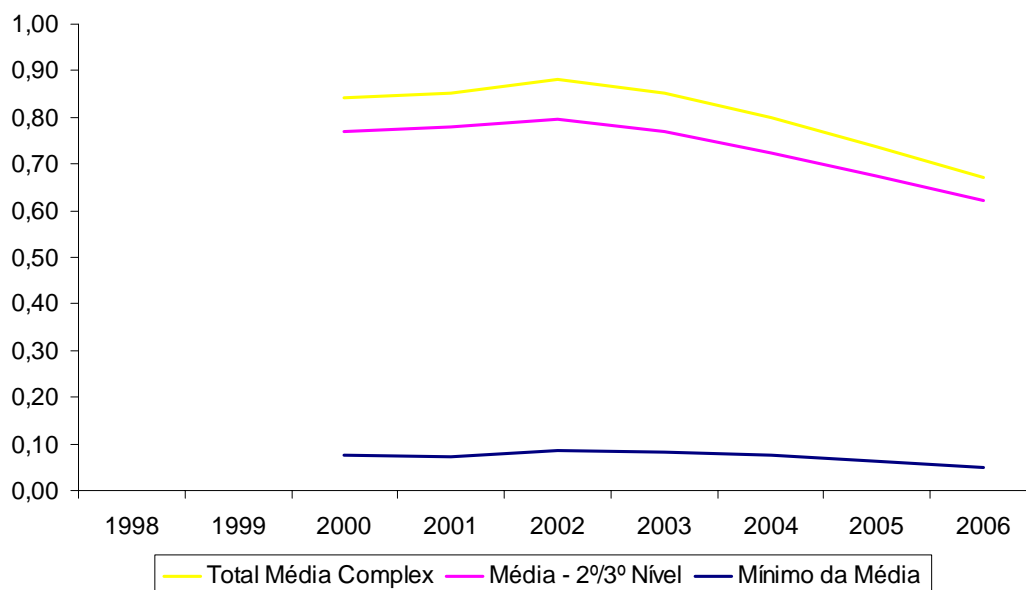
tendência do estado e do país, do que propriamente sob a influência da organização de serviços em microrregiões.

Fig.16. Número de internações hospitalares (SUS), ocorridas em Fortaleza, no período de 1998 a 2006, com origem na população residente na 6ª MR Itapipoca, segundo categorias da média complexidade.



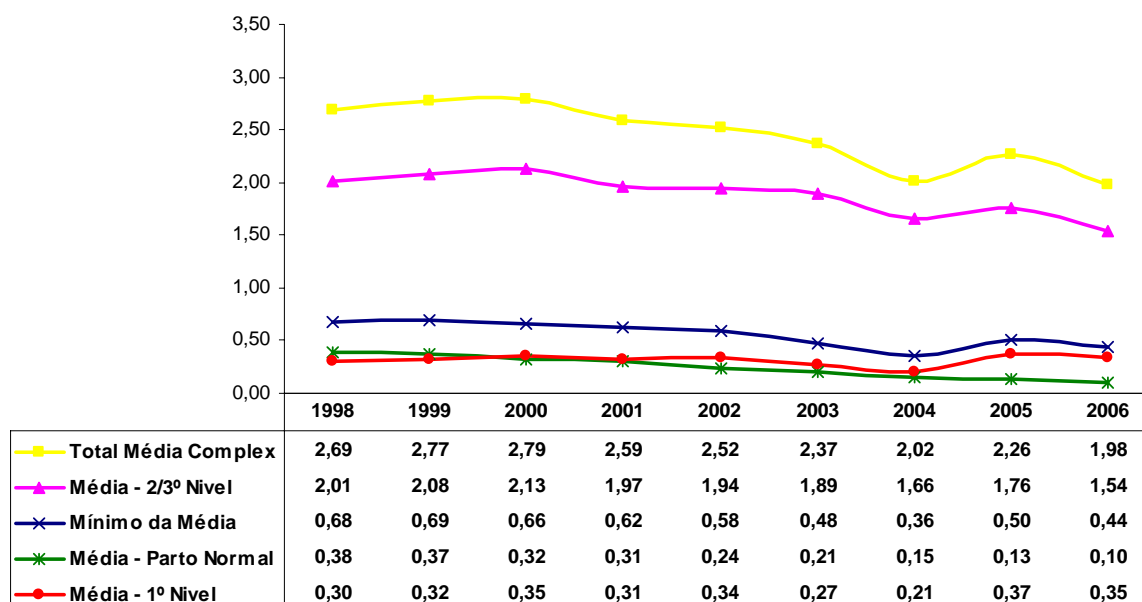
FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Fig.16a. Médias móveis de ordem três do número de internações da média complexidade ocorridas em Fortaleza, no período de 1998 a 2006, com origem na população residente na 6ª MR Itapipoca. Ceará, 1998 a 2006.



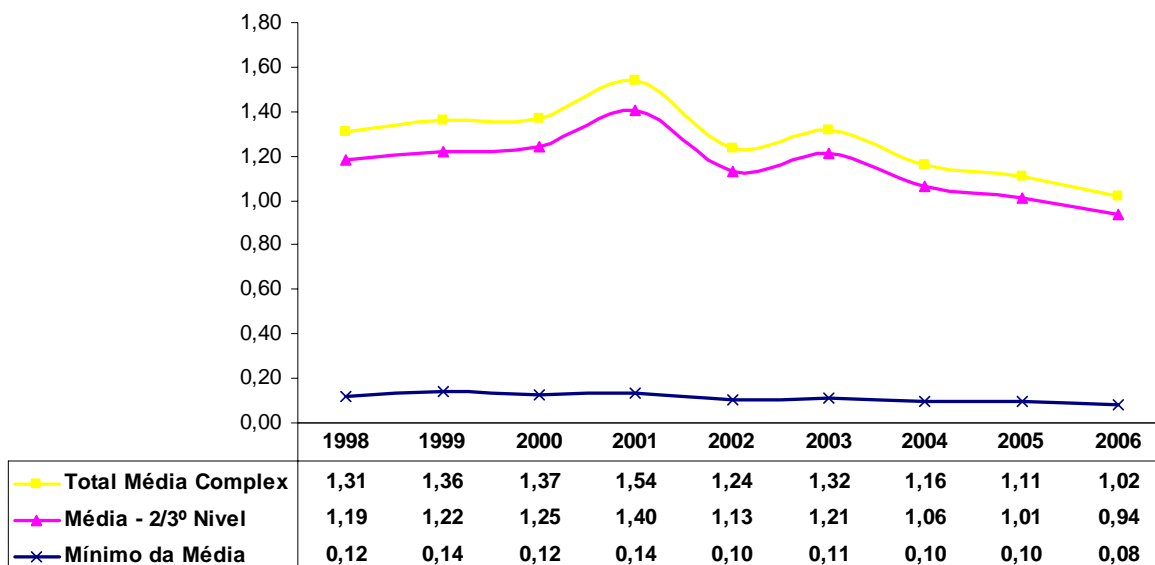
A situação da MR Caucaia pareceu acompanhar a tendência de redução da Média-2º/3º nível, na MR Fortaleza, compondo juntamente com Maracanaú o grupo com as maiores médias de transferências para o município de Fortaleza. Ainda assim, quando se considera o conjunto das internações originadas em Caucaia, sobressaiu uma redução em relação ao parto normal. Todavia, as curvas da Média/1º nível e a Mínimo da média apresentaram aumento, a partir de 2004, com tendência resultante similar à do início do período (Figura 17). A MR Baturité (Figuras 18 e 18a) também não apresentou variação em relação ao Mínimo da média, ainda que o número relativo de internações em Fortaleza fosse inferior ao de Caucaia. Ademais, cabe aqui questionar se, aliada à situação geográfica, não estariam os recursos organizacionais, mais disponíveis em Fortaleza, a potencializar a manutenção das tendências analisadas.

Fig.17. Número de internações hospitalares (SUS), ocorridas em Fortaleza, no período de 1998 a 2006, com origem na população residente na 2ª MR Caucaia, segundo categorias da média complexidade.



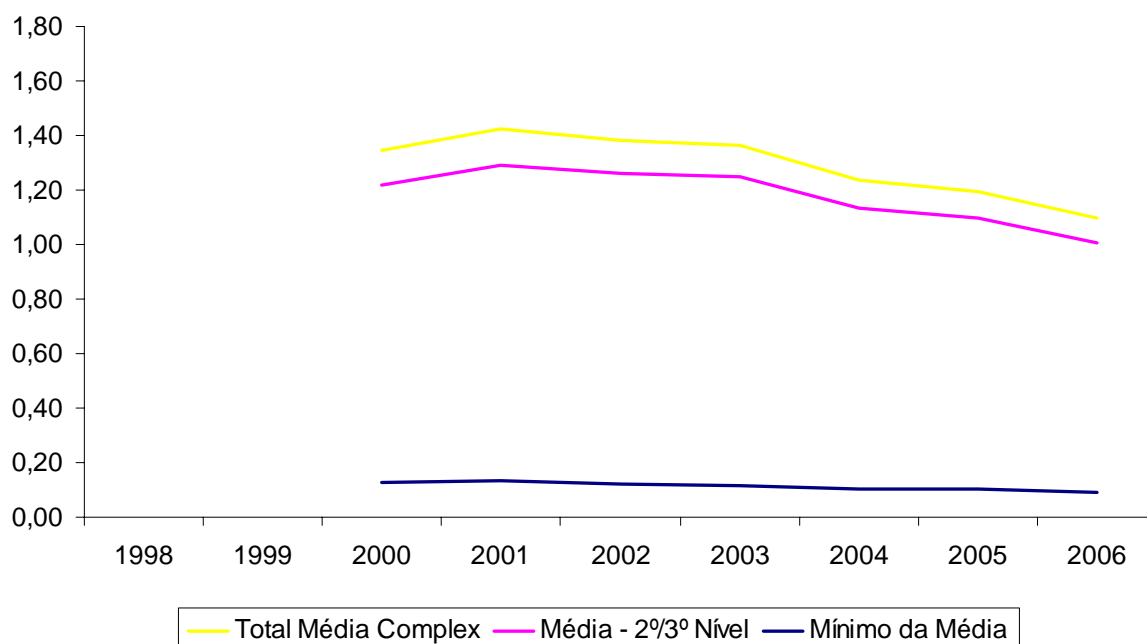
FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Fig.18. Número de internações hospitalares (SUS), ocorridas em Fortaleza, no período de 1998 a 2006, com origem na população residente na 4ª MR Baturité, segundo categorias da média complexidade.



FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Fig.18a. Médias móveis de ordem três do número de internações da média complexidade ocorridas em Fortaleza, no período de 1998 a 2006, com origem na população residente na 4ª MR Baturité. Ceará, 1998 a 2006.



Um dos grandes desafios da microrregionalização, sem dúvida, é o de organizar o sistema de modo a reduzir as transferências indevidas para Fortaleza, isto é, aquelas que dizem respeito à suficiência almejada desde a atenção primária até a secundária. Em relação a esta última - objeto da análise – ainda foram examinadas as categorias do Mínimo da média e da Média-2º/3º nível, mediante o confronto entre as transferências das microrregiões para o município de Fortaleza e as internações de todo o estado. Com a Tabela 38, observou-se o Mínimo da média complexidade, com mais redução que aumento de internações; sendo estes valores superiores nas transferências para Fortaleza quando comparados aos do estado. Já na Média-2º/3º nível houve aumento das transferências para Fortaleza, de 1998 a 2000, em padrão superior ao das internações no estado. A partir de 2001 foram observadas maiores reduções em relação às transferências para Fortaleza ainda que intercaladas por aumentos; esses, em 2003, foram maiores nas transferências para Fortaleza e em 2005, os valores se aproximaram. De modo geral os resultados, em relação às transferências para Fortaleza, a um só tempo, parecem favorecer a microrregionalização, no caso do Mínimo da Média e, indicar desafios a serem superados, nas internações da Média-2º/3º nível. Ainda que não seja possível afirmar sobre o quanto de redução nestas transferências seria necessário para firmar um juízo de valor sobre a intervenção com o que foi atingido. Assim, também resultou importante analisar o fluxo das internações nas microrregiões.

Tabela 38. Variação percentual nas transferências de residentes nas microrregiões para o município de Fortaleza, em relação ao Ceará, no Mínimo da média e Média-2º/3º nível. Ceará, 1998-2006.

ANO	MÍNIMO DA MÉDIA				MÉDIA-2º/3º nível			
	CEARA		Para FORTALEZA*		CEARA		Para FORTALEZA*	
	Nº /hab	Variação	Nº /hab	Variação	Nº /hab	Variação	Nº /hab	Variação
1998	3,06		0,14		4,26		0,71	
1999	3,00	-1,96	0,15	7,14	4,35	2,11	0,75	5,63
2000	2,84	-5,33	0,16	6,67	4,41	1,38	0,83	10,67
2001	2,69	-5,28	0,13	-18,75	4,09	-7,26	0,76	-8,43
2002	2,68	-0,37	0,13	0,00	4,01	-1,96	0,74	-2,63
2003	2,47	-7,84	0,11	-15,38	3,97	-1,00	0,77	4,05
2004	2,36	-4,45	0,09	-18,18	4,03	1,51	0,69	-10,39
2005	2,38	0,85	0,10	11,11	4,10	1,74	0,70	1,45
2006	2,16	-9,24	0,09	-10,00	3,87	-5,61	0,65	-7,14

FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

NOTA: \* Exclui internações de residentes e a população do próprio município (Fortaleza).

#### 4. O fluxo das internações nas microrregiões

Na análise das internações em cada microrregião considerou-se inicialmente a internação total e, em seguida, a média complexidade com seus componentes: Mínimo da média, desagregado em Média/1º nível e Média/parto normal e, Média - 2º/3º nível. Na Tabela 39, referente ao total das internações, se destacaram as microrregiões de Brejo Santo, Crato, Fortaleza, Juazeiro e Sobral com os maiores indicadores de utilização; inclusive superando a média do estado, na maioria dos anos analisados. Aqui também se verificou a situação já relatada, na análise das transferências para o município de Fortaleza, onde os maiores valores predominaram em microrregiões com municípios de referência macrorregional.

Tabela 39. Número de internações hospitalares/SUS por habitante, segundo microrregiões. Ceará, 1998-2006.

Macrorregião	MICRORREGIÃO	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
MACRO CARIRI	Brejo Santo	8,85	9,16	9,33	8,50	7,69	6,96	8,23	8,17	7,56
	Crato	9,04	9,33	8,84	8,42	8,45	8,54	8,57	8,41	8,93
	Juazeiro do Norte	7,44	7,24	8,11	7,57	8,06	7,62	7,19	7,46	7,94
MACRO FORTALEZA	Aracati	5,56	5,98	4,97	4,91	5,43	4,60	4,81	4,46	4,31
	Baturité	5,15	5,13	4,98	4,35	4,58	4,16	4,70	4,93	4,66
	Canindé	6,34	6,34	5,67	5,37	5,74	5,02	4,85	4,93	4,23
	Caucaia	3,90	4,18	3,86	3,61	3,85	3,32	3,26	2,97	2,80
	Fortaleza	8,87	9,07	9,24	8,81	8,63	8,65	8,38	8,51	8,00
	Icó	7,91	8,11	7,82	6,94	6,54	5,83	6,51	6,43	5,92
	Iguatu	7,67	7,69	7,70	7,06	6,68	6,27	6,34	6,79	5,21
	Itapipoca	6,20	6,23	5,83	4,92	5,01	4,69	4,96	5,04	4,86
	Limoeiro do Norte	5,56	5,85	5,23	5,43	5,66	5,18	5,30	5,23	4,69
	Maracanaú	5,65	4,94	4,86	4,55	4,99	5,02	4,73	4,45	4,25
MACRO SOBRAL	Quixadá	6,92	6,72	6,66	6,06	5,78	6,02	5,46	5,62	4,76
	Russas	6,27	6,35	6,44	6,00	5,75	4,76	5,19	4,95	4,55
	Tauá	6,63	6,67	5,96	6,68	5,93	5,98	6,07	5,22	6,26
	Acaraú	6,01	6,18	5,90	5,13	4,13	3,66	4,37	4,09	3,94
	Camocim	4,87	4,98	4,83	4,28	4,34	4,02	4,64	5,12	4,70
MACRO SOBRAL	Crateús	7,45	7,47	7,10	6,05	6,21	6,02	5,96	6,00	5,69
	Sobral	8,50	8,30	8,02	7,49	7,46	7,37	7,43	8,67	7,22
	Tianguá	5,34	5,93	5,39	5,37	5,26	4,72	4,88	4,58	4,14
<b>CEARÁ</b>		<b>7,40</b>	<b>7,49</b>	<b>7,40</b>	<b>6,93</b>	<b>6,88</b>	<b>6,66</b>	<b>6,63</b>	<b>6,73</b>	<b>6,28</b>

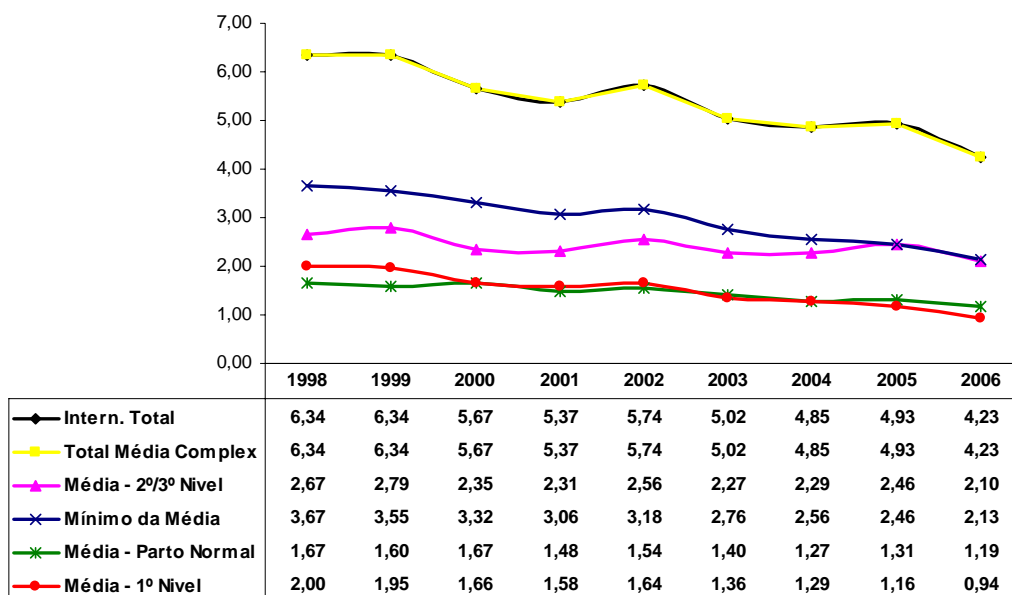
FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

A média complexidade correspondeu ao total das internações nas microrregiões, a exemplo da MR Canindé (Fig. 19), exceto nas MR Fortaleza, Juazeiro do Norte e Sobral que, além desse nível, também realizaram a alta



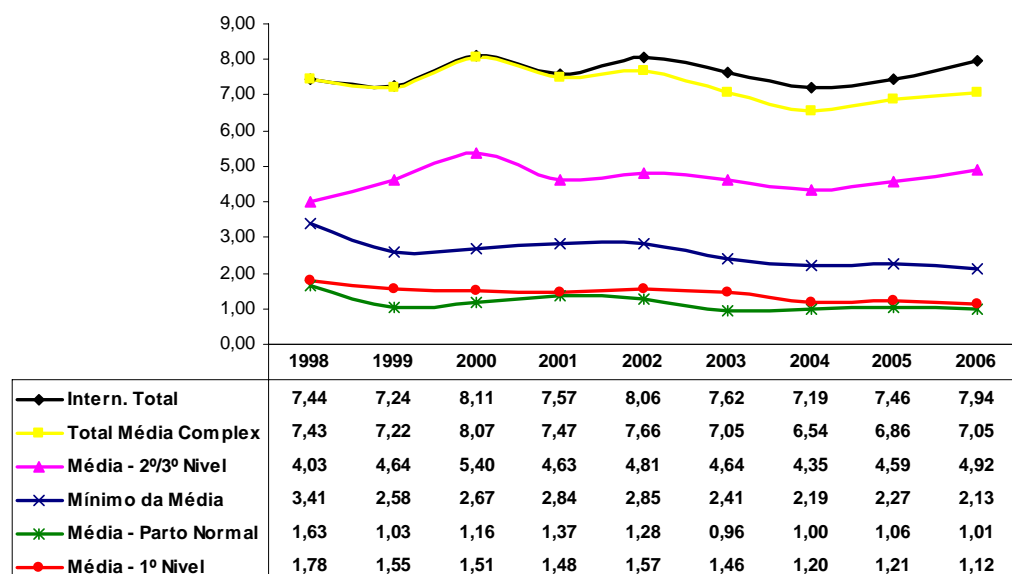
complexidade. A Figura 20 ilustra essa situação, com a MR Juazeiro do Norte; aí se observou a separação entre as curvas do total e da média, a partir de 2001, em função do aumento das internações da alta complexidade em Barbalha. Ao mesmo tempo, nesse município, foi instalada uma faculdade de medicina.

Fig.19. Número de internações hospitalares/SUS por habitante na 5ª MR Canindé segundo níveis de complexidade. Ceará, 1998-2006.



FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Fig. 20. Número de internações hospitalares/SUS por habitante na 21ª MR Juazeiro do Norte segundo níveis de complexidade. Ceará, 1998-2006.

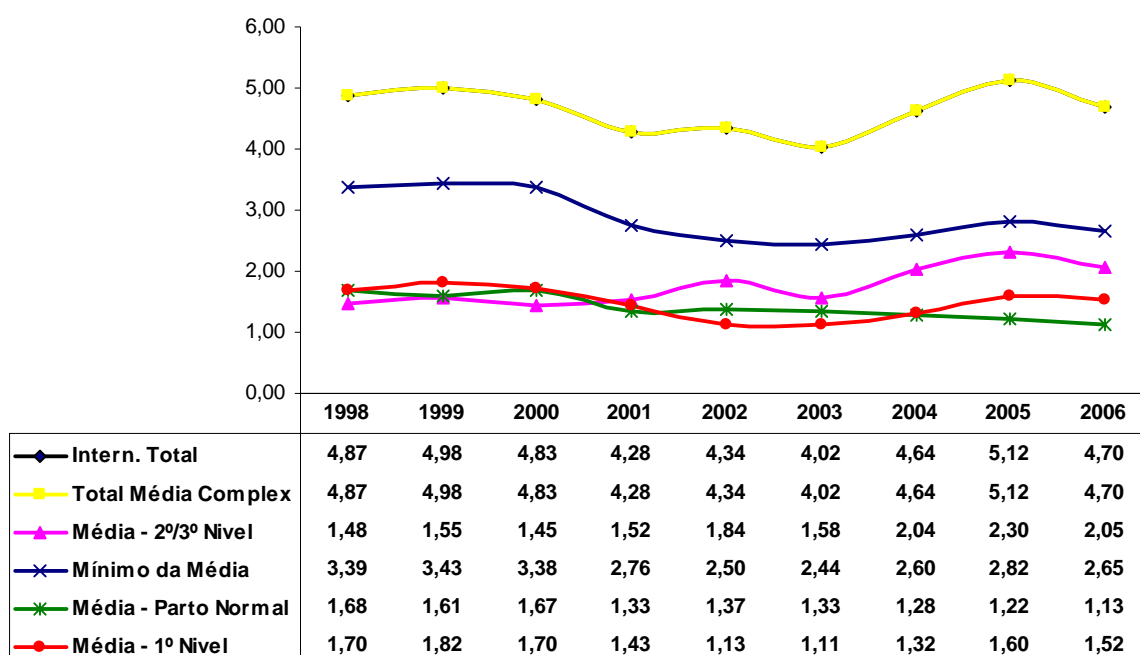


FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Na análise dos componentes da média complexidade, confrontando o Mínimo da média e a Média-2<sup>o</sup>/3<sup>o</sup> nível, as microrregiões foram caracterizadas em três situações:

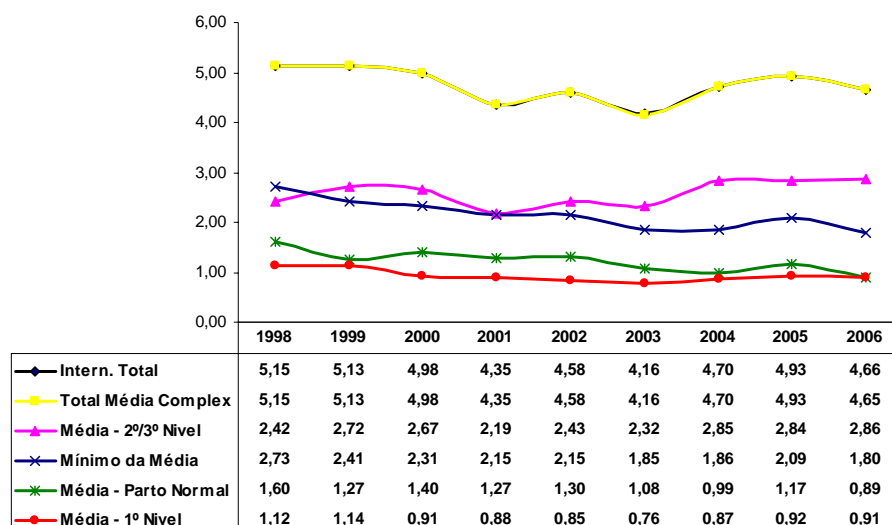
- a) Mínimo da média predominantemente superior à Média-2<sup>o</sup>/3<sup>o</sup> nível em 06 (seis) microrregiões - Acaraú, Camocim (Figura 21), Canindé, Caucaia, Tauá e Tianguá;
- b) Média-2<sup>o</sup>/3<sup>o</sup> nível predominando em 10 (dez) microrregiões - Aracati, Baturité, Crato, Fortaleza, Juazeiro do norte, Limoeiro do Norte, Maracanaú, Quixadá, Russas e Sobral. A Figura 22, além de ilustrar esta situação na MR Baturité, permitiu observar que a partir de 1999, a Média-2<sup>o</sup>/3<sup>o</sup> nível foi superior ao Mínimo da média, sendo a tendência de aumento mais acentuada após 2003. Caberia aqui questionar se esse aumento estaria relacionado à organização da atenção secundária em microrregiões, a de Baturité se constituindo, em 1998, no projeto piloto.
- c) Nas microrregiões restantes - Brejo Santo, Icó, Iguatu, Itapipoca e Quixadá - as duas categorias tiveram participação similar seja no número relativo de internações, a exemplo da MR Brejo Santo, seja no período da predominância de uma sobre a outra, como nas MR Icó e Quixadá.

Fig. 21. Número de internações hospitalares/SUS por habitante na 15<sup>a</sup> MR Camocim segundo níveis de complexidade. Ceará, 1998-2006.



FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Fig. 22. Número de internações hospitalares/SUS por habitante na 4ª MR Baturité segundo níveis de complexidade. Ceará, 1998-2006.



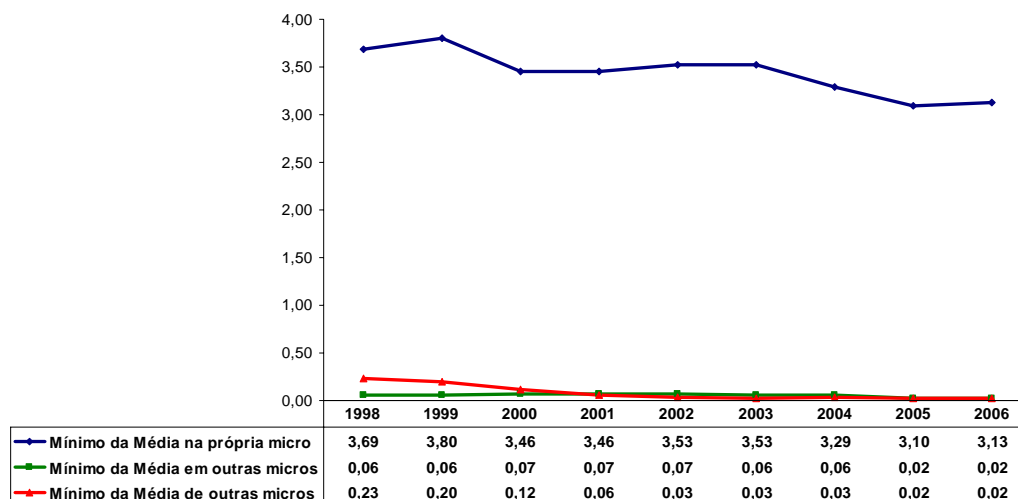
FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Uma outra estratégia de abordagem do Mínimo da média e da Média-2º/3º nível foi adotada ao se tomar as microrregiões como unidade de análise. Assim, adicionalmente, foram utilizadas as categorias operacionais referidas às internações em cada microrregião: de residentes “nas próprias”, de transferidos “de outras” e, “em outras”, quando seus residentes foram internados em outras microrregiões. Na construção do indicador da categoria “de outras”, constou no denominador o total da população referente à microrregião de destino; assim, se buscou identificar, nessa população, o número relativo de internações para o atendimento às referências.

#### 4.1 - As internações “Mínimo da média complexidade” de residentes nas próprias, em outras e de outras microrregiões

Em relação às internações do Mínimo da média complexidade, de modo geral, predominaram as de residentes na própria microrregião quando confrontadas às categorias “em outras” e “de outras” microrregiões. Em princípio esses resultados se colocaram como favoráveis à microrregionalização. Entretanto, não foi observada a tendência de aumento das internações de residentes na própria microrregião. Os aumentos ocorridos no período de análise foram seguidos de reduções e de retorno das médias aos valores próximos ou inferiores aos antes observados; mantendo-se a tendência resultante de leve redução na maioria das microrregiões, a exemplo de Crato (Figura 23).

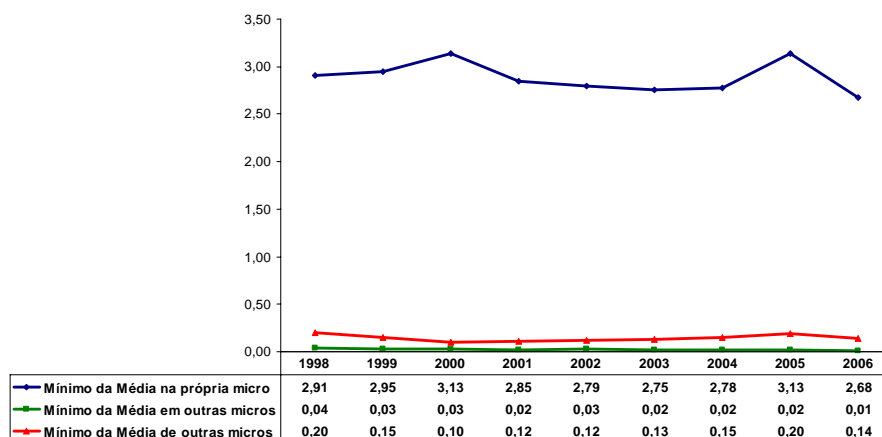
Fig. 23. Fluxo das internações no nível mínimo da média complexidade: 20<sup>a</sup>. MR Crato. Ceará, 1998-2006.



FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

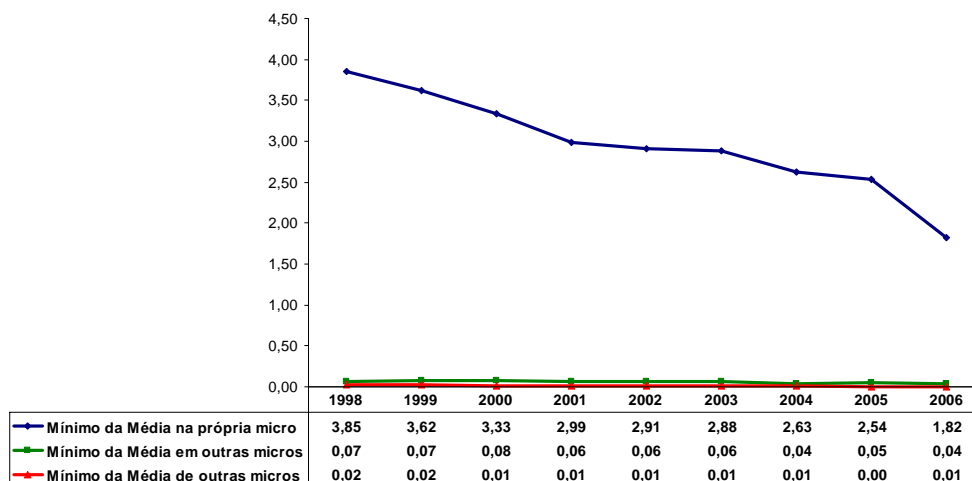
Ainda sobre as internações do Mínimo da média complexidade, nas situações como as observadas em Sobral (Fig. 24) e Icó, a tendência foi de estabilização após a alternância de fases de pequenos aumentos e reduções. Já as MR Fortaleza e Quixadá (Fig. 25 e 25a) se destacaram pela queda destas internações; na MR Fortaleza, a partir de 1999 e, na MR Quixadá, mais pronunciada, ocorrendo em todo o período.

Fig. 24. Fluxo das internações no nível mínimo da média complexidade: 11<sup>a</sup> MR Sobral. Ceará, 1998-2006.



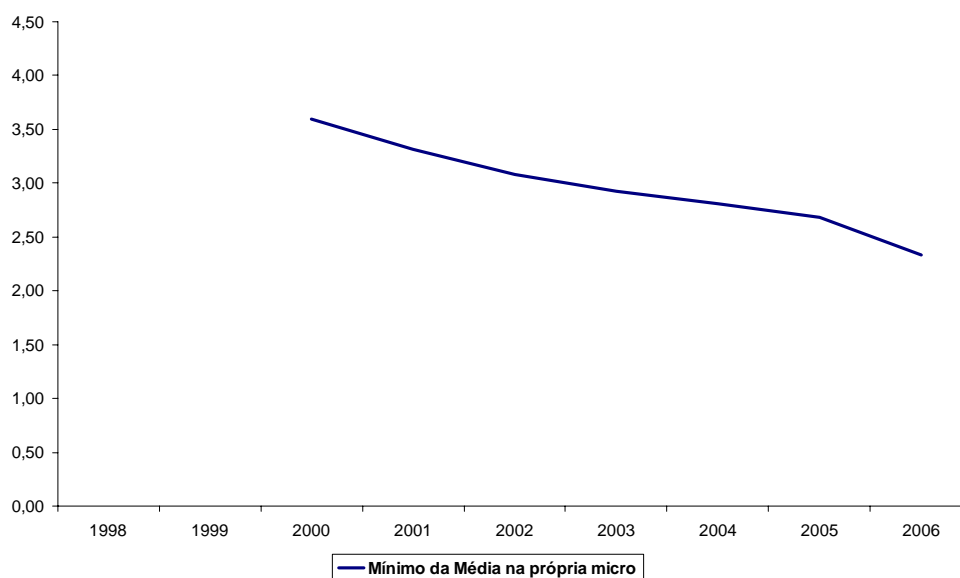
FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Fig. 25. Fluxo das internações no nível Mínimo da média complexidade: 8ª. MR Quixadá. Ceará, 1998-2006.



FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Fig. 25a. Médias móveis de ordem três das internações no mínimo da média complexidade: 8ª. MR Quixadá. Ceará, 1998-2006.



A questão que estes resultados colocam é se a redução observada nas internações do Mínimo da média complexidade - de residentes nas próprias microrregiões -, em 17 (dezessete) ou 80,9% das unidades de análise, não estaria a indicar um incrementalismo indesejável no processo de implantação ou mesmo um cenário desfavorável à intervenção sob avaliação. Desta perspectiva de análise,

ainda que sob o contexto nacional de redução, seria desejável um aumento das internações na própria microrregião e redução na categoria em outras.

#### **4.2 - As internações “Média complexidade – 2º/3º nível” de residentes nas próprias, em outras e de outras microrregiões**

Se, em função dos compromissos de gestão assumidos com a NOAS/SUS - 01/02, foi afirmado como favorável à microrregionalização, o aumento nas internações Mínimo da média, de residentes nas próprias microrregiões, em relação às internações em outras ou de outras, o mesmo não se poderia pressupor ao analisar as de Média – 2º/3º nível. Primeiro, em função do PDR/2001 haver contemplado as transferências nesse nível, como citado anteriormente, a partir de todas as microrregiões para os respectivos pólos macrorregionais. Segundo, a maior demanda por recursos implicada na organização da atenção neste nível de complexidade. Contraditoriamente, se observou o aumento das internações na Média – 2º/3º nível, em um grupo de microrregiões; talvez aí sendo favorecida a organização da atenção secundária, neste nível, para além do previsto no PDR.

Na análise das internações de residentes nas próprias microrregiões, com a Tabela 40, observaram-se tendências de aumento da Média – 2º/3º nível, nas MR Baturité, Camocim, Crato, Maracanaú e em menor magnitude na MR Tauá. Dentre essas, as MR Camocim e MR Baturité com situações mais favoráveis, ilustradas respectivamente nas Figuras 26; 26a e 27; 27a, pois, além do aumento na própria microrregião também houve redução das internações de seus residentes em outras. Vale ressaltar que a MR Camocim constou dentre as priorizadas na Programação Pactuada e Integrada (PPI) - 2001/2002 com incentivos à expansão da oferta de serviços da Média–2º/3º nível nos pólos microrregionais (SESA, 2002k).

Ainda em relação às internações da Média–2º/3º nível, de residentes nas próprias microrregiões (Tabela 40), um grupo de 10 (dez) - MR Aracati, MR Brejo Santo, MR Caucaia, MR Itapipoca, MR Limoeiro do Norte, MR Quixadá, MR Tianguá, MR Fortaleza, MR Juazeiro do Norte e MR Sobral – se destacou com aumentos seguidos de reduções e tendências resultantes estáveis. Dentre estas, as de Fortaleza, Juazeiro do Norte e Sobral apresentaram médias estáveis em todo o

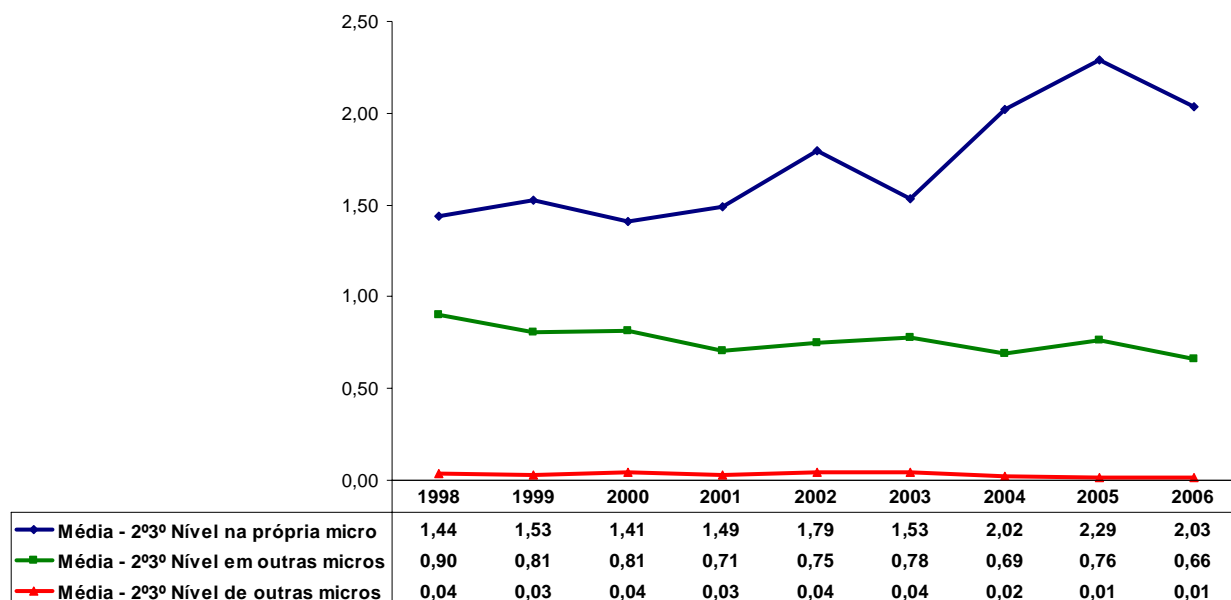
período. As microrregiões restantes (Canindé, Crateús, Icó, Iguatu, Russas e Sobral) tiveram reduções nas internações da própria população residente, o que em princípio poderia configurar uma situação desfavorável à microrregionalização. Em aberto a questão se essas reduções se dariam acompanhando a tendência nacional, portanto mais vinculadas aos parâmetros do financiamento federal, do que propriamente à intervenção sob análise. Por último, considere-se o fato de que as internações de residentes na própria microrregião têm uma maior participação no total das internações ocorridas, quando confrontadas com as de residentes em outras microrregiões e também de sua própria população em outras. Isto foi verificado, com uma varredura nos gráficos construídos, para todas as microrregiões, onde se observou que apenas na MR Caucaia as internações de sua população em outras microrregiões predominaram sobre as da própria.

Tabela 40. Número relativo de internações de residentes nas próprias microrregiões na Média – 2º/3º nível. Ceará, 1998-2006.

MICRORREGIÃO	ANO									
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Crato	4,17	4,49	4,43	4,27	4,34	4,44	4,72	4,69	5,10	
Brejo Santo	4,09	4,32	4,33	3,86	3,41	3,30	4,09	4,08	3,63	
Juazeiro do Norte	3,44	4,00	4,61	3,96	4,12	3,87	3,65	3,99	4,19	
Iguatu	3,73	3,90	3,91	3,70	3,24	3,09	3,12	3,20	2,46	
Camocim	1,44	1,53	1,41	1,49	1,79	1,53	2,02	2,29	2,03	
Icó	4,08	4,40	4,40	3,75	3,20	2,60	3,01	2,80	2,75	
Crateús	4,01	4,06	3,73	3,03	2,85	2,92	2,92	2,76	2,62	
Tauá	2,74	2,67	2,44	2,95	2,61	2,70	2,82	2,48	3,09	
Tianguá	2,06	2,16	2,09	2,22	2,19	2,08	2,25	2,04	1,94	
Acaraú	1,85	2,28	2,38	2,21	1,45	1,26	1,73	1,72	1,83	
Sobral	4,13	3,91	3,58	3,39	3,35	3,32	3,34	3,84	3,29	
Limoeiro do Norte	2,86	3,15	2,92	3,04	2,86	2,41	2,84	2,98	2,79	
Russas	3,02	3,17	3,35	3,05	2,68	2,42	2,85	2,70	2,58	
Quixadá	3,01	3,06	3,30	3,05	2,85	3,12	2,81	3,06	2,89	
Aracati	2,92	3,15	2,57	2,47	3,07	2,65	2,97	2,73	2,43	
Itapipoca	2,83	2,95	2,75	2,34	2,34	2,33	2,65	2,52	2,36	
Canindé	2,65	2,78	2,35	2,30	2,55	2,26	2,29	2,46	2,09	
Baturité	2,38	2,64	2,61	2,16	2,41	2,30	2,82	2,83	2,84	
Fortaleza	4,69	4,88	4,97	4,63	4,57	4,62	4,63	4,77	4,44	
Maracanaú	2,35	2,04	2,31	2,29	2,68	2,85	2,95	2,67	2,52	
Caucaia	1,27	1,53	1,58	1,51	1,54	1,43	1,51	1,24	1,39	

FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Fig. 26. Fluxo das internações na Média – 2º/3º nível: 16ª. MR Camocim. Ceará, 1998-2006.



FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Fig. 26a. Médias móveis de ordem três do fluxo das internações na média – 2º/3º nível: 16ª MR Camocim. Ceará, 1998-2006.

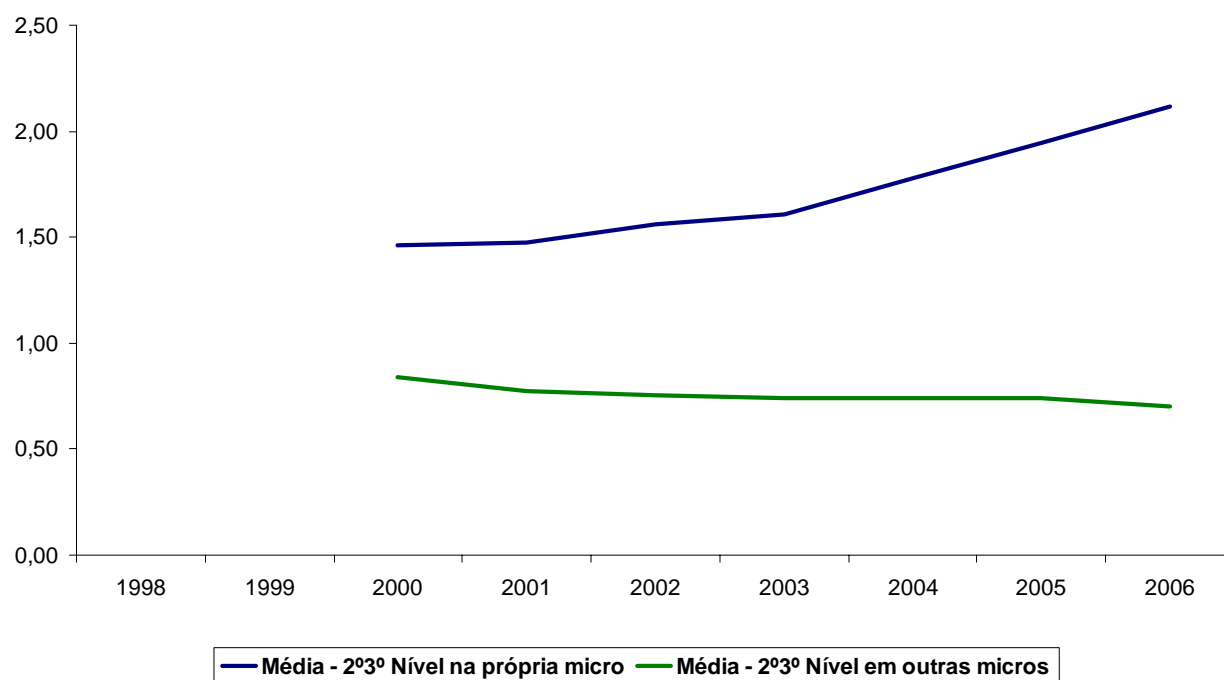
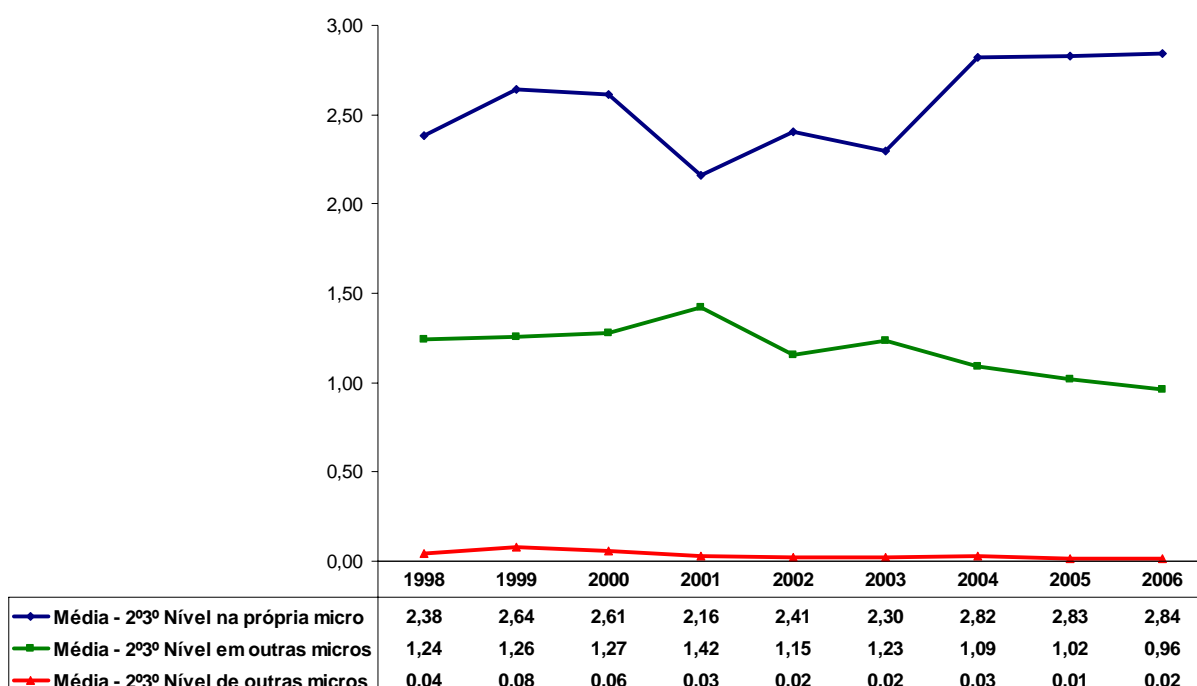


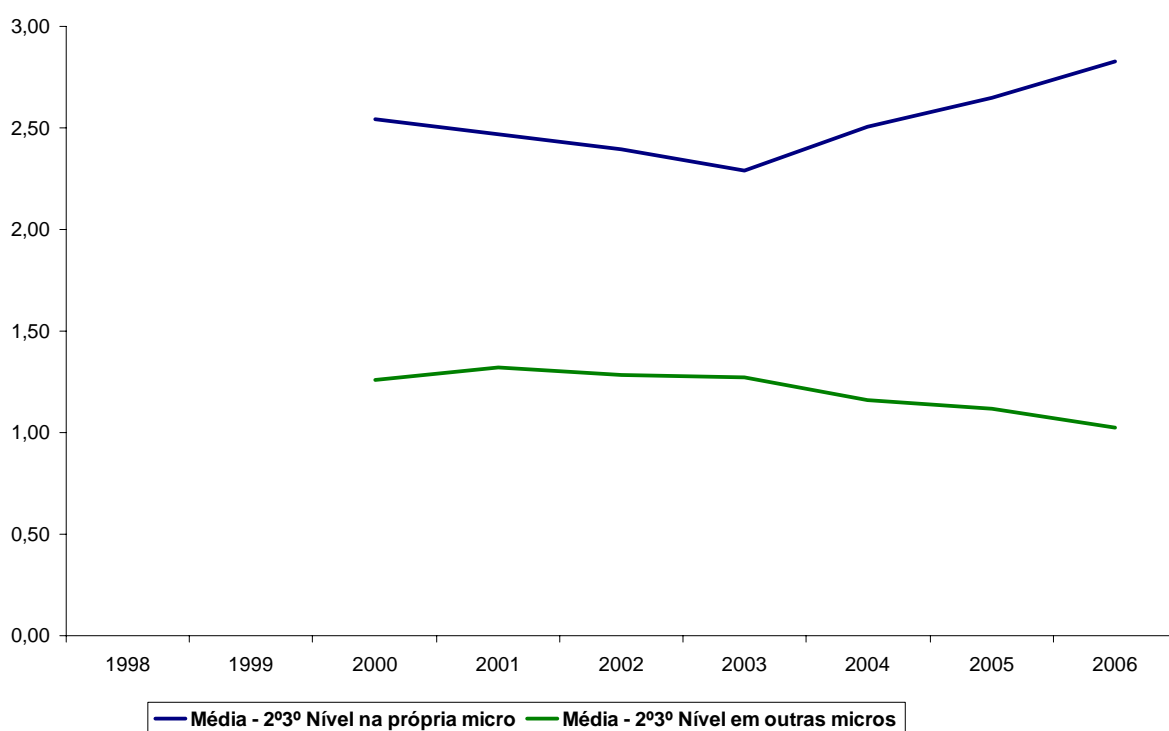


Fig. 27. Fluxo das internações na Média – 2º/3º nível: 4ª MR Baturité. Ceará, 1998-2006.



FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Fig. 27a. Médias móveis de ordem três das internações na média – 2º/3º nível: 4ª MR Baturité. Ceará, 1998-2006.



A situação da MR Caucaia, antes descrita, implicou na análise das demais microrregiões em relação às internações de seus residentes em outras microrregiões na Média – 2º/3º nível. Na Tabela 41, as microrregiões foram caracterizadas em três grupos conforme os intervalos da internação por habitante que predominou no período: o grupo que reuniu a MR Caucaia, MR Maracanaú, MR Baturité e MR Acaraú com predomínio de mais de 1,0 internação/habitante; o de indicador menor que 0,5 formado pelas MR Iguatu, MR Crato, MR Juazeiro do Norte, MR Sobral e MR Fortaleza; e, entre os dois anteriores, o grupo formado pelas demais microrregiões com valores predominantes maiores que 0,5 e menores que 1,0 internação/habitante.

Tabela 41. Distribuição das internações na média – 2º/3º nível de residentes de cada microrregião ocorridas em outras. Ceará, 1998-2006.

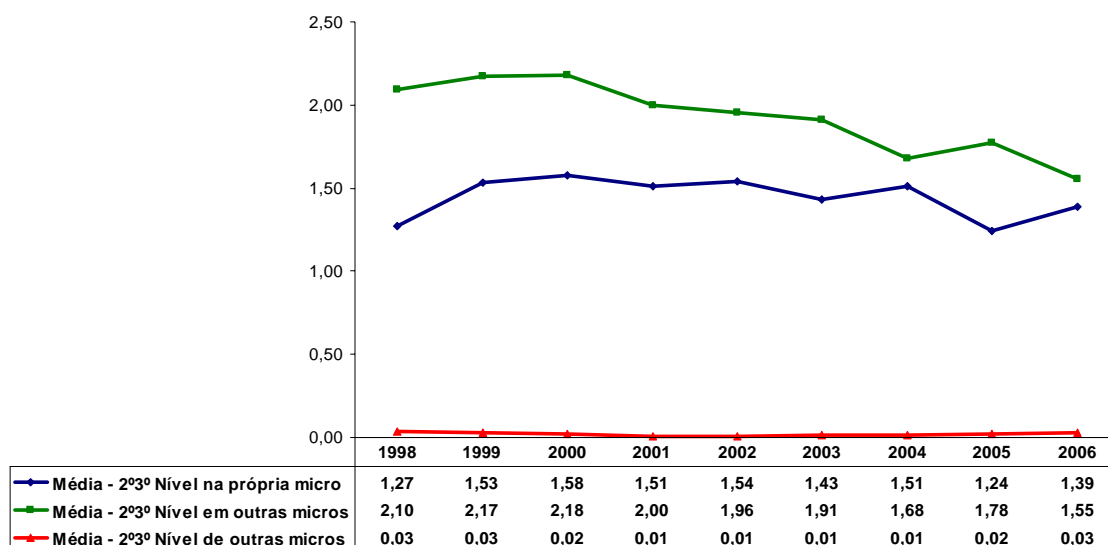
<b>Micros</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>Total</b>
<b>Caucaia</b>	2,10	2,17	2,18	2,00	1,96	1,91	1,68	1,78	1,55	1,93
<b>Maracanaú</b>	1,86	2,02	2,25	1,96	1,79	1,77	1,63	1,73	1,58	1,84
<b>Baturité</b>	1,24	1,26	1,27	1,42	1,15	1,23	1,09	1,02	0,96	1,18
<b>Acaraú</b>	0,89	0,91	1,07	1,01	1,01	1,11	0,95	1,22	0,98	1,02
<b>Tianguá</b>	1,06	1,03	0,96	0,98	0,97	1,01	0,94	1,07	0,72	0,97
<b>Aracati</b>	0,90	0,98	1,17	1,09	0,96	0,99	0,75	0,81	0,80	0,94
<b>Limoeiro do Norte</b>	0,85	0,87	0,95	1,01	1,13	1,10	0,90	0,82	0,73	0,93
<b>Russas</b>	0,78	0,86	0,89	0,80	0,93	0,97	0,80	0,80	0,77	0,84
<b>Camocim</b>	0,90	0,81	0,81	0,71	0,75	0,78	0,69	0,76	0,66	0,76
<b>Icó</b>	0,78	0,74	0,81	0,74	0,65	0,76	0,81	0,81	0,73	0,76
<b>Canindé</b>	0,78	0,83	0,88	0,76	0,73	0,72	0,61	0,63	0,69	0,74
<b>Quixadá</b>	0,69	0,73	0,89	0,80	0,72	0,74	0,70	0,65	0,64	0,73
<b>Itapipoca</b>	0,79	0,74	0,83	0,80	0,78	0,75	0,65	0,64	0,58	0,73
<b>Brejo Santo</b>	0,58	0,59	0,64	0,58	0,60	0,69	0,67	0,67	0,67	0,63
<b>Crateús</b>	0,59	0,55	0,56	0,53	0,54	0,64	0,66	0,75	0,59	0,60
<b>Tauá</b>	0,54	0,61	0,63	0,62	0,71	0,61	0,54	0,50	0,56	0,59
<b>Iguatu</b>	0,40	0,37	0,38	0,37	0,37	0,46	0,38	0,40	0,42	0,39
<b>Crato</b>	0,37	0,43	0,54	0,42	0,44	0,40	0,33	0,26	0,32	0,39
<b>Juazeiro do Norte</b>	0,40	0,38	0,48	0,37	0,33	0,34	0,41	0,33	0,36	0,38
<b>Sobral</b>	0,16	0,13	0,15	0,16	0,18	0,17	0,17	0,18	0,19	0,17
<b>Fortaleza</b>	0,05	0,04	0,03	0,02	0,03	0,02	0,02	0,01	0,02	0,03

FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Mais que observar o intervalo do número de internações por habitantes, na abordagem anterior, importou analisar as tendências na internação de residentes das microrregiões em outras, na Média – 2º/3º nível. Assim, se pôde verificar que além da MR Camocim e MR Baturité, já destacadas, também apresentaram redução das internações em outras microrregiões as MR Maracanaú, Aracati e Caucaia.

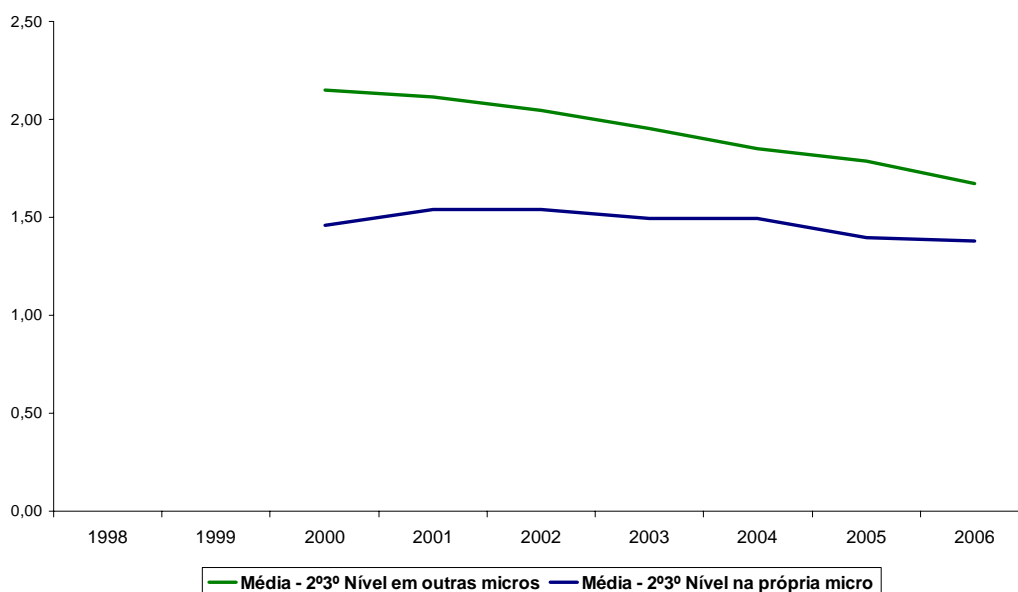
Assim, a MR Caucaia, apesar da curva “em outras” ter predominado sobre a “da própria”, a microrregião se destacou na tendência de redução (Figuras 28; 28a) quando nas MR Acaraú e Crateús se observou aumento e, nas demais 14 (quatorze), a situação do indicador se manteve praticamente a mesma no período.

Fig. 28. Fluxo das internações na média – 2º/3º nível: 2ª. MR Caucaia. Ceará, 1998-2006.



FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Fig. 28a. Médias móveis de ordem três na média – 2º/3º nível: 2ª. MR Caucaia. Ceará, 1998-2006.



É complexa a análise da Média – 2º/3º nível. À dispersão de hospitais com reduzido número de leitos some-se o fato de que, dentre os 184 municípios do Ceará apenas 22 (vinte e dois) não realizaram internações da Média – 2º/3º nível. A análise do conjunto das microrregiões apontou uma dispersão desses procedimentos nos municípios, em todo o estado, assim caracterizando um distanciamento em relação às diretrizes da NOAS no sentido de sua concentração nos pólos microrregionais. Ademais, nos limites da análise, não foram identificados registros de monitoramento da PPI articulado ao funcionamento da câmara de compensação. Mais parecendo que a alocação de recursos, relativamente à população de referência, configurou uma estratégia de ampliação dos limites financeiros dos municípios. Talvez aqui se localize o maior desafio para os gestores dado que implicado em mudanças no modelo assistencial e no enfrentamento de fatores políticos que precisariam ser mais bem compreendidos com outras pesquisas.

Os resultados do presente estudo apontaram tanto potencialidades quanto limites à organização dos serviços com a microrregionalização. Ao analisar o caso de uma microrregião Mota (2007) identificou coerência entre o fluxo de internações e a proposta de regionalização e hierarquização. Contudo, o exame das internações no conjunto das microrregiões, assim caracterizando a situação do estado, propiciaram uma aproximação, de um lado, com a diversidade que vem marcando o processo de implantação dos sistemas microrregionais no Ceará e, de outro, com a necessidade de investigações posteriores que se voltem à dimensão explicativa de seus determinantes sociais, políticos e econômicos.

# CONSIDERAÇÕES FINAIS

## 1. Considerações gerais

A realização deste estudo implicou em vários desafios, alguns deles não superados. Tendo-se trabalhado a microrregionalização enquanto uma intervenção sob avaliação, criou-se a expectativa de dar conta, tanto da abordagem documental quanto na análise de dados secundários, examinando a implantação, desde as questões dos atores, da estrutura, dos recursos organizacionais e gerenciais até chegar ao acesso e utilização, do ambulatório ao hospital. Os limites que se colocaram, já na construção e coleta de dados, contribuíram com ajustes nos percursos pretendidos.

A análise documental, considerando o período do estudo, se revelou complexa. Enquanto pesquisadora também implicada no objeto, com vinculação à instituição e principal fonte documental e participação em parte do processo de implantação dos sistemas microrregionais, pude muitas vezes constatar: a organização ainda não consolidada do acervo institucional, bem como a dispersão de materiais em vários locais, se constituiu em barreiras de acesso às informações.

Na análise de dados secundários, dois limites importantes. O primeiro, com respeito ao exame dos recursos financeiros. O período de análise de 09(nove) anos e a complexa dinâmica da operacionalização do financiamento no SUS, geradora de portarias publicadas quase diariamente e de fragmentação quase inerente, dificultaram a validação de uma matriz que norteasse o referido exame, nos marcos da avaliação normativa. Ademais, a própria estrutura da alocação dos recursos na Programação Pactuada e Integrada/PPI em que pese, a partir de 2002, a desagregação dos mesmos para a população própria e a população referenciada, também resultou em limite não superado ao não desagregar os recursos da média e alta complexidade. O segundo limite ocorreu na análise do acesso e utilização na atenção secundária, no âmbito ambulatorial, pela antes referida indisponibilidade das informações sobre a residência dos usuários no sistema SIA/SUS. Mesmo com

estes limites destacados foi possível viabilizar os objetivos do estudo e, com seus resultados, construir as conclusões e recomendações a seguir relatadas.

## **2. Conclusões**

A microrregionalização dos serviços de saúde instituída no SUS-Ce, em 1998, pôde ser caracterizada em dois períodos. No período 1998-2002 ocorreram movimentos em contextos de iniciativas de reforma do Estado, com predomínio de estratégias voltadas ao aperfeiçoamento da gestão pública mediante a reformulação dos modelos de organização e gestão. No processo destacou-se a descentralização das unidades administrativas regionais e, ainda, a busca de aproximação das esferas de governo estadual e municipal. Os resultados deste primeiro período tiveram continuidade, ao se ajustarem à política nacional, com a publicação da NOAS/SUS – 2001/2001, assumindo um caráter orgânico ao SUS. O segundo período, de 2003 a 2006, se caracterizou pela nova gestão pautando seus resultados na continuidade do trabalho antes iniciado, assim contribuindo para o fortalecimento da política que, no âmbito nacional, também foi atualizada, com o Pacto pela Saúde 2006. Destacaram-se ainda os investimentos na infra-estrutura dos hospitais da rede de referência e de ambulatórios especializados, além da contratação de médicos e a adesão às demais políticas nacionais.

Os movimentos de reforma no SUS-Ce, com a microrregionalização, pareceram ainda configurar a busca de eficiência, no âmbito micro-econômico, a exemplo das atividades voltadas à melhoria gerencial e à capacitação dos profissionais; todas compatíveis e articuladas à introdução de mecanismos de mercado, como foi o caso da implantação do modelo de contrato em unidades hospitalares. Estes movimentos parecem mais apontar na direção de um processo alinhado com as reformas internacionais de segunda geração, ocorridas na década de 1980, ainda que se tenha observado processos incipientes no sentido das proposições das reformas de terceira geração, surgidas ao final dos anos 1990; voltadas dentre outros, à melhoria da atenção primária e à satisfação dos usuários. Como exemplos, nesse âmbito, se podem referir as pesquisas de opinião sobre os serviços e as ouvidorias implantadas na SESA e em suas unidades próprias.

A iniciativa da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará/SESA de organizar os sistemas microrregionais se manteve no desenvolvimento ocorrido no período do estudo, potencialmente contribuindo com o fortalecimento do papel de gestor estadual na coordenação do processo, com os resultados das estratégias implementadas:

- o curso de gestão de sistemas regionais para envolver os atores estratégicos do processo;
- a conformação de 21 (vinte e uma) microrregiões de saúde, com poucos ajustes territoriais, indicativa da consolidação dos critérios adotados;
- a criação das instâncias descentralizadas da gestão estadual com processo seletivo dos gerentes microrregionais;
- a constituição das comissões bipartites microrregionais passando a funcionar no processo de programação pactuada e integrada para a alocação dos recursos para a população própria e referenciada.

Pode-se afirmar então que a microrregionalização no Ceará, no período 1998-2006 foi demarcada por duas fases: uma de implantação de estratégias envolvendo a instituição do processo, o investimento na qualificação dos profissionais, o ajuste da estrutura administrativa, da construção de diretrizes e a outra, mais incremental, voltada à operacionalização das proposições.

Em relação às internações hospitalares/SUS observaram-se processos de cursos variáveis, nas distintas realidades das microrregiões com situações favoráveis e desfavoráveis. As internações da média complexidade ocorridas no município Fortaleza, no período de 1998 a 2006, com origem na população residente nas microrregiões, não apresentaram alterações significativas, com as mais próximas deste pólo respondendo pelo maior número de transferências, mesmo quando se considerou o mínimo da suficiência nos módulos assistenciais. Os resultados foram diversos quanto às internações analisadas em cada microrregião, incluindo a própria população e a referenciada. Houve redução nas internações do Mínimo da média complexidade de residentes nas próprias microrregiões, em 17 (dezessete) ou 80,9% das unidades de análise, parecendo indicar um incrementalismo indesejável no processo ou mesmo um cenário desfavorável à intervenção sob avaliação. Em relação à Média – 2º/3º nível, se observou um

aumento das internações nas microrregiões, mas não concentrado nos pólos microrregionais e sim disperso em todo o estado, ocorrendo em municípios com hospitais de reduzido número de leitos.

O Ceará, em relação à atenção secundária, parece ainda vivenciar a transição entre um sistema de base territorial e o seu contraponto, a superar, o da livre demanda. Talvez aqui o maior desafio para os gestores, pois implicado em mudanças no modelo assistencial e no enfrentamento de fatores políticos que precisam ser mais bem compreendidos com outros estudos. Mesmo assim, considerando a análise das internações, de um modo geral verificaram-se resultados positivos em parte das microrregiões. Estes resultados demonstraram de um lado, o esforço dos gestores em consolidar a microrregionalização dos serviços de saúde e, de outro, fragilidades no processo a serem superadas.

### **3. Recomendações**

Colocam-se as seguintes recomendações aos envolvidos com a gestão dos sistemas microrregionais:

- o financiamento estável para assegurar a adequação da estrutura, a qualificação e fixação dos profissionais;
- a institucionalização da avaliação nos sistemas microrregionais com foco na tomada de decisões;
- a gestão do fluxo das internações, articulada aos mecanismos de controle e avaliação e ao monitoramento da PPI com funcionamento da câmara de compensação;
- a ampliação do controle social nos sistemas microrregionais.

Aos envolvidos com a pesquisa na academia e nos serviços:

- a realização de pesquisa avaliativa nos sistemas microrregionais;
- a realização de estudos sobre a atenção secundária no âmbito ambulatorial contemplando as desigualdades na organização dos serviços.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, C. M. et al. Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. **The Lancet**, 357(9269):1692-1697, 2001.
- AMARAL, E. Reforma do setor saúde: a ação estratégica do DFID no Ceará. **Ceará Saúde**, 1(1): 8-9, 2005.
- ARAH, O. A. et al. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. **International Journal for Quality in Health Care**, 1(5): 377– 398,2003.
- ARRETCHE, M. **Estado federativo e políticas sociais**: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000. 304p.
- ATKINSON, S. et al. Going down to the local: incorporating social organisation and political culture into assessments of decentralised health care. **Social Science & Medicine** 51 (4): 619-636, 2000.
- \_\_\_\_\_. Prevention and promotion in decentralized rural health systems: a comparative study from northeast Brazil. **Health Policy and Planning** 20 (2): 69-79, 2005.
- ATKINSON, S. & HARAN, D. Back to basics: does the decentralization improve health system performance? Evidence from Ceará in north-east Brazil. **Bulletin of the World Health Organization**, 82(11):822-827, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 95**, de 26/1/2001: aprova a NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 26 janeiro, 2001.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 373**, de 27/2/2002: aprova a NOAS-SUS 01/2002. Brasília: mimeo, 2002.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 1.044** de 01/06/2004 Institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, Brasília: Ministério da Saúde, mimeo 2004a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Resumo Executivo**: reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite do dia 15/07/04. Brasília: Ministério da Saúde, mimeo, 2004b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela vida, em defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

- BRAVO, A.L. Regionalización: organización y funcionamiento coordinado de los servicios de salud en zonas rurales y urbanas. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, 77(3): 231-246, 1974.
- BUSS, P. M.; LABRA, M. E. **Sistemas de Saúde**: continuidades e mudanças. São Paulo: Hucitec, 1995.
- CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. **Consolidando o novo Ceará**: Plano de Desenvolvimento Sustentável 1999-2002. Fortaleza: CEARÁ, 2000.
- CESAU - CE. Conselho Estadual de Saúde. Resolução 05/98. Aprova o documento **“Diretrizes de reorganização da atenção e dos serviços do Sistema Único de Saúde do Ceará”**. Fortaleza, 1998.
- CIB - CE. Comissão Intergestores Bipartite do Ceará. **Resolução No. 18/2004**. Fortaleza: mimeo, 2004.
- COLLINS, C.; ARAÚJO, J.; BARBOSA, J. Decentralising the health sector: issues in Brazil. **Health Policy**, 52: 113–127, 2000.
- CONTANDRIOPOULOS, AP. et al. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.de A. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p 29-47.
- CONTANDRIOPOULOS, D. et al. Governance structures and political processes in a public system: lessons from Quebec. **Public Administration**, 82 (3): 627-655, 2004.
- COSTA E SILVA, V. **O processo de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Vitória – ES**: contribuição à discussão da integralidade na atenção à saúde. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2004. 151p (dissertação de Mestrado).
- CUNHA, A.B.O. **Acesso e utilização de serviços de Saúde no Estado da Bahia**. Salvador, Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, 2007. 128p (Tese de Doutorado).
- DAVIDSON, A. Dynamics without change: continuity of Canadian health policy. **Canadian Public Administration**, 47 (3): 251-279, 2004.
- DELNOIJ, D.M.J; KLAZINGA, N.S., VAN DER VELDEN, K. Building integrated health systems in central and eastern Europe. **European Journal of Public Health**, 13: 240–245, 2003.
- DOCTEUR, E. & OXLEY, H. **Health-care systems: lessons from the reform experience**. Organisation for Economic Co-operation and Development. Paris: OECD - DELSA/ELSA/WD/HEA, Health working papers, 2003. 98p.
- DONABEDIAN, A. **Evaluating the quality of medical care**. Milbank Memorial Fund Quarterly, 1966, 44: 166-206.

- \_\_\_\_\_. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. **QRB**, 12(3): 99-108, 1986.
- \_\_\_\_\_. The components of quality in health care. In: DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: Oxford University Press, 2003a. p. 3-27.
- \_\_\_\_\_. Formulating Criteria and Standards. In: DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: University Press, 2003b. p. 59-76.
- ELIAS, P. E. M. **Das propostas de descentralização da saúde ao SUS: as dimensões técnica e político-institucional**. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1996. (Tese de Doutorado).
- ELIAS P.E.M. & COHN, A. Health reform in Brazil: lessons to consider. **American Journal of Public Health** 93 (1): 44-48, 2003.
- ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1998.
- FIGUERAS, J. et al. **Health systems in transition: learning from experience**. Copenhagen, Denmark: European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. 153p.
- FONSECA-NETO, M. D. da. **Desafios para a saúde pública no Ceará: um olhar sobre as internações hospitalares no ano de 1997**. Fortaleza, 1999. 141p.
- FRANKISH, C. J. et al. Social and political factors influencing the functioning of regional health boards in British Columbia. **Health Policy**, 61:125-151, 2002.
- GIAIMO, S. & MANOW, P. Adapting the Welfare State: the case of health care reform in Britain, Germany and the United States. **Comparative Political Studies**, 32(8): 967-1000,1999.
- GUIMARÃES, L. **Arquitetura da cooperação intergovernamental: os consórcios em saúde de Mato Grosso**. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001. 208 p. (dissertação de mestrado).
- GUIMARÃES M.C.L. **Descentralização da saúde, interesses e conflitos decisórios: o processo de decisão nas instâncias colegiadas estaduais, Bahia, 1993-1998** Salvador, Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, 2000. (Tese de Doutorado).
- HAM, C. **Health care reform: learning from international experience**. Philadelphia: Open University Press, 1997.
- HANDLER, A.; ISSEL, M.; TURNOCK, B. A conceptual framework to measure performance of the public health system. **Am. Journal of Public Health**, 91(8): 1235-1239,2001.

- HOREV, T. & BABAD, Y. M. Healthcare reform implementation: stakeholders and their roles— the Israeli experience. **Health Policy** 71:1–21, 2005.
- HUSENMAN, S. et al. **Reforma do Estado no setor saúde**: os casos da Catalunha, Canadá, Reino Unido e Estados Unidos. Brasília: Cadernos ENAP, 1997.
- LAKATOS, E. M. & MARCONI, M. A. **Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 2ª. Ed. 1991.
- LAURELL, A. C. Globalización, políticas neoliberales y salud. IN: BRICEÑO-LEON, R. et al. – **Salud Y equidad**: una mirada desde las ciencias sociales. Ed. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2000. p73-84.
- LIMA, J. C. & RIVERA, F. J.U. Gestão de sistemas regionais de saúde: um estudo de caso no Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(10):2179-2189, out, 2006.
- MACÍAS-CHAPULA, C.A. Bibliometric and webometric analysis of health system reforms in Latin America and the Caribbean. **Scientometrics**, 53(3):407–427, 2002.
- MARCHILDON, G.P. **Health Systems in Transition: Canada**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe/ the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005.167p.
- McPAKE, B. & MILLS, A. What can we learn from international comparisons of health systems and health system reform? **Bulletin of the World Health Organization**, 78 (6):811-820, 2000.
- MENDES, E. V (Org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança nas práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3ª. Ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995.
- MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- \_\_\_\_\_. **O desenvolvimento institucional da secretaria de saúde do Ceará**: a mediação entre o doutrinário e o operacional. Documento preparado pelo Consultor Eugênio Vilaça Mendes para discussão no Conselho Diretor da Secretaria de Saúde do Ceará. Setembro, 1997.
- \_\_\_\_\_. **O desenvolvimento institucional da Secretaria da Saúde do Ceará**. Relatório de Consultoria. Outubro de 1997, mimeo.
- \_\_\_\_\_. **Relatório de consultoria**. 28 de outubro de 1997.
- \_\_\_\_\_. **A reengenharia do sistema de serviços de saúde no nível local**: a gestão da atenção à saúde. Texto. Belo Horizonte, outubro de 1997.

- \_\_\_\_\_. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. IN: MENDES, E.V. (Org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998, p; 17-55.
- \_\_\_\_\_. **Sistemas Integrados de Serviços de Saúde**: a reforma microeconômica do sistema de serviços de saúde do Brasil, Belo Horizonte: mimeo, 1999a.
- \_\_\_\_\_. **Sistemas microrregionais de serviços de saúde**: um novo paradigma para a organização dos sistemas de serviços de saúde no nível local. Apresentação em maio de 1999b.
- \_\_\_\_\_. **Sistemas integrados de serviços de saúde**: a reforma microeconômica do sistema de serviços de saúde no Brasil. Apresentação para a OPAS, representação do Brasil, como contribuição ao alinhamento conceitual sobre sistemas integrados de serviços de saúde. Belo Horizonte, outubro de 1999c.
- \_\_\_\_\_. **Os grandes dilemas do SUS**: Tomo I. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001a.
- \_\_\_\_\_. **Os grandes dilemas do SUS**: Tomo II. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001b.
- MIRANDA, A.S. **Análise estratégica dos arranjos decisórios na Comissão Intergestores Tripartite do Sistema Único de Saúde**. Salvador, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2003. (Tese de Doutorado).
- MOTA, M.V. **Descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Ceará: a experiência na microrregião de Baturité**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2007, (Tese de Doutorado).
- MURRAY, C.J.L. & FRENK, J. A framework for assessing the performance of health systems. **Bulletin of the World Health Organization**, 78 (6): 717-731, 2000.
- \_\_\_\_\_. World Health Report 2000: a step towards evidence-based health policy. **The Lancet**, 357 (9269):1698-1700, 2001.
- NAVARRO, V. Assessment of the World Health Report 2000. **The Lancet**, 356 (9241): 1598-1601,2000.
- NICOLETTO, S. C.F.; CORDONI-JR, L.; COSTA, N. do R. Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil. **Cad. saúde pública**, 21(1):29 - 38, 2005.
- OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. **Regionalización, descentralización, papel del hospital y los sistemas locales de salud (SILOS)**. Buenos Aires: Organizacion Panamericana de la Salud: 1987. 38 p.
- O POVO. **Anuário do Ceará 2007-2008**. Fortaleza: O POVO S.A., 2007. 660p.
- PAIM, J. S. A reforma sanitária e a municipalização. **Saúde Soc.**,1(2):29-47, 1992.

- \_\_\_\_\_. **Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira.** In: FLEURY, S. (org.) Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos 11-24, 1997.
- \_\_\_\_\_. **A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais.** In: ROUQUAYROL, M. Z. A. Epidemiologia & Saúde. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999: 489-503.
- \_\_\_\_\_. **Saúde, política e reforma sanitária.** Salvador: CEPS-ISC, 2002.
- PAIM, J.S. & VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Desafios e possibilidades de práticas avaliativas de sistemas universais e integrais de saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A. **Gestão em redes:** práticas de avaliação, formação e participação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC- IMS/UERJ –ABRASCO, 2007. p 91-111.
- PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cad. de Pesquisa** , 114: 179-195, 2000.
- PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. **Economia da Saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde.** 3ª ed. Brasília: IPEA, 2002.
- ROSSI, P.; LIPSEY, M.; FREEMAN, H. **Assessing and monitoring program process in evaluation:** a systematic approach. Seventh Edition. Sage Publications, 2004.
- SALTMAN, R.B & BANKAUSKAITE, V. **Implementing decentralization in European Health Care Systems: searching for Policy Lessons.** European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. 24 p.
- SAMPAIO, J. J. C. **Hospital psiquiátrico no Brasil:** a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis. Fortaleza: Escola de Saúde Pública. Vol.1, 1994.
- SAMPAIO, J. J. C. et al. Periodização histórica do Ceará: instrumento de apoio à análise das políticas de saúde. **Revista de Humanidades e Ciências Sociais da UECE.** Fortaleza: UECE, 2001.
- SESA. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Diretrizes de reorganização da atenção e dos serviços do Sistema Único de Saúde do Estado do Ceará.** Fortaleza: mimeo, 1998a.
- \_\_\_\_\_. **A saúde no Ceará, 1995-1998.** Fortaleza: mimeo, 1998b.
- \_\_\_\_\_. **A saúde no Ceará.** Fortaleza: SESA, 2001. 175p.
- \_\_\_\_\_. **Plano Diretor de Regionalização do Ceará - PDR 2001.** Volume I. Fortaleza: SESA, 2002 a.
- \_\_\_\_\_. **Plano Diretor de Regionalização do Ceará - PDR 2001.** Volume V. Plano Diretor de Investimento – PDI Microrregiões de Saúde: 01 a 10. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Ceará, 2002 b. p 295-325.

\_\_\_\_\_. **Plano Diretor de Regionalização do Ceará - PDR 2001**. Volume IV. Rede de Unidades de Apoio do Sistema de Referência. Perfil Assistencial e Ações de Intervenção. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Ceará, 2002 c. p 83-93,

\_\_\_\_\_. **Plano Diretor de Regionalização do Ceará - PDR 2001**. Volume II: rede prestadora de serviços. Microrregiões de Saúde: 01 a 10. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Ceará, 2002 d. p 241-263.

\_\_\_\_\_. **O modo de fazer saúde no Estado do Ceará**. Fortaleza: SESA/DFID, 2002 e.

\_\_\_\_\_. **A experiência de implantação da Microrregião de Saúde de Baturité**. Fortaleza: SESA/DFID, 2002 f.

\_\_\_\_\_. **Sistemas microrregionais de serviços de saúde: uma estratégia de reorganização do SUS – Ceará**. Fortaleza: SESA/DFID, 2002 g.

\_\_\_\_\_. **Seminário - Saúde no Estado do Ceará: o processo de reforma do setor saúde no Estado do Ceará e seu impacto na redução da pobreza**. Apresentações do Seminário. Fortaleza: SESA/DFID, 2002 h.

\_\_\_\_\_. **Plano de gestão 2002: 8ª Microrregional Quixadá**. Fortaleza: mimeo, 2002 i.

\_\_\_\_\_. **A saúde no Ceará em grandes números: uma avaliação da situação de saúde e das ações implementadas pelo Sistema Público Estadual, 1995-2002**. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2002 j. 240p.

\_\_\_\_\_. **Programação pactuada e integrada**. PPI 2001-2002. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2002 k.

\_\_\_\_\_. **Vivência e convivência: experimentando novos desafios**. Células Regionais de Saúde – CERES. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2006a.

\_\_\_\_\_. **Plano Diretor de Regionalização**. Reorganização das Ações e Serviços de Saúde. PDR/2006. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2006 b.

\_\_\_\_\_. **A saúde no Ceará: uma construção de todos**. Relatório de Gestão da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará no período 2003-2006. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Ceará, 2006 c. 144p.

SILVA, Sílvio F. da. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e política**. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(3): 431- 442, 2002.

TEIXEIRA, L.S.; BUGARIN, M. S.; Mac DOWELL, M. C. Economia política da formação de consórcios intermunicipais de saúde: efeitos da heterogeneidade de renda e de preferências entre municípios. In: PIOLA, S.F.; JORGE, E.A. **Prêmio**

**em economia da saúde:** 1º prêmio nacional, 2004: coletânea premiada. Brasília, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2005.

TEIXEIRA, C.F. **Municipalização da saúde:** os caminhos do labirinto. **Saúde debate**, (33): 27-39, dez. 1991.

TEIXEIRA, C.F. et al. O contexto político-administrativo da implantação de Distritos Sanitários no Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Mar 1993, vol.9, no. 1, p.79-84.

VIANA, A.L.d'A. et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 18(supl): 139-151, 2002.

VIEIRA- DA- SILVA, L. M. **Os atalhos da mudança na saúde do Brasil.** Serviços em nível local: uma análise comparativa (nove estudos de casos). In: ALMEIDA, C.M. (org.). Rio de Janeiro: Organização Pan-americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. 1989.

\_\_\_\_\_. **A descentralização das ações de saúde no município:** o caso de Camaçari. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva. Universidade de São Paulo, 1990. (Tese de Doutorado).

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (org). **Avaliação em Saúde:** dos modelos teóricos à prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador/Rio de Janeiro. EDUFBA/FIOCRUZ, 2005.

VIEIRA- DA- SILVA, L. M. et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 23(2): 355-370, 2007.

VILASBÔAS, A. L. Q. **Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal.** Salvador, Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, 2006. (Tese de Doutorado).

VILASBÔAS, A. L. Q. et al. **A vigilância à saúde no distrito sanitário.** Brasília; OPAS/OMS; 1993.104 p.

WEIGELT, L.D. **Política pública de saúde:** um estudo sobre o processo de implementação da descentralização/regionalização da saúde na região do Vale do Rio Pardo - RS. Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul, 2006. (Tese de Doutorado).

WHO. World Health Organization. **European Health Care Reforms: analysis of current strategies.** Geneva: WHO/Regional Office for Europe, 1996. 35p.

\_\_\_\_\_. **The World Report 2000:** health, systems, improving performance. Geneva: World Health Organization, 2000.

\_\_\_\_\_. **World Health Report 2000:** a step towards evidence-based health policy. The Lancet, 357(9269):1698-1700, 2001.



## **ANEXOS**



ANEXO I

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS  
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

**TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO**

**CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

**ENDEREÇO: Av. Paranjana, 1700 - Campus do Itapery - Fortaleza/CE - Telefone (85) 31019826, 31019891.**

Como parte dos requisitos do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará – UECE estou desenvolvendo a pesquisa intitulada **SISTEMAS MICRORREGIONAIS DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO CEARÁ (1998 – 2006): implantação e resultados na utilização de internações hospitalares**. Trata-se de estudo voltado à organização dos serviços em sistemas microrregionais, no Sistema Único de Saúde/SUS, com foco na Microrregião de Quixadá, no período 1998-2006. Para tanto, o objetivo geral do estudo buscou analisar a implantação das microrregiões de saúde no Ceará e os resultados alcançados, no período de 1998 a 2006. Assim, venho solicitar aos setores competentes da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, a autorização para a coleta de dados da pesquisa. Esclareço que: a) os dados e informações coletadas serão utilizados unicamente para os objetivos da pesquisa; b) será assegurado o tratamento dos dados e informações em cumprimento aos requisitos da preservação do anonimato e sigilo do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa/CONEP aplicáveis ao estudo; c) os resultados da pesquisa serão apresentados à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará/SESA no sentido de sua contribuição oportuna para a melhoria da gestão e da atenção no Sistema Único de Saúde do Ceará.

Caso necessário, maiores esclarecimentos poderão ser obtidos mediante o contato com a coordenação do Curso de Mestrado em Saúde Pública da UECE ou, com a própria pesquisadora, conforme se segue:

NOME DA PESQUISADORA: CLÉLIA MARIA NOLASCO LOPES

CPF:

RG:

ENDEREÇO:

Assumo, perante SESA – CE, a responsabilidade pelo presente Termo.

Fortaleza, de novembro de 2006.

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora

AUTORIZAÇÃO:

\_\_\_\_\_  
Responsável/SETOR SESA-CE

\_\_\_\_\_  
VISTO: Professor Orientador

# 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](#)