



POLÍTICA DE SAÚDE E MICRORREGIONALIZAÇÃO EM FACE DA REFORMA DO ESTADO:

uma experiência pioneira no Ceará – Brasil

Maria Goreti Macedo Lobo de Andrade¹
Liduína Farias Almeida da Costa²

RESUMO

A mundialização do capital implicou mudanças no Estado, o qual no Brasil, tornou-se frágil para intervir de modo autônomo. Este trabalho reconstrói a implantação das Microrregiões de Saúde no Ceará, no contexto de reforma do Estado. Enfoca experiência-piloto e baseia-se em dissertação elaborada no Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação de Políticas Públicas e Sociedade da Universidade Estadual do Ceará. Resulta de pesquisa bibliográfica, documental e de campo. A primeira parte situa a região dessa experiência e a segunda trata da metodologia construída para tanto. Concluímos que, em razão de distintas posições de técnicos houve resignificações das “imposições de fora”.

Palavras-chaves: Avaliação de políticas públicas; Avaliação de serviços de saúde; Serviço Social em saúde; Saúde e Sociedade; Descentralização; Regionalização em saúde.

ABSTRACT

The globalization of capital implied changes in states structure. In particular, the Brazilian state became very weak to act in an independent way. In this piece of work we reconstruct the implementation of health microregions in the state of Ceará, in the context of the reformulation of the state. This study is an experience-pilot based on a masters dissertation from Graduation Course in Public Politics and Society of the Ceará State University. The dissertation is a result of bibliographic, documental and field research. The first part describes the region where the experience was performed, the second part deals with the methodology developed. We conclude that, because of the distinct position of the technician, there was another direction of the “impositions of it are”.

Word-keys: Evaluation of public politics; Evaluation of health services; Social service in health; Health and Society; Decentralization; Regionalization.

1 INTRODUÇÃO

Tornou-se consenso no meio acadêmico que o processo de mundialização do capital implicou mudanças quanto às funções do Estado. A ação reguladora e as funções legitimadoras que sustentavam o Estado de Bem-Estar Social mudaram significativamente e em países inseridos nesse processo de forma submissa, como o Brasil, o Estado tornou-se frágil para intervir de modo autônomo.

¹ Mestra. Vínculo institucional - Hospital Geral de Fortaleza. Secretaria Estadual de Saúde do Ceará.

² Doutora - Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Sociedade - Universidade Estadual do Ceará.

Entretanto, os receituários de ajustes chegados ao Brasil no caso dos programas sociais podem sofrer redimensionamentos. No âmbito da saúde segmentos importantes de profissionais pertencentes aos quadros do Estado, com experiências acumuladas em trabalho engajado aos menos favorecidos re-criam, constantemente, estratégias voltadas aos direitos sociais, no próprio cotidiano do trabalho.

Desse modo, algumas das respostas a tais receituários têm se efetivado de múltiplas e criativas formas em unidades federadas como o Ceará onde sanitaristas de reconhecido compromisso social expresso por meio de programas de repercussão nacional como o Agente Comunitário de Saúde e o Saúde da Família efetivaram outras experiência como a de regionalização de serviços de saúde que foi assimilada pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001).

O objeto de reflexão do presente trabalho é a dinâmica de implantação das Microrregiões de Saúde nesse estado enfocando experiência-piloto no município de Baturité-Ceará-Brasil. Resulta de pesquisa bibliográfica, documental e de campo, especialmente a observação participante. A bibliográfica apoiou-se em autores como Harvey (1993), Einenschutz (1996) e Mendes (2002). A documental constou de re-exame a relatórios da SESA, material produzido por consultores que acompanharam o processo¹ e transcrições sobre os momentos mais significativos da experiência em questão.

2 POR QUE BATURITÉ ?

A idéia de regionalização dos serviços encontra-se no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 ao estabelecer que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com as diretrizes da descentralização, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade.

A escolha da Microrregião de Baturité como área de experiência-piloto de microrregionalização de saúde do Ceará ocorreu em razão de critérios ligados a fatores de ordem técnica e logística, proximidade de Fortaleza, perspectiva de cooperação com o nível estadual e existência de rede de serviços secundários capaz de atender, resolutivamente, às demandas de saúde da microrregião.

No período, o Ceará convivia simultaneamente com doenças da modernidade como as neoplasias e as do aparelho circulatório e respiratório ao lado daquelas

¹ Eugênio Vilaça Mendes e Rifat A. Atun e Javier Martinez, cujas participações foram facilitadas pelo Governo Britânico através do *Department for International Development* (DIFD).

relacionadas a causas externas como a violência e acidentes de trânsito, ao tempo em que lidava com doenças associadas à pobreza como a tuberculose, diarreias, hanseníase e cólera, entre outras.

Conforme o planejamento de governo do Estado, no período, a política de saúde priorizava ações voltadas para a infância, a melhoria do acesso e acessibilidade aos serviços básicos da área, assim como ações de prevenção das doenças.

A Microrregião de Baturité é composta pelos municípios de Aracoiaba (24.615 hab.), Aratuba (11.843 hab.), Baturité (29.894 hab.), Capistrano (15.847 hab.), Guaramiranga (5.537 hab.), Itapiúna (14.532 hab.), Mulungu (8.313 hab.), e Pacoti (11.338 hab.), os quais guardam características similares e localizam-se em área serrana do Estado, exceto Aracoiaba que se situa em área contígua a esses municípios. (Secretaria Estadual de Saúde do Ceará - SESA).

A região se destaca pelas belezas naturais e no período a ocupação da população nas atividades agrícolas era predominante e direcionada para a produção de hortifrutigranjeiros. Um forte traço cultural desses municípios é o gosto das pessoas pela dança e a grande religiosidade.

Em dezembro de 1998 (início do processo em discussão), 62,5% dos municípios da área estavam habilitados, conforme a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), na forma de Gestão Plena do Sistema Municipal que faculta a elaboração da programação municipal, incluída a prestação de assistência ambulatorial especializada e hospitalar. Os demais estavam habilitados na forma de Gestão Plena da Atenção Básica: elaboração da programação municipal de serviços básicos, gerenciamento de unidades ambulatoriais próprias, contratação, controle e pagamento aos prestadores de serviços, procedimentos e ações de assistência básica.

A preocupação com a garantia de sustentabilidade do processo em análise desencadeou, logo em seus primeiros momentos, a construção de alianças estratégicas entre técnicos e representantes políticos do Estado e da região de Baturité.

O enfoque metodológico priorizado na experiência de Baturité foi o de processo, efetivado mediante plano de trabalho com delimitação de atividades cujas áreas prioritárias abrangiam o desenvolvimento institucional da SESA objetivando o aprimoramento técnico e gerencial de seus quadros de gestores e a reordenação dos serviços de atenção primária, secundária e terciária em bases microrregionais, assim como a valorização da participação da população.

3 OS OITO PASSOS: a efetivação da experiência - piloto

O **primeiro passo** foi a composição do Grupo Técnico da Microrregional (GT-MR) que se responsabilizaria pela efetivação da experiência. Foram indicados técnicos de setores estratégicos da SESA, mediante critérios como o conhecimento e a experiência na área específica, carga horária de trabalho (40H/semana) e disponibilidade para viagens. Iniciava-se, desse modo, a concretização da idéia de multiprofissionalidade na condução do processo.

Referido grupo prestou assessoria técnica aos demais protagonistas envolvidos, acompanhando suas atividades e propondo redimensionamentos, quando necessário. Outra responsabilidade do grupo era a construção de instrumentos teórico-metodológicos necessários ao desenvolvimento da proposta, os quais eram experimentados e ajustados na prática, com a participação dos técnicos dos municípios envolvidos. Procedia ao monitoramento e avaliação das atividades e responsabilizava-se pela articulação dos diversos setores da SESA e Escola de Saúde Pública de Ceará (ESP-CE), no sentido da efetivação de Curso de Aperfeiçoamento em Gestão dos Sistemas Microrregionais de Saúde, cuja centralidade no processo veremos a seguir.

O **segundo passo** constou da realização de seminário interno a SESA, contemplando os Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde, sob a coordenação de Eugênio Vilaça Mendes. A finalidade básica era desencadear a construção de uma lógica de reorganização dos serviços, diferenciada da que decorria do processo original de municipalização, onde cada município buscava, isoladamente, a resolução dos seus problemas de saúde. Eram elementos dessa nova tônica a solidariedade e a troca no sentido de potencializar os recursos, na perspectiva das economias de escala e de escopo, ao tempo em que se preocupava com a melhoria da qualidade dos serviços.

O **terceiro passo** constou da realização de fórum para proceder à revisão dos princípios básicos de regionalização da atenção à saúde; a apresentação e discussão da proposta de implantação dos Sistemas Microrregionais em referência; e a definição de responsabilidades das instâncias Estadual e Municipal na área. A presença de Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde da Microrregião de Baturité, Governo do Estado do Ceará e DFID (por meio de representações), técnicos da SESA e dos municípios envolvidos foi facilitada em razão de articulação da Diretoria de Coordenação Regional da SESA e Associação dos Municípios do Maciço de Baturité (AMAB).

O **quarto passo** foi a elaboração de diagnóstico, considerando os respectivos municípios. Os objetivos previstos eram: conhecer a realidade; conhecer o outro; conhecer o conjunto; identificar potenciais; identificar fragilidades; subsidiar a elaboração dos Projetos

de Intervenção; e reordenar informações para a pactuação das ações, através da Comissão Intergestores Bipartite Microrregional (CIB - MR).

O desafio era conhecer a realidade sob a ótica de cada município e do conjunto, por meio da identificação de potencialidades e fragilidades, com vistas à definição de prioridades, a elaboração de projetos por área temática e o estabelecimento de um marco para análise comparativa.

O GT-MR esperava que todos os atores envolvidos compartilhassem do processo e firmassem compromissos mútuos no sentido da pactuação em nível microrregional, antecipando-se à possibilidade de constrangimentos, desagregações ou isolamentos.

Três aspectos foram priorizados na construção do diagnóstico: as informações gerenciais, as referentes à infra-estrutura de serviços e as que diziam respeito aos perfis epidemiológicos. Com relação a gerenciamento, as informações foram consolidadas na visão do conjunto dos municípios da microrregião, tendo em vista estimular o pacto por uma situação positiva desejada por todos, estimando que as medidas gerais seriam mais aceitáveis. Quanto às informações de infra-estrutura, foram localizadas por município, visando à adoção de medidas estratégicas para a organização dos serviços no conjunto da microrregião, tendo em vista a resolutividade e a economia de escala. Relativamente às epidemiológicas, foram apresentadas por município e por microrregião, compreendendo que as taxas gerais poderiam ocasionar impacto e provocar o compromisso quanto à manutenção ou o alcance de uma situação positiva individual desejada pelo conjunto dos municípios.

Realizado por área temática, e conduzido por especialistas que rastrearam várias fontes de informações necessárias à elaboração do "retrato" dos municípios, o diagnóstico subsidiou os desenhos dos projetos de intervenção e fundamentou a Programação Pactuada Integrada dos municípios e a pactuação na CIB-MR em discussão.

O **quinto passo** constou da realização de Curso de Aperfeiçoamento de Gestores dos Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde cuja justificativa relacionava-se à compreensão de que o projeto-piloto desencadearia a produção de novos conhecimentos, métodos e estratégias de trabalho com forte dimensão pedagógica relativamente à dinâmica de capacitação dos gestores e técnicos das secretarias municipais².

A partir do segundo módulo desse curso, seus participantes passaram a trabalhar na elaboração e execução dos projetos para a estruturação dos diversos sistemas

² Módulo I – O sistema microrregional de serviços de saúde; Módulo II – A organização das intervenções de saúde pública no sistema microrregional de serviços de saúde; *Módulo III – A organização da atenção à saúde no sistema microrregional de serviços de saúde*; Módulo IV – *A estruturação dos sistemas de apoio no sistema microrregional de serviços de saúde*.

na microrregião, permanecendo sempre envolvidos na efetivação de um projeto relacionado ao processo. A adoção dessa metodologia teve como ponto de partida os conhecimentos e experiências acumuladas pelos profissionais envolvidos, ao tempo em que priorizou abordagem educacional fundamentada na Aprendizagem Baseada em Problemas associada a trabalhos grupais e seminários. Júnior (2006) define essa abordagem como construtivista a qual, apoiada na psicologia cognitiva, propiciaria a aquisição de conhecimentos, cujos pontos de partida eram problemas interdisciplinares contextualizados, visando à motivação necessária ao aprendizado profundo de modo a facilitar a transferência do conhecimento. Tratava-se, em síntese, de “aprender a fazer, fazendo”.

O **sexto passo** constou da composição de Câmaras Técnicas por área temática, após a realização de cada Sessão integrante dos Módulos do Curso referido e sua responsabilidade relacionava-se ao refinamento de Projetos de Intervenção da área específica, desenhado preliminarmente no decorrer da Sessão. A Câmara Técnica definia o cronograma de trabalho das reuniões posteriores e o município-sede onde ocorreria sua realização, o qual se tornava responsável pelo apoio logístico necessário ao funcionamento dos trabalhos³.

Embora considerando as áreas temáticas afins, para funcionamento das Câmaras Técnicas, após a elaboração dos projetos por áreas temáticas foram realizadas análises para identificar interseções entre as mesmas. Ao finalizá-las, a Coordenadoria das Microrregiões de Saúde representada pelas equipes de nível central e microrregional reunia-se com o consultor nacional para procederem à sistematização e propiciar o retorno a CIB-MR, para pactuação.

O processo de pactuação foi o **sétimo passo** da experiência, sendo antecedido pela análise dos projetos elaborados por área temática, ocasião em que foram identificadas suas interfaces, realizada classificação⁴ e verificada a viabilidade de execução. Objetivava-se, com isso, adquirir uma visão geral dos projetos microrregionais e a temporalidade para sua execução e acompanhamento.

A pactuação compreendia dimensões técnica e política. A primeira objetivava o aperfeiçoamento dos projetos considerando os recursos e disponibilidade dos municípios. Quanto à dimensão política tratava-se da oportunidade em que os gestores construía documentos de adesões e compromissos com os projetos apresentados, efetivando-se, assim, o desenho da rede de atenção e assistência à saúde da Microrregião em análise.

³ Ressaltamos a utilização do método ZOPP, de forma simplificada. Proposto pelo alemão *Ziel Orientiert Projekt Planung*, da Agência Alemã de Cooperação Técnica (GTZ). Trata-se de Planejamento de Projetos orientado por objetivos e privilegia a participação social.

⁴ Desenvolvimento da Gerência Microrregional; Desenvolvimento dos Sistemas de Apoio Microrregional; Desenvolvimento do Sistema de Atenção à saúde; Desenvolvimento do Sistema de Saúde Pública.

A pactuação técnica foi realizada após o término de todos os projetos com a participação de Secretários de Saúde e assessores, equipe microrregional e representante da SESA. A pactuação política transcorreu ao término dos projetos, com a participação de prefeitos, representantes da CIB - MR, demais secretários e secretário estadual da saúde ou representante.

Finalmente, o **oitavo passo**. Consistiu de avaliação geral da experiência e apoiou -se em autores como Cohen e Franco (2000) e Donabedian (1990), entre outros.

Em abril de 1999, foi realizado encontro destinado à avaliação geral priorizando duas perspectivas de leituras: uma que envolveu o GT – MR, técnicos da SESA e representantes do 1º. Departamento Regional e Saúde (1º. DERES) e outra com a participação dos Secretários de Saúde e Técnicos da Microrregião de Baturité.

A metodologia utilizada foi *brainstorming*, mediante a qual os participantes evidenciaram pontos considerados de impulso, assim como os de estrangulamento, ao tempo em que sugeriram reformulações, atividades e providências.

Outra modalidade de avaliação constou de análise dos relatórios apresentados ao GT-MR e dos projetos resultantes das Câmaras Técnicas.

Finalmente, em agosto de 1999 realizou-se mesa-redonda com a participação dos Secretários Municipais de Saúde e técnicos da Microrregião de Baturité, Crateús, Iguatú, Maracanaú, Quixadá e Tianguá. O depoimento a seguir é ilustrativo quanto a importância do processo, embora sob a ótica desse segmento:

[...] Então, foram as duas coisas que eles retrataram muito bem... o pertencer e tecer, que a gente começou a tecer um Sistema de uma Microrregião. E por a gente estar trabalhando a primeira Microrregião, por ser a Microrregião piloto, a gente tinha uma responsabilidade muito grande e muitas vezes (...) eu adquiri aquele sentimento de que a gente tinha que fazer aquilo acontecer (...) por que no começo todos nós pertencíamos a um município, cada qual procurava falar melhor de seu município sozinho. A gente começou a tecer um Sistema de uma Microrregião.... tinha que pensar no que tinha e unir[...] (Vilauva Cabral).

O processo de aprendizagem da experiência piloto da Microrregional de Baturité influenciou os atores sociais de todas os demais municípios do Ceará nos seus processos de microrregionalização os quais, continuam, embora enfrentando muitas dificuldades, suas buscas pela melhoria dos serviços de saúde da população.

4 CONCLUSÃO

Não obstante o contexto de redução das responsabilidades sociais do Estado brasileiro sob a justificativa da reforma e dentro desta a Administração Gerenciada, a

implicar inúmeras mudanças quanto a organização dos serviços de saúde, as respostas construídas pelos governos municipais, contando com apoio técnico e financeiro dos Governos Estadual e Federal e até de organismos internacionais, sinalizaram não apenas como racionalização de recursos, mas também, embora em alguns aspectos, como melhoria dos serviços e, desse modo, como benefícios para a população cearense. Tal melhoria relaciona-se com a capacidade de mobilização da SESA, em razão da experiência e posturas de segmentos importantes dos seus técnicos, no sentido do fortalecimento de um processo de municipalização que extrapolava as fragilidades do pequeno município. Assim, a experiência de Baturité propiciou a construção de conhecimentos, métodos e técnicas as quais foram sendo experimentadas, re-significadas e aprimoradas no sentido de viabilizar a escala para todo o Estado.

O slogan “A saúde mais perto do povo, o povo mais perto da saúde”, construído no decorrer da implantação do Projeto de Baturité buscou traduzir o desejo das pessoas quanto ao acesso e acessibilidade aos serviços de saúde. Portanto, nas análises acerca das ações profissionais de agentes do Estado consideramos mais promissora a consideração de sua heterogeneidade: eles têm experiências, ideais, éticas e posturas distintas e anseiam por projetos de sociedade também diversos. Portanto, no campo das políticas públicas, as “estratégias de fora” podem ser re-significadas transformando-se em pontos de partida rumo às demandas dos cidadãos, como no caso analisado.

REFERÊNCIAS

BECKER, Howards. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo, HUCITEC, 1997.

COHEN, Ernest; FRANCO, Rolando. **Avaliação de projetos sociais**. Petrópolis/ Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

CEARÁ. **Secretaria de Saúde do Estado. Microrregiões de Saúde: uma opção do Ceará. Fortaleza**, 2002.

DONABEDIAN, A. **Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica: un texto introductorio**. México, DF: Instituto Nacional de Salud Pública, 1990.

EINBENSCHUTZ, Catalina. (Org.). **Política de saúde: o público e privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

HARVEY, David. **A condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 1993.

JÚNIOR, C. A. **Aprendizagem Baseada em Problemas: a importância do tutor. Educação em poucas palavras**. Instituto Innovare, s/d.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas.** Fortaleza: ESP/Ce, 2002.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: HUCITEC, 2005.