

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA  
CONCENTRAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA**

**MARIA VAUDELICE MOTA**

**Descentralização do Sistema Único de Saúde(SUS) no Estado do Ceará: a experiência na  
microrregião de Baturité**

**São Paulo — SP  
2007**

**MARIA VAUDELICE MOTA**

**Descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Ceará: a experiência na microrregião de Baturité**

Tese de doutorado apresentada ao Departamento de Prática em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do Grau de Doutor.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública.  
Orientador: Prof. Dr. Eurivaldo Sampaio de Almeida

**São Paulo — SP  
2007**

## Ficha catalográfica

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Maria Vaudelice Mota

Descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Ceará: a experiência na microrregião de Baturité

Tese de doutorado apresentada ao Departamento de Prática em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do Grau de Doutor.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof.Dr.Eurivaldo Sampaio de Almeida/Presidente

Instituição: Faculdade de Saúde Pública / USP Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof.Dr. José Carlos Seixas

Instituição: Faculdade de Saúde Pública / USP Assinatura: \_\_\_\_\_

Profa.Dra. Heloisa Wey Bert Mendes

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu Assinatura: \_\_\_\_\_

Profa.Dra. Ione Morita

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu Assinatura: \_\_\_\_\_

Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho

Instituição: Assessor do CONASEMS Assinatura: \_\_\_\_\_

## **DEDICO ESTE TRABALHO**

Aos meus irmãos, irmãs, sobrinhos e sobrinhas, que de tanto amor, me fiz também mãe e avó; em especial, ao Mota (*in memoriam*) pelos muitos e grandes ensinamentos, em tão curto e agradável convívio.

## AGRADECIMENTOS

A Marta e Tássia e também Adalberto, Cristina, João Vitor e Antônia, pela carinhosa acolhida em São Paulo.

Às minhas amigas Socorro Martins, Vera Coelho e Sâmya Coutinho pelas presenças amigas, sempre que necessário.

A Lucíola Santos Rabello, pela paciente leitura e correção.

Aos meus colegas, do Departamento de Saúde Comunitária e do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, em especial a Jaqueline e Alberto, pelo apoio, e por permitirem o meu afastamento, em todos os momentos necessários para esta pesquisa.

A Maria de Fátima Ferreira Oliveira, orientadora da Célula Regional de Saúde de Baturité pela colaboração em momentos importantes desta pesquisa e a Ismaile, pela organização de dados importantes.

A Bernadete Santos Maciel: Ex – Secretária de Saúde de Aracoiaba, Olímpia Maria Freire Azevedo: Secretária de Saúde de Aratuba, Alexandre Barros Neto: Ex-Secretário de Saúde de Baturité, Marta Maria Sales de Paula Campelo: Ex-Secretária de Saúde de Capistrano, Maria Auxiliadora Bessa: Ex-Secretária de Saúde de Gurarmiranga, Elton Flávio: Ex-Secretário de Saúde de Itapiúna, Maria da Paz Gadelha: Secretária de Saúde de Mulungu, Maria dos Santos Fonseca: Ex-Secretária de Saúde de Pacoti, Maria Vilauva Lopes: Ex-Secretária de Saúde de Aratuba e também Maria Idalba Bastos Oliveira e Maria Josane Pereira pela participação gentil e efetiva na realização deste trabalho.

Ao Professor Eurivaldo Sampaio de Almeida pela orientação desta pesquisa e o aprendizado proporcionado.

Aos Professores José Carlos Seixas, Heloisa Wey Bert Mendes e ao Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho pela atenção e valiosas observações.

A Vera Almeida, pelas importantes sugestões.

Aos funcionários do Núcleo de Apoio à Organização dos Níveis de Atenção (NUORG), Núcleo de Epidemiologia (NUEPI), Núcleo de Planejamento, Estudos e Projetos Especiais (NUPLAN), Núcleo de Informação e Controle Ambulatorial e Hospitalar (NICA), em especial ao Mamede, Melânia, Goretti, Cláudio e Alexandre, pelo apoio, em importantes momentos na coleta de dados.

A Fundação Cearense de Apoio à Pesquisa (FUNCAP) e ao Programa de Qualificação Interinstitucional / Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (PQI/CAPES) pelo apoio financeiro, fundamental nesta pesquisa.

## RESUMO

MOTA, M. V. **Descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Ceará: a experiência na microrregião de Baturité**. 2007. 180 p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, 2007.

O Sistema Único de Saúde apresenta a descentralização da gestão das ações de saúde como uma das principais estratégias para a reorganização do setor. O poder municipal se apresenta como o principal responsável pela prestação da assistência da atenção à saúde, garantindo os princípios da universalidade e da integralidade do atendimento em todos os níveis da atenção. As Normas Operacionais Básicas e as Normas de Assistência à Saúde estabeleceram os mecanismos que impulsionaram o processo de descentralização das ações de saúde. O Estado do Ceará iniciou o processo de descentralização das ações de saúde para os municípios ao aderir ao Programa de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). O estudo descreve este processo de descentralização, com ênfase na microrregião de Baturité, a partir da descentralização político-administrativa, da organização da regionalização e hierarquização como a identificação de mudanças no processo de atenção à saúde, a partir das ações de atenção à saúde da mulher, à saúde da criança, de controle de tuberculose e de controle de hipertensão. O referencial do estudo foi a base normativa da Norma Operacional de Assistência à Saúde – 2001 (NOAS/ 2001). As condições oferecidas aos municípios para efetivar a descentralização das ações de saúde contribuíram para uma melhor estruturação dos serviços de saúde, resultado numa maior cobertura em ações básicas a partir da estratégia da Saúde da Família, e melhor organização da atenção em termos de hierarquização e regionalização como maior percentual de aplicação de recursos financeiros próprio.

Palavras-chave: Descentralização; Regionalização/hierarquização; Modelo de Atenção; Organização de Serviços de Saúde.

## **ABSTRACT**

**MOTA, M. V. Decentralization of the Unic Health Sistem in Ceará State: The experience on the Baturité District.** 2007. 180 p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, 2007.

The Brazilian Unified Health System presents the decentralization of management of health actions as one of the main strategies for reorganization of the sector. City Hall proves to be the main agent accountable for provision of health care support, guaranteeing the principles of universality and completeness of services at all levels of care. The Basic Operational Norms and Health Care Norms established the mechanisms which drove the process of decentralization of health actions. The state of Ceará began the process of decentralization of health actions to municipal administrations upon adhering to the Unified Health System (SUDS). This study describes this process of decentralization, with emphasis on the Baturité District, in terms of its political-administrative decentralization, organization of regionalization and ranking as identification of changes in the process of health care, based on health care services for women, children, tuberculosis control and control of high blood pressure. The benchmark for the study was the normative framework of the Health Care Operational Norms – NOAS/2001. The conditions offered to municipal administrations to perform decentralization of healthcare contributed to improvement in the Family Health structure, resulting in greater coverage in basic care from the standpoint of Family Health and better organization of care in terms of hierarchy and regionalization such as best percentage of investment of own financial resources.

Key words: Decentralization; Regionalization/ranking; Model for Care; Organization of Health Services.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	10
<b>2. OBJETIVOS</b>	31
2.1. GERAL	31
2.2. ESPECÍFICOS	31
<b>3. METODOLOGIA</b>	32
3.1. MATERIAL E METODO	32
3.1.1-Processo de descentralização político-administrativo	33
3.1.2-Processo de organização da regionalização e hierarquização	34
3.1.3-Análise das mudanças no Modelo de Atenção à Saúde	36
3.2. CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO	37
3.3. A MRICRORREGIÃO DE BATURITÉ	41
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	47
4.1. A DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA	47
4.2. A ORGANIZAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO	68
4.2.1. Fundamentação e normatização	68
4.2.2. O processo de organização da microrregião de Baturité	82
4.2.3. Resultados	89
4.2.3.1. Atendimento Ambulatorial em Clínicas Especializadas	89
4.2.3.2. Internações Hospitalares	99
4.3. O MODELO DE ATENÇÃO	122
4.3.1. O programa saúde da família	125
4.3.2. A atenção à criança	134
4.3.3. A saúde da mulher	137
4.3.4. O atendimento ao hipertenso	143
4.3.5. O controle de tuberculose	147
<b>5. CONCLUSÕES</b>	153
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	160
<b>7. ANEXOS</b>	168
ANEXO A - Macro-regiões político-administrativas – Ceará - 2006	169
ANEXO B - Microrregiões geográficas – Ceará - 2006	170
ANEXO C - Macrorregiões e Microrregiões de Saúde – Ceará - 2006	171
ANEXO D – Microrregiões de Saúde e Módulos Assistenciais	172
ANEXO E – Roteiro Entrevista	175

## 1. INTRODUÇÃO

A proposta de municipalização dos serviços de saúde, no Brasil, remonta ao período imperial (RODRIGUES, 1979), no entanto, a descentralização, como estratégia para a municipalização dos serviços de saúde, somente foi incorporada ao discurso político do Governo a partir de 1979, com a realização, pela Câmara dos Deputados, do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde (BRASIL, 1979). A III Conferência Nacional de Saúde realizada em dezembro de 1963 apresentou a municipalização dos serviços de saúde com um dos temas principais (BRASIL, 1963), contudo, a reformulação do setor de saúde, na perspectiva do Sistema Único de Saúde, teve seu início na década de 1970, sendo liderada por intelectuais, políticos e profissionais de saúde, configurando o autodenominado “Movimento Sanitário”.

No decorrer das décadas de 1980/90, a proposta de municipalização dos serviços de saúde ganha força e se transformou numa das principais estratégias, na busca de um sistema de saúde mais eficiente e eficaz. Este projeto fundamentou-se numa ampla crítica ao modelo vigente, o qual privilegiava o setor privado à custa do setor público, ao mesmo tempo em que apresentava propostas para a implantação de outro modelo assistencial. A abertura política, na perspectiva da transição para a democracia, possibilitou ao grupo do “Movimento Sanitário” a ocupação de espaços importantes nas instituições públicas, permitindo ampliação da proposta de reformulação do Sistema de Saúde.

A partir de 1983, com o início da implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) como estratégia de integração programática entre as instituições públicas (LUCCHESI, 1996; MULLER NETO, 1991; CORDEIRO, 1991), concretiza-se, de forma mais efetiva, as propostas de reformulação do sistema de saúde, que consubstanciam-se na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

A VIII Conferência Nacional de Saúde contou com a participação de mais de 4 mil pessoas e cerca de mil delegados, representantes dos mais diversos setores da sociedade, (CORDEIRO, 1991; RELATÓRIO VIII CNS, 1986). Apresentou, no seu relatório final, os princípios e diretrizes orientadores do Projeto da Reforma Sanitária e subsidiou a Assembléia Nacional Constituinte, da qual resultou a Constituição sancionada em 1988, onde foram incluídos os princípios fundamentais da reforma sanitária.

A partir da Constituição de 1988, desenvolvem-se, no âmbito do setor da saúde, movimentos e embates políticos e ideológicos que resultam na edição de atos administrativos, no sentido de dar normas e diretrizes aos princípios constitucionais estabelecidos. Destacam-se as Leis 8.080 e 8.142 como os primeiros atos de caráter normativo e de regulação do sistema no sentido de complementarem os princípios gerais estabelecidos na nova Constituição e definirem os parâmetros que regulariam o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em decorrência da Constituição Federal, os estados elaboraram também suas constituições à luz da Constituição Federal, e os municípios incluem-se no processo através da promulgação de suas leis orgânicas, incorporam os princípios constitucionais e assumem a nova concepção de saúde e o novo papel como instâncias federativas em relação à política de saúde e ao SUS.

Os estados e municípios, em função do estado federativo brasileiro, passaram, após a Constituição de 1988, a ser politicamente autônomos, considerando que, durante o regime militar, esta condição era bem mais característica de estado unitário que federativo. A recuperação das bases federativas do Estado brasileiro repercute no processo de descentralização das políticas sociais, uma vez que os princípios da soberania são resguardados. A adesão é a prerrogativa para que os estados e os municípios assumam a gestão de políticas públicas, para tanto, precisam de incentivos (ARRETCHE, 1999).

A partir da Constituição de 1988, o país passa a ter uma política de saúde definida como política pública, implicando, portanto, em mudanças importantes nos campos político-jurídico, político-institucional e técnico-operativo (ALMEIDA *et al*, 2002).

Na definição da nova política de saúde, ficaram claras três características principais: a criação de um sistema nacional de saúde; a proposta de descentralização e a criação de novas formas de gestão, com a participação da sociedade civil organizada (VIANA *et al*, 1998).

Neste sentido, a descentralização apresenta-se contextualizada na busca de democratização do país e de maior justiça social, aqui definida como a

redistribuição de recursos e responsabilidades entre os entes federados com base no entendimento de que o nível central, a União, só deve executar aquilo que o nível local, os municípios e estados, não podem ou não conseguem. A gestão do sistema (SUS) passa a ser de responsabilidade da União, dos Estados e dos municípios, agora entendido como gestores do SUS (BRASIL, 2001).

Para Kugelmas *et al* (1999) e Lobo, (1988), o Brasil tem vivido períodos de alternância de centralização e descentralização, sendo os períodos de centralização identificados habitualmente com autoritarismo e os de descentralização com avanços democráticos.

A ascensão de Vargas, após a revolução de 30, deu início a um período centralizador culminando com o Estado Novo. O regime militar que se instalou em 1964 interrompeu o período democrático estabelecido com a Constituição de 1946. No regime militar, a centralização atingiu seu ponto máximo nos governos Médici e Geisel, e a Constituição de 1988 passou a ser considerada um marco da descentralização federativa. Lobo (1988, p.15) considera que o binômio centralização/descentralização tem sido uma constante na nossa história, sem que se tenha alcançado sucesso nas buscas de descentralização: “nascemos centralizados, aprofundamos e aperfeiçoamos a centralização e tentamos encontrar alguma saída, qual seja, a descentralização”. Ainda, para Lobo (1988), a adoção do sistema federal tornou mais evidente esta contradição, aqui considerando o sistema federal como um pacto,

um acordo entre diferentes centros do poder tendo como base a cooperação. O federalismo é definido como um sistema baseado na distribuição territorial – definida e assegurada constitucionalmente – de poder e autoridade entre instâncias de governo, sendo os governos nacional e subnacional independentes em sua esfera de ação.

Para Almeida (1995), a expressão mais clara da natureza não centralizada do federalismo é a existência de competências comuns entre instâncias de governo, considerando também que as relações entre federalismo e descentralização não são simples, seja pelo aspecto do funcionamento efetivo dos sistemas federativos contemporâneos, seja por seu aspecto conceitual. Desta forma, o Brasil está vivendo há mais de uma década, um processo de reorganização de seu sistema federativo, apontando sem dúvida para a descentralização e o fortalecimento da capacidade de decisão dos governos estaduais e municipais.

Viana *et al* (2002) afirmam que inúmeras razões têm impulsionado a descentralização sob a perspectiva política, destacando:

- a transição do autoritarismo para democracia em muitos países do mundo ocidental, na década de 1970;
- a emergência de autoridades administrativas independentes, sem vínculo com o circuito tradicional parlamento/burocracia intermediado pelo governo, tais como agências reguladoras, bancos centrais independentes, o próprio mercado financeiro, os meios de comunicação de massa e as telecomunicações;
- aniquilamento dos antigos ícones de identidade nacional com conteúdo político-ideológico- a exemplo dos fatos ocorridos a partir do esfacelamento dos países socialistas do Leste Europeu -, restando apenas o idioma como única característica coletiva de nacionalidade; e
- permanentes desequilíbrios socioeconômicos entre regiões de um mesmo país. (Viana *et al* , 2002 p. 494)

A descentralização, na perspectiva política, tem como objetivos a democratização do Estado e a promoção de maior justiça social, sendo considerada, portanto, um processo importante para a universalização do acesso e de melhor controle dos beneficiários sobre os serviços sociais (ALMEIDA, 1995).

Para Lobo (1988, p.18), a descentralização tem como princípio básico “a democratização do Estado e a promoção de maior justiça social”, objetivo este aplicável a “qualquer proposta de rearranjo do aparelho estatal no momento presente”. Continua o autor, afirmando que a descentralização deve “garantir uma distribuição equânime de serviços públicos para toda população, inclusive uma redistribuição de renda”.

Neves 1987 *apud* Muller, 1991, p.55) considera, basicamente, dois tipos de descentralização: uma funcional e outra territorial e admite duas interpretações diferentes para descentralização. A transferência de funções e tarefas de um nível hierarquicamente superior para outro inferior é denominada de desconcentração, e aquela que implica na redistribuição de poder entre o Estado e a sociedade é chamada de democratização da gestão social.

A desconcentração diverge da descentralização no aspecto relacionado ao poder de decisão, presente na descentralização, uma vez que esta redefinição significa o remanejamento de competências decisórias e executivas como de recursos financeiros (LOBO, 1988). Desta forma, entende-se, portanto, que a descentralização envolve distribuição adequada de poderes financeiros e funcionais entre os níveis de governo, o que significa, também, um deslocamento de centros de decisão, enquanto que a desconcentração se dá praticamente no aspecto físico-territorial, não afetando, portanto, o poder decisório.

Considerando ainda os aspectos relativos à descentralização e desconcentração, surge o conceito de regionalização, que indica a transferência de serviços do nível federal para o estadual ou ainda para o municipal, sendo assim uma forma de descentralização ao significar o deslocamento de função ou funções dos serviços prestados. Descentralizar e regionalizar implicam renovar a cultura organizacional e tecnológica, em consonância com o prescrito na Constituição, devendo ainda ser entendidos não somente como formas de distribuir atribuições e competências entre esferas de governo, mas, fundamentalmente, como conjuntos de ação impulsionadoras do desenvolvimento político da sociedade (FELÍCISSIMO, 1992).

A década de 80 é considerada por Teixeira (1990) como a década em que a demanda por descentralização coloca-se como um aspecto da reforma do Estado. A descentralização é, portanto, apresentada como uma exigência a partir da crise econômica e do endividamento externo; da transição para a democracia com a falência dos governos autoritários; configurando-se, desta forma, numa proposta para reduzir gastos públicos. Ainda, segundo Teixeira (1990), a descentralização proposta dentro de um processo democrático constitui, tanto uma formulação técnico-administrativa, quanto um meio de alcançar a universalidade, a equidade e o controle social que não estão contemplados numa perspectiva apenas racionalizadora.

O conceito moderno de descentralização, segundo Jacobi (1990 *apud* Muller Neto, 1991), está diretamente associado com a democratização do Estado e se relaciona também com a melhoria de qualidade de vida no território, o que dá uma noção de maior participação, buscando uma aproximação maior entre os cidadãos e a administração, viabilizando propostas alternativas renovadoras de relacionamento Estado/sociedade.

Para Felicíssimo (1992), o conceito de descentralização vem recebendo conotações variadas no decorrer da história de sua aplicação nas organizações governamentais. O autor refere que, no Brasil, distinguem-se duas formas de descentralização administrativa: uma chamada descentralização intragovernamental, que acontece “de dentro para dentro” da estrutura de governo quando, para dotar de maior flexibilidade e autonomia uma repartição tradicional, esta sofre transformações jurídicas ou quando é criada uma fundação na própria repartição para cumprir objetivos de natureza pública. A outra forma de descentralização está relacionada à transferência de atribuições, responsabilidades, recursos e poder de decisão para além dos limites do Governo. Este tipo de descentralização é denominado descentralização interinstitucional.

O cerne da descentralização está relacionado, portanto, com a distribuição de poder e de competências às diferentes esferas de governo. Sob essa perspectiva não é um fim em si mesma, senão a possibilidade de alcance de determinados objetivos, o que implica ser fundamental a definição clara dos objetivos e metas a serem alcançados.

A Constituição de 1988, ao definir um novo arranjo federativo, estabeleceu maior capacidade decisória e funções, aumentando o repasse de recursos do governo nacional para estado e, principalmente, para os municípios. Explicita, ainda, através de seu Art. 18, um modelo de Federação descentralizado ao mencionar o município como um ente federado.

A proposta da reformulação do Sistema de Saúde colocou o município no papel central desse processo, sendo considerado a sua unidade administrativa básica. Nessa perspectiva, o município é ator social fundamental para reorganizar e reorientar o setor saúde, no sentido de se alcançar a equidade, a eficácia e a eficiência social (PAGANINI, 1995), segundo as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A proposta do Sistema Único de Saúde, na perspectiva de proporcionar, a todos os cidadãos, oportunidades iguais de proteção da saúde e cura de seus agravos, lança o desafio de fazer funcionar o conjunto de recursos aplicados no setor saúde. Ao lado do direito dos usuários, da promoção de proteção e cura, dos atendimentos mais simples e mais complexos, deverá ser dada uma atenção preferencial aos indivíduos e às comunidades em maior risco social e biológico. Neste sentido, os serviços de saúde devem ser organizados de forma hierarquizada, considerando-se o grau de complexidade dos problemas a serem enfrentados.

Assim, o Sistema Único de Saúde configura-se como uma rede de serviços públicos e privados, descentralizada, regionalizada e hierarquizada, e de comando único em cada esfera de governo.

A proposta de descentralização significa, de um lado, uma maior participação na tomada de decisões, na seleção e distribuição de recursos e de outro, uma proposta de

reorganização do Estado, buscando apoiar-se nas unidades de gestão político, administrativo-geográficas, para alcançar maior responsabilidade, eficiência e transparência na gestão (PAGANINI, 1995).

Para muitos autores (CAMPOS, 1992; MENDES, 1993; PAGANINI:1995), a implantação do SUS tem sido perseguida através da implantação da Municipalização dos serviços de saúde, entendendo o município como uma unidade básica de administração financeira e de patrimônio, devendo constituir-se num meio de fortalecer o poder local.

Assim, mudanças político-institucionais decorrentes da implementação do Sistema Único de Saúde, a partir da Constituição de 1988, provocaram profundas alterações nos aspectos conceituais, na coordenação, na gerência, no financiamento e na operacionalização do conjunto de ações de saúde. A descentralização e a organização dos sistemas regionais e locais de saúde, a capacitação técnico-administrativa-gerencial dos estados e municípios para a gestão de seus próprios sistemas de saúde, universalizados e integralizados, passaram a se constituir em política oficial do âmbito federal, assim como dos diversos governos estaduais e municipais, em sucessivas administrações.

A concepção do SUS, conforme referida, deu-se na década de 80, marcada por forte crise econômica estrutural e pela deterioração do chamado Estado Burocrático Autoritário frente a sua incapacidade de intervenção no processo de desenvolvimento econômico e na questão social. Neste contexto, foi fortalecida a luta pela democratização do país buscando maior transparência e participação nos processos decisórios. Assim a descentralização tornou-se imperiosa para a superação da ineficiência do centralismo e do gigantismo do Aparelho de Estado Federal (SOUSA, 1993). Neste sentido, a descentralização é compreendida como um processo de democratização das relações sociais propiciador das formas participativas dos cidadãos.

Ao se estabelecerem as bases legais para a implantação do SUS, iniciou-se o processo de descentralização da gestão, provendo-se de maior capacidade gerencial os estados e municípios, por meio da criação de instrumentos e estruturas tais como os conselhos e fundos de saúde, os planos estaduais e municipais como também os relatórios de gestão (HEIMANN *et al*, 2000).

Para impulsionar e regulamentar o processo de descentralização, a partir de 1991, foram elaboradas e sancionadas as normas operacionais. A primeira Norma Operacional Básica, a NOB-SUS-1/91, editada em janeiro de 1991, apresentava mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação dos recursos financeiros do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para os municípios e estados. Recebeu diversas críticas do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e outros setores organizados da sociedade por ser centralizadora, por estabelecer a relação convenial de articulação e repasse de recursos. Em função destas críticas, esta Norma foi modificada através da Resolução INAMPS n. 273, de 17 de julho de 1991, e, em fevereiro de 1992, foi editada a Norma Operacional Básica (NOB – SUS – 1 /92) (ALMEIDA *et al*, 2002).

É importante salientar que a NOB – SUS –1/91 também foi editada via Resolução INAMPS, o que anunciava as dificuldades a serem enfrentadas no processo de descentralização, em função de uma prática pautada em programas verticais e no enfrentamento político entre as diversas facções da tecnocracia burocrática dos Ministérios da Saúde e Previdência Social — de forma mais forte nesse último — em disputa pela implantação da Reforma Sanitária. Scatena (2000) observa o fato de que não se evidenciam, nesta norma, elementos próprios da descentralização tais como democracia, federalismo e autonomia, mas, sim, a forma como são definidos os repasses financeiros evidencia uma centralização e uma desconcentração.

Em maio de 1993, foi editada a NOB-SUS-1/ 93 que introduziu um escalonamento para estados e municípios habilitados, estabelecendo as condições de gestão incipiente, parcial e semiplena, na dependência da maior ou menor capacidade técnica e administrativa. Essa norma, além de conferir maior autonomia aos municípios, instituiu o repasse direto de recursos do fundo nacional para o fundo municipal de saúde na área de assistência. Estabeleceu ainda o funcionamento da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no âmbito federal e criou as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) estaduais. Tais comissões teriam a função de negociar e pactuar assuntos relativos à saúde e estabelecer um processo de normalização das relações intragovernamentais através da definição de regras de transferências de recursos, de mecanismos de controle e avaliação e da definição de etapas de transferências para a gestão local de serviços.

Para Costa et al (1999), a NOB - SUS 01/93 representou um divisor de águas na política social brasileira dos anos 90, não significando apenas uma regulamentação administrativa e financeira; mas sim uma decisão política na perspectiva de efetivar os princípios do SUS, principalmente no que se refere à descentralização da gestão, como afirma Almeida (1995).

No ano de 1996, foi editada a Norma Operacional Básica (NOB-SUS-1/96), que reduziu as condições de habilitação a duas modalidades: Gestão Plena de Atenção Básica (GPAB) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), o que significou uma simplificação do processo de responsabilização municipal em relação à NOB – SUS - 1/93. Para Costa et al (1999), dentre os principais objetivos da NOB – SUS - 1/96 destacam-se:

- promover e consolidar a função municipal na gestão do poder público na atenção à saúde e redefinir as responsabilidades de estados, Distrito Federal e União;
- estabelecer um novo pacto federativo em relação à responsabilidade sanitária;
- reorganizar o modelo assistencial, dando ao município a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica à saúde;

- assegurar que as transferências intragovernamentais sejam fundo a fundo, reduzindo as transferências para remuneração de serviços produzidos;
- fortalecer a gestão compartilhada entre os três níveis de governo através das CIT e CIB;
- estabelecer a direção única em cada nível de governo;
- fortalecer a função gestora das secretarias estaduais, com redefinição de responsabilidades para a coordenação do SUS em âmbito estadual;
- regulamentar as relações entre os sistemas municipais e desses com as instâncias estaduais e federais, destacando-se como principal instrumento das relações entre governos, a Programação Pactuada e Integrada/ PPI (Costa et al, 1999 p.40).

A NOB – SUS - 1/96 criou, ainda, um conjunto de instrumentos orientadores do modelo assistencial relacionado a critérios para as transferências financeiras intragovernamentais.

Em janeiro de 2001, através da Portaria n. 95 GM/MS foi editada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS – SUS - 01/2001). A edição dessa norma foi embasada no intenso processo de descentralização desencadeado a partir da implantação das normas operacionais básicas. Esta transferiu para os estados, e principalmente para os municípios, um conjunto de diretrizes, responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde, tais como:

- apresenta o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde;
- institui o plano diretor de regionalização que define prioridades de intervenção, conforme necessidades e garantia de acesso da população;
- reconhece que a regionalização dos serviços de saúde é fundamental para a consolidação dos princípios da universalidade, equidade no acesso e integralidade da atenção;
- introduz o conceito de região de saúde, módulo assistencial e Município-polo e estabelece as responsabilidades e ações estratégicas mínimas de atenção básica;
- define procedimentos a serem acrescentados na relação de atenção básica, e os procedimentos mínimos de média complexidade ambulatorial, a serem ofertados pelos municípios-sede de módulos assistenciais de saúde.

Em continuidade ao processo de pactuação desencadeado entre as três esferas de governo a partir da edição da NOAS – SUS - 1 /2001, em fevereiro de 2002, foi editada a NOAS – SUS - 01/2002 que, segundo o próprio texto:

- amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica;
- estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade;
- cria mecanismos para o fortalecimento de capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde; e
- procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (NOAS-SUS-01/2002 p.5).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS - 01/2002) assegura as diretrizes organizativas definidas pela NOAS – SUS - 01/2001, ao mesmo tempo em que apresenta alternativas para superação das dificuldades e impasses oriundos da sua implantação.

Desta forma, o processo de regionalização é estabelecido como estratégia da hierarquização dos serviços de saúde e deverá observar uma lógica de planejamento integrado:

compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (NOAS – SUS - 01/2002, p 9.)

Esta Norma instituiu também o Plano Diretor de Regionalização (PDR) para ordenar o processo de regionalização da assistência em cada Estado e no Distrito Federal. O PDR deveria conformar em sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, através da

- organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais;
- da conformação de redes hierarquizadas de serviços;
- do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades (NOAS – SUS – 01/2002).

Foram também definidos conceitos-chaves para a organização da assistência no âmbito estadual, tais como:

a) Região de Saúde - base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do Estado, a ser definida pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada Estado. Para tanto, iria considerar as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um Estado pode dividir-se em macrorregiões, regiões e ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais.

b) Módulo Assistencial - módulo territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência, constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade da Federação, em regulamentação específica, e com as seguintes características:

- conjunto de municípios, entre os quais há um município-sede, habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal/GPSM ou um município com capacidade de ofertar a totalidade dos serviços com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos; ou
- município em Gestão Plena do Sistema Municipal ou um município com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade dos serviços para sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios.

c) Município-sede do módulo assistencial/GPSM ou um município existente em um módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos.

d) Município-pólo/GPSM ou um município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.

e) Unidade territorial de qualificação na assistência à saúde - representa a base territorial mínima a ser submetida à aprovação do Ministério da Saúde e Comissão Intergestores Tripartite para qualificação na assistência à saúde. Deverá ser a menor base territorial de planejamento regionalizado com complexidade assistencial acima do módulo assistencial, conforme definido no PDR. Poderá ser uma microrregião ou uma região de saúde, de acordo com o desenho adotado pelo Estado (NOAS – SUS – 01/ 2002 p.10).

No Estado do Ceará, a descentralização das ações de saúde é proposta a partir de 1984 através da assinatura do convênio, em 7 de agosto de 1984, entre a União e o Estado do Ceará para a implantação e execução do Programa de Ações Integradas de Saúde no Estado do Ceará. Dentre os objetivos deste Programa, está explicitado no item IV da Cláusula Segunda:

“A regionalização e a hierarquização dos Serviços de Saúde no Estado, com mecanismos claros de referência e contra-referência e adscrição de clientela aos serviços primários mais próximos à moradia”. A Cláusula Terceira estabelecia que a Coordenação Geral do Programa de Ações Integradas de Saúde seria “exercida por uma Comissão Interinstitucional de Saúde, constituída pelo Superintendente Regional do INAMPS, pelo Delegado Federal de Saúde do MS, pelo Secretário de Estado da Saúde e pelo representante do MEC, a qual deliberará por consenso”

A Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS) foi criada em 22 de março de 1984, através de ato do governador do Estado e publicado no Diário Oficial em 22 de março deste mesmo ano.

No entanto, a descentralização das ações de saúde para os municípios no Estado do Ceará efetiva-se somente a partir de 1987, com a assinatura do convênio de adesão do Estado do Ceará ao Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). Esta adesão significou o início do processo de unificação das instituições públicas, prestadoras de serviços de saúde no Estado do Ceará e o processo de reorganização dos serviços de saúde em bases distritais.

Os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) foram criados através do decreto presidencial n. 94.657 de 20 de julho de 1987, com o objetivo de “contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das Ações Integradas de Saúde” e postulava os princípios definidos para a Reforma Sanitária, tais quais: universalização do atendimento, integralidade da atenção, regionalização e hierarquização, descentralização administrativa, gerenciamento democrático e política integrada de recursos humanos.

A adesão ao SUDS significava a unificação das instituições de saúde. No Estado do Ceará, o estabelecimento da unicidade de comando do Sistema Estadual de Saúde foi expresso pela nomeação do Secretário de Saúde do Estado como Superintendente Regional do

INAMPS, Superintendente da Fundação de Saúde do Estado do Ceará (FUSEC) e, ainda, Presidente da Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS). Neste período, foi também procedida à estadualização dos hospitais públicos federais: Hospital Geral de Fortaleza e Hospital de Messejana.(BRASIL, 1997; O Povo, 1987).

No ano de 1988, a Secretaria Técnica da Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS/CE) elaborou o documento Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Estado do Ceará: Conceitos Básicos, Princípios Orientadores, Diretrizes e Estratégias. Este documento aponta a universalidade e equidade da assistência e a integralidade e qualidade das ações de saúde como os princípios orientadores do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde e apresenta a proposta de reorganização dos serviços de saúde segundo as seguintes diretrizes:

- gestão colegiada com unicidade de comando em todos os níveis;
- regionalização e hierarquização dos serviços;
- descentralização das ações de saúde;
- redefinição das relações entre os setores prestadores de serviços;
- reorientação da política de recursos humanos; e
- controle social dos serviços de saúde.

No ano de 1989, o Secretário de Saúde do Estado do Ceará estabeleceu um protocolo de intenções a ser celebrado entre o Estado do Ceará, através da Secretaria de Saúde do Estado e as prefeituras municipais “objetivando a Municipalização dos Serviços de Saúde”.

Neste documento, as prefeituras assumiam o compromisso de:

- elaborar Plano Municipal de Saúde com previsão de modelo distrital de organização dos serviços de saúde – Distrito Sanitário”;
- criar estrutura administrativa capaz de assumir as responsabilidades e atribuições que lhes serão repassadas;
- alocar recursos orçamentários para o setor saúde em percentuais compatíveis com o desempenho do programa de saúde;
- criar o Conselho Municipal de Saúde como instância de gestão do sistema de saúde com garantia de participação popular;
- responsabilizar-se pela manutenção das unidades de saúde e equipamentos cedidos pelo Estado.

Neste mesmo ano, é constituído pela CIS/CE o Conselho Estadual de Saúde através da resolução 07/89 de 1º. de março de 1989 e são definidas as diretrizes gerais para orientarem a constituição dos Conselhos Municipais de Saúde, via Resolução n. 16/ CIS/CE, de 13 de setembro de 1989. Assim, até o ano de 1990, o Ceará contava com um total de 73 municípios que haviam aderido ao processo de municipalização.

A Resolução n. 10/CESAU/CE de 11 de outubro de 1990 regulamentou o repasse de imóveis, com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis, referentes aos postos de assistência médica do INAMPS para as prefeituras municipais que assinassem o Termo de Adesão ao Sistema Único de Saúde.

A partir de então, também os recursos humanos pertencentes ao quadro de pessoal do INAMPS, lotados nas referidas unidades, tornaram-se subordinados ao órgão de direção municipal do SUS, assegurados os direitos e deveres decorrentes das normas federais, devendo qualquer remanejamento posterior ser comunicado à Coordenadoria de Recursos Humanos do SUS.

A Resolução n. 01/91/CESAU/CE de 27 de junho de 1991 estabeleceu que a municipalização das ações de saúde só poderia ser efetivada mediante atendimento aos seguintes requisitos:

- criação do Conselho Municipal de Saúde/CMS por Decreto ou Lei e ata de posse; com composição paritária;
- elaboração do Plano Municipal de Saúde com informação do modelo assistencial;
- estabelecimento de estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde, com a organização dos serviços definida, capaz de assumir responsabilidades e atividades que lhes serão repassadas, inclusive Regimento Interno;
- criação do Fundo Municipal de Saúde;
- composição da Comissão de elaboração de Plano de Carreira, Cargos e Salários.

Desta forma, no ano de 1991, existiam 83 municípios com os serviços de saúde municipalizados (MENSAGEM GOVERNAMENTAL, 1991).

A Mensagem governamental de 1992 refere que, nesse ano, estão municipalizados 88 municípios e ainda que 113 municípios elaboraram planos de saúde, dando início a um planejamento municipal na área de saúde até então inexistente. Neste mesmo ano, foram constituídos Conselhos Municipais de Saúde em 116 municípios e criadas secretarias municipais de saúde em 103 municípios. A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará redireciona então, a sua cooperação técnica com os municípios, passando a priorizar o apoio à organização dos Sistemas Locais de Saúde.

Neste período, de 1989 a 1992, foi dada ênfase à municipalização, sendo que a preocupação, neste período, era viabilizar as condições para que o município assumisse a gestão do sistema local de saúde, como também definir as ações que o Estado deveria repassar aos municípios. Não aconteceram discussões que apontassem para um modelo assistencial que pudesse causar um maior impacto sobre o quadro sanitário assim como não foi trabalhada uma articulação entre os municípios, na perspectiva de um modelo regionalizado (INSTITUTO DE PLANEJAMENTO DO CEARÁ, 1998).

Com o advento das Normas Operacionais Básicas, a NOB - SUS - 01/93 e NOB - SUS - 01 /96, o processo de descentralização da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará foi adaptado às normas federais. A Resolução n. 07/93/CESAU/CE de 29 de julho de 1993 aprova a proposta de ajustes à Norma Operacional Básica do SUS/93 em função da necessidade de estabelecer novas orientações para o processo de descentralização da saúde no Ceará e adequá-las às normas federais. Vale salientar que a NOB - SUS - 01/93 estabelece que as Secretarias de Estado da Saúde assumam a tarefa de coordenar, articular, pactuar e normalizar o sistema de saúde.

No período de 1994 a 1997, o Estado do Ceará contabilizou, segundo a NOB – SUS - 01/96, 148 municípios que aderiram ao processo de municipalização da saúde, sendo 136 na condição de gestão incipiente e 12 na condição de gestão semiplena.

Segundo IC.2 (2005) a adesão dos municípios à NOB – SUS - 01/93, no Estado do Ceará, só aconteceu um ano depois, em novembro de 94, com a adesão de pouquíssimos municípios. Em âmbito nacional, contudo, neste ano de 1994 foram habilitados 47,4% dos municípios, na fase inicial de implantação desta NOB (ALMEIDA, 1995).

A Comissão Intergestores Bipartite/CIB/CE foi implantada no ano de 1993 com a realização de sua primeira reunião em 21 de maio.

A Resolução de n. 01/2000 do Conselho Estadual de Saúde de 28 de fevereiro de 2000 aprova a habilitação do Estado do Ceará, na condição de Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde, em conformidade com a Norma Operacional Básica/NOB/01/1996. No ano de 2002, a Portaria de n. 775 GM/ MS de 17 de abril de 2002 habilita o Estado do Ceará em Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde, segundo a NOAS – SUS - 01/2001.

Neste mesmo ano de 2002, 23 municípios habilitaram-se ao Nível de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde e 4 ao Nível de Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada; em 2003, 14 habilitaram-se à Gestão Plena do Sistema Municipal e 16 à Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada.

Atualmente, 135 municípios encontram-se no Nível de Gestão Plena do Sistema Municipal, em consonância com Portaria n. 2.023/GM/MS de 23 de setembro de 2004; 43 municípios encontram-se no Nível de Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada segundo a NOAS – SUS - 2001-2002 e 6 municípios permanecem no Nível de Gestão Plena de Atenção Básica segundo a NOB – SUS - 01/96.

No ano de 1994, o Programa de Saúde da Família foi criado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de “contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção

básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população”. (BRASIL, 1997)

No Estado do Ceará, o Programa de Saúde da Família foi definido, desde então, como estratégia para a organização da Atenção Primária à Saúde. Assim, em 1994, 20 municípios implantaram este Programa em seus municípios, perfazendo um total de 81 equipes, embora apresentando diversos modelos de organização dos serviços de saúde. Em 2000, existiam 816 equipes implantadas em 177 municípios (CEARÁ, 2000).

A implantação do Sistema Único de Saúde direcionou as novas funções operacionais das Secretarias Estaduais de Saúde dentro do processo de descentralização, marcado pela municipalização da rede de serviços básicos. As Secretarias Estaduais de Saúde passaram a desempenhar funções voltadas para a supervisão e a coordenação dos serviços de saúde. Este direcionamento determinou uma redução no papel executor das secretarias estaduais de saúde, no entanto, fortaleceu a percepção da necessidade de regionalizar e hierarquizar os serviços de saúde, de forma a assegurar a assistência integral, resolutiva e de qualidade.

Os dados apresentados demonstram a grande importância do processo de descentralização dos serviços de saúde, na perspectiva de sua compreensão como expressão do poder municipal, em sua condição de ente federativo, autônomo e suficientemente competente para atuar executando a atenção à saúde de sua população. Esta premissa por si só justifica a abordagem que apresentaremos nesta tese.

Objetivamos particularizar o estudo de caso em uma microrregião, pois a Microrregião busca observar a concretização dos discursos oficiais contidos nos documentos relacionados à pesquisa realizada. Certamente verificaremos discrepâncias entre a proposta teórica e a prática dos serviços de saúde, mas também será possível estabelecer ganhos concretos do processo como um todo. Neste sentido, novamente compreendemos que as pesquisas acadêmicas

necessitam sinalizar ganhos concretos da realidade social, não só por eles mesmos, mas também como estímulos a todos os atores sociais envolvidos com o processo da saúde pública em nosso Estado e no país.

Numa outra vertente de análise, ressalto que minha experiência profissional, extensa e intensa, esteve sempre relacionada com o âmbito operacional dos serviços, *com o fazer dos serviços de saúde*, na busca determinada de transformações que acredito serem possíveis, por meio do trabalho persistente e árduo. Nesse sentido, participei ativamente de todo o processo de reorganização dos Serviços de Saúde do Estado do Ceará, desde as Ações Integradas de Saúde até a implantação do Sistema Único de Saúde, o que me possibilita também o exercício não somente da crítica, mas também da auto-crítica, desde minha posição de ator social do processo sob análise.

Tive a oportunidade de abordar, durante o Mestrado em Saúde Pública, na Universidade Federal do Ceará, o tema “Evolução Organizacional da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza”, que possibilitou a análise do processo de gestão municipal a partir de sua Direção Superior, o que permite o olhar mais abrangente do processo, que sem dúvida me auxilia nesta nova incursão acadêmica. E por fim, minha atuação como professora do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, trabalhando com foco em planejamento e gestão de serviços de saúde, torna coerente e necessária a definição do eixo principal da pesquisa desta tese na descentralização como estratégia política para a municipalização e reorganização dos serviços de saúde; com seus reflexos no modelo institucional e assistencial proposto para o Sistema Único de Saúde no Estado do Ceará.

A tese está organizada em quatro seções, a saber:

- Formulação dos objetivos da tese;

- Discussão da metodologia utilizada para a pesquisa;
- Discussão e resultados da pesquisa;
- Conclusões.

Apresentamos também os anexos para os detalhamentos das informações discutidas na tese, bem como as referências bibliográficas.

## **2. OBJETIVOS:**

### **2.1.GERAL:**

1. Estudar o processo de descentralização do Sistema Único de Saúde em uma microrregião do Estado do Ceará.

### **2.2.ESPECIFICOS:**

1. Descrever o processo de descentralização político-administrativo;
2. Descrever o processo de organização da regionalização e hierarquização;
3. Identificar mudanças no modelo de atenção à saúde.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1 MATERIAL E MÉTODOS

O objeto desta pesquisa é estudar o processo de descentralização do Sistema Único de Saúde, a partir da descrição do processo de descentralização político-administrativo e da organização da regionalização e hierarquização de uma microrregião de saúde - a Microrregião de Baturité, identificando também mudanças no modelo de atenção à saúde, comparativamente ao proposto pelo SUS.

Muito embora a descentralização das ações de saúde venha integrando as políticas de saúde desde as Ações Integradas de Saúde, a sua institucionalização como política pública dá-se somente a partir da Constituição Federal de 1988. Desta forma, considerando-se o breve intervalo de tempo de implementação da descentralização, não existe, ainda, uma metodologia bem estabelecida na avaliação de seus efeitos (SOUZA *et al.*, 2005).

Desta feita, buscamos nesta tese, apreender as características do modelo proposto para o SUS no Ceará, observando a diversidade e a singularidade de suas manifestações através do estudo de caso (DENIS e CHAMPAGNE, 1997) por meio da análise do processo na microrregião especificada. Esta estratégia permite que a pesquisa seja feita sobre pequenas quantidades da unidade de análise, tendo como base que a potência alcançada deve-se à profundidade do estudo de caso e não à quantidade de unidades analisadas. Compreendendo também que o “caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (MINAYO, 2001, p16) constitui-se numa metodologia de pesquisa, reforçamos nossa escolha. Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa.

A opção da escolha pela Microrregião de Baturité foi orientada pelo fato desta Microrregião ter sido a primeira do Estado a ser implantada e assim servir como projeto-piloto para a implantação das outras microrregiões de saúde. A proximidade com o município de Fortaleza aumentou a factibilidade da pesquisa, uma vez que facilitaria o acesso ao local de estudo e tornaria seus custos menores.

O estudo desenvolveu-se considerando a trajetória político institucional, a organização e a prestação de serviços na perspectiva de mudanças estruturais e organizacionais visando o modelo de atenção à saúde nos municípios da microrregião. O período de tempo considerado para o estudo de caso foi de 1997 a 2005.

A microrregião de saúde, segundo a NOAS – SUS – 01/2002, é qualificada por meio da definição de um conjunto mínimo de serviços de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso possibilitado a toda população no âmbito microrregional. Esse conjunto mínimo de serviços compreende as atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico: procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, e por outros profissionais de nível superior e de nível médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; radiodiagnóstico; exames ultrassonográficos; fisioterapia e internações hospitalares em clínica médica, em pediatria e obstetrícia (parto normal). (NOAS, 2002)

### **3.1.1-Processo de descentralização político-administrativo**

Para a configuração do processo de descentralização político-administrativo foi feita uma pesquisa documental que teve como base de dados:

- as informações contidas em documentos oficiais tais como as leis e decretos federal, estadual e municipais;

- os planos de ação e relatórios de gestão estadual e municipais.

A pesquisa foi realizada junto às Comissões Intergestores Bipartite (CIB) nos âmbitos estadual e regional, à Secretaria Técnica do Conselho Estadual de Saúde, à Assessoria Jurídica da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, ao Tribunal de Contas do Município, às Prefeituras Municipais, às Secretarias Municipais de Saúde e à Câmara dos Vereadores.

Complementarmente, foi utilizada a técnica de entrevista aberta (HAGUETTE, 1992; MINAYO, 1996) com determinados informantes-chaves para o preenchimento de algumas lacunas na reconstrução do processo de evolução organizacional dos sistemas municipais de saúde, não esclarecidas pela pesquisa documental. Para a aplicação deste instrumento identificou-se, para cada município sob estudo, um informante-chave, dentre as pessoas que haviam desenvolvido atividades na área de saúde. Foi também identificado um informante-chave na Secretaria de Saúde do Estado do Ceará escolhido por ter ocupado função estratégica nesta instituição, durante todo o período estudado. Na apresentação dos resultados, estes entrevistados serão identificados como IC.n, a saber: **Informante-Chave** e o número.

### **3.1.2-Processo de organização da regionalização e hierarquização**

Para o referencial de análise do processo de regionalização e hierarquização do atendimento foi utilizada a base normativa da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS – SUS – 01) 2001, considerando que esta norma orientou a elaboração do Plano Diretor de Regionalização do Estado do Ceará, determinando, desta forma, o nível de assistência efetiva, a ser ofertada à população naquela microrregião de saúde.

Em relação à configuração do processo de organização da regionalização e hierarquização foram analisados o atendimento ambulatorial em clínicas especializadas e as internações hospitalares. Nesta análise, foram utilizados, como base de dados, os sistemas

SIA/ SUS; SIH /SUS; dados da Central de Marcação de Consultas da Microrregião e dados do Plano de Desenvolvimento de Regionalização (PDR). Analisamos, quantitativamente, a produção de serviços de saúde para observar o funcionamento efetivo da regionalização e hierarquização dos serviços e mudanças no modelo de atenção à saúde.

A definição de regionalização dos serviços de saúde, nesta tese, é compreendida como a forma de produção e distribuição dos bens e serviços de saúde, que devem ser organizados de forma hierarquizada. Esta hierarquização deve contemplar as diferentes densidades tecnológicas das ações de saúde, em função da complexidade e frequência dos agravos, visando possibilitar o adequado e oportuno acesso da população a estas ações. Esta organização pressupõe uma adequada articulação de todos os recursos existentes na área para sua melhor utilização e adequação à realidade local e, sobretudo, para o estabelecimento da relação de mútua responsabilidade sanitária com a população adscrita.

A análise quantitativa realizada contemplou:

- a identificação do perfil e distribuição, na região, dos serviços de saúde na microrregião com seus respectivos graus de complexidade;
- o estudo quantitativo da produção dos serviços de saúde, propriamente ditos, considerando o aumento da cobertura; a realização de procedimentos ambulatoriais e laboratoriais, dentro e fora dos municípios; o grau de invasão em termos dos internamentos hospitalares; e o grau de evasão em termos dos internamentos hospitalares;
- a análise dos serviços especializados, sendo selecionados os exames de patologia clínica, radiodiagnóstico e parto normal; atividades classificadas de média complexidade de primeiro nível de referência.

Nesse momento da pesquisa, utilizamos a técnica da entrevista semi-estruturada (HAGUETTE, 1992; MINAYO, 1996) com todos os Secretários Municipais de Saúde dos municípios da microrregião sob estudo para, em combinação com as análises quantitativas

acima descritas, melhor interpretarmos a realidade (MINAYO e SANCHES, 1993), configurando a pesquisa quali-quantitativa. Todas as entrevistas foram agendadas previamente por contato telefônico e realizadas em locais e horários definidos de acordo com a conveniência dos entrevistados. As entrevistas duraram em média 2 horas, foram gravadas com as autorizações prévias dos entrevistados, por meio de suas assinaturas e depois transcritas e analisadas por mim. Na apresentação dos resultados, estes entrevistados serão identificados como Secretário.

### **3.1.3-Análise das mudanças no Modelo de Atenção à Saúde**

Os princípios constitucionais e da legislação que regem o Sistema Único de Saúde (SUS); compreendem um modelo de atenção à saúde que deve fortalecer o princípio da integralidade; priorizar as ações preventivas e promocionais; a universalização da assistência nos níveis ambulatorial e hospitalar e de apoio diagnóstico e terapêutico. Neste sentido, considera-se mudança no modelo de atenção, novas práticas sanitárias, capazes de intervindo no processo saúde/ doença, diminuírem os riscos e possibilidade de adoecer da população, e também a garantia do acesso ao diagnóstico, tratamento e reabilitação e assim garantir os princípios constitucionais do SUS.

Assim, buscamos identificar o acesso e a integração dos serviços na rede hierarquizada observando a relação entre as ações preventivo-curativas. Pesquisamos a integralidade no modelo de atenção por meio da análise das ações de Atenção à Saúde da Mulher; da Atenção à Saúde da Criança; do Programa de Controle de Tuberculose e do Programa de Controle da Hipertensão.

Especificamente, a análise investiga:

- a assistência ao pré-natal e parto na Atenção à Saúde da Mulher;

- o percentual de crianças de até 4 meses com aleitamento materno exclusivo;
- o percentual de crianças até um ano com esquema de vacina completo;
- a incidência de casos de tuberculose;
- o percentual de cura dos casos diagnosticados e tratados;
- o percentual de tratamentos supervisionados, no Programa de Controle de Tuberculose;
- o percentual de hipertensos acompanhados;
- as internações por complicações, no Programa de Controle da Hipertensão.

### 3.2 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

O estudo desenvolve-se numa microrregião de saúde do Estado do Ceará, a Microrregião de Baturité. Este Estado está situado na região Nordeste do Brasil. O Estado limita-se com o oceano Atlântico e os estados do Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Paraíba. A sua área geográfica é de 148.825,602 km<sup>2</sup> e sua população estimada para dezembro de 2006, segundo o IBGE, é de 8.258.535 habitantes e tem como capital a cidade de Fortaleza.

No Ceará, em 1970, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi de 0,275, enquanto que nos anos de 1980, 1991 e 1995 correspondeu a 0,477; 0,537 e 0,576 respectivamente. No ano de 1996, este índice está representado em 0,590, sendo considerado um índice de desenvolvimento médio. No mesmo período, o Brasil e o Nordeste apresentavam o IDH de 0,830 e 0,608, considerados índices alto e médio, respectivamente; em 2000, este índice para o Estado do Ceará passou para 0,6989.

As pessoas economicamente ativas que percebem até 1 salário mínimo mensal e as sem rendimentos, inclusive as que receberam somente benefícios, em 1998, representavam 57,9% do total da População Economicamente Ativa (PEA); este percentual, em 2004, eleva-

se para 63,0%. É importante destacar que neste último ano, 31% têm a agricultura como ramo de trabalho principal, 17% o comércio, 16% a indústria, e 7% a educação, saúde e serviços sociais.

O Produto Interno Bruto (PIB) e o PIB *per capita* no Ceará apresentam, no período de 1998-2003, tendências de crescimento. A primeira variável cresceu em termos nominais, 50,91%, atingindo em 2003 um PIB de 28,4 bilhões de reais, e o PIB *per capita* cresceu 57,17%, chegando a R\$ 3.618,00. Analisando-se a composição do Produto Interno Bruto cearense, verifica-se que o Produto Agropecuário, setor com maior número de pessoas empregadas, teve participação em 2003, de apenas 6,6%, enquanto o Setor de Serviços representava 56,1% do PIB total do Estado.

Apesar do crescimento da renda no Estado, esta é considerada muito concentrada e com uma elevada participação de pobres em sua população. O Coeficiente de Gini<sup>1</sup>, que mede a desigualdade existente na distribuição de renda domiciliar *per capita*, em 2003 chegou a 0,567, valor muito acima de 0 (zero). No entanto, observa-se uma melhoria neste quadro, dado que em 1992 este Coeficiente era de 0,603, apresentando em 2003 uma redução de 6%. Esta situação pode ser considerada positiva, se comparada ao comportamento dos índices do Brasil e do Nordeste. No mesmo período, o Brasil teve uma elevação de 0,1% e o Nordeste uma redução de apenas 1,4%.

Admitindo-se uma linha de pobreza igual a meio salário mínimo, com valores de 2003, R\$ 120, 00, verifica-se que o percentual de pobres no Ceará é de 54,3%; no Nordeste é de 55,4% e no Brasil é de 31,8%. No Ceará, entre 1992 e 2003, houve uma redução da pobreza, em termos proporcionais, da ordem de 23,1%, melhor resultado que o verificado

---

<sup>1</sup> Coeficiente de Gini é uma medida resumida e bastante conveniente, do grau relativo de desigualdade na distribuição de renda. Os coeficientes de Gini são medidas de desigualdades agregadas e pode variar de zero (igualdade perfeita) a um (desigualdade perfeita). Na verdade, o coeficiente de Gini para países com distribuição de renda altamente desigual normalmente cai entre 0,5 e 0,7, enquanto que para países com uma distribuição relativamente equitativa ele é da ordem de 0,2 a 0,35. (TODARO, M.P. Introdução à Economia: uma visão para o terceiro mundo. Rio de Janeiro, Ed. Campus, 1981)

para o Nordeste, cuja diminuição foi de 18,2%; e um pouco superior ao do Brasil, cuja redução foi de 25,7%.

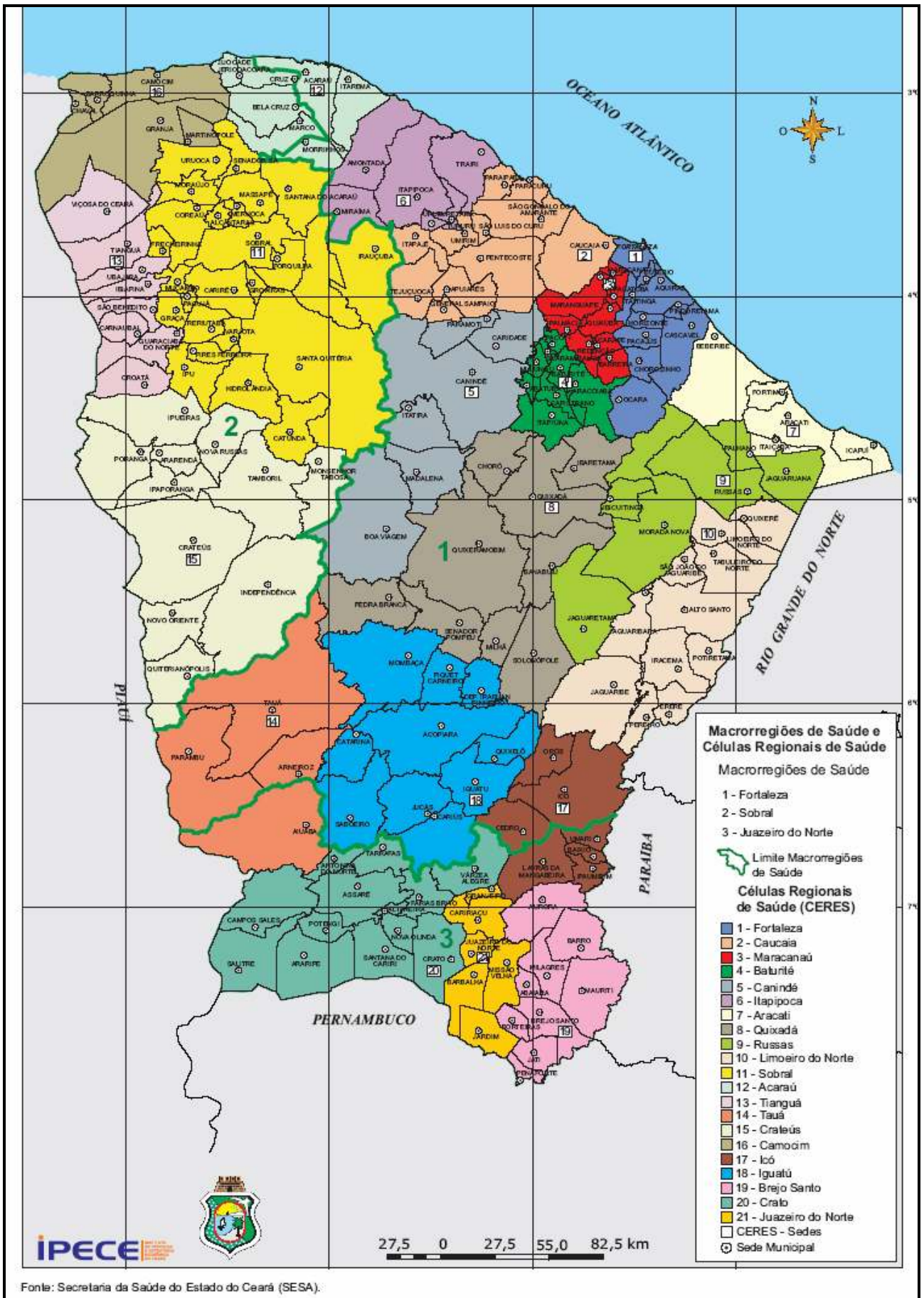
Em relação aos serviços básicos de água e de esgotamento sanitário, estes beneficiam, no Ceará, 95,74% da população em relação ao abastecimento de água e 33,68% para esgotamento sanitário, segundo o Anuário do Ceará, 2006.

A taxa de alfabetização na população de 15 e mais anos de idade é de 68% de homens e 76% de mulheres e a taxa de escolaridade abaixo de 4 anos de estudo representa 46% desta faixa etária.

A esperança de vida ao nascer, nos homens, vem aumentando. Em 1997 era de 62,24 anos passando em 2000 para 68,11 anos. O mesmo ocorre entre as mulheres que em 1997 era de 68,78 anos, evoluindo para 69,74 anos de vida em 2000.

O Estado do Ceará está dividido em 184 municípios, agrupados em oito Macrorregiões político-administrativas e trinta e três Microrregiões geográficas (Anexos A e B).

O sistema estadual de saúde está organizado em três macrorregiões e vinte duas microrregiões (Mapa 1). As microrregiões são formadas por vários municípios que, articulados entre si, prestariam atenção à saúde, nos níveis primário e secundário (Anexo C). Um conjunto de microrregiões formaria as macrorregiões que se constituem os pólos de atenção terciária.



Mapa 1 – Macrorregiões e Microrregiões de Saúde

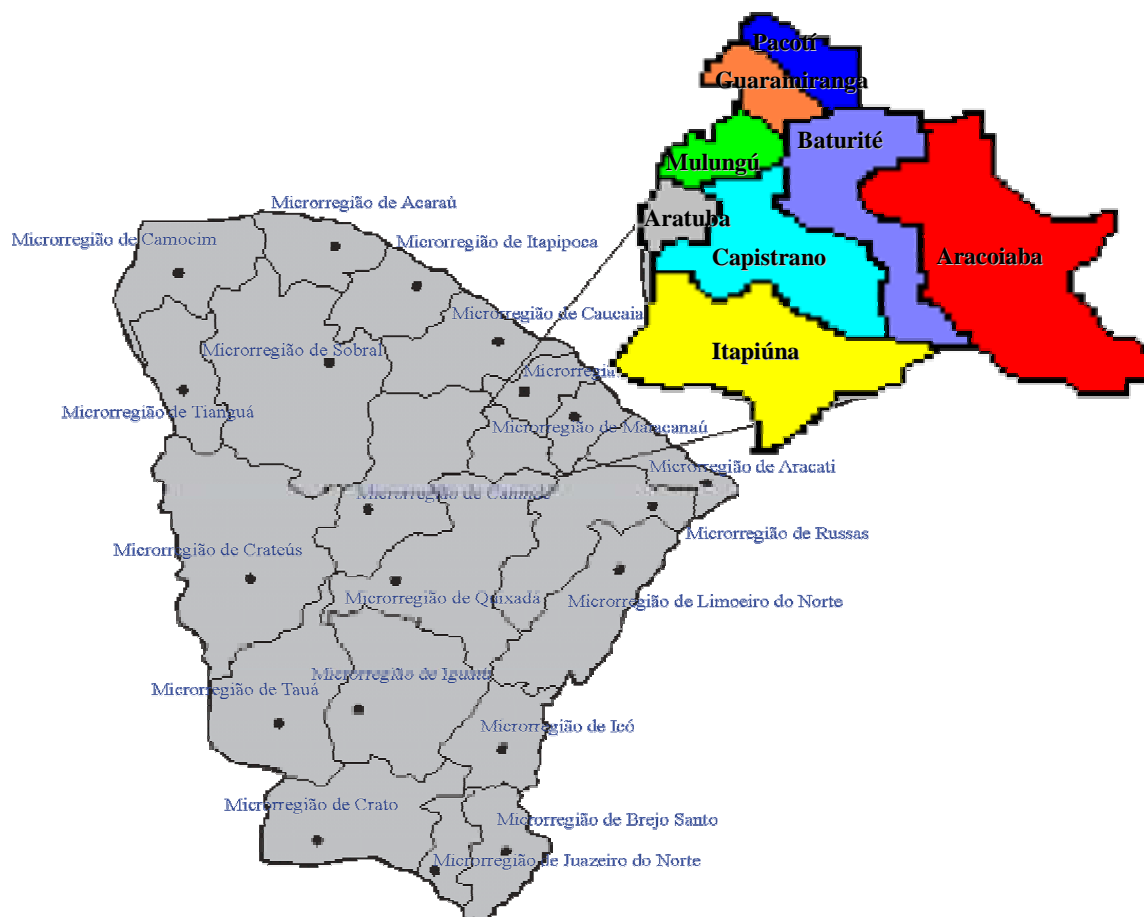
### 3.3 A MICRORREGIÃO DE BATURITÉ:

A Microrregião de Saúde de Baturité está localizada no maciço de Baturité, na região norte do Estado do Ceará e é formada por oito municípios: Aracoiaba, Aratuba, Baturité, Capistrano, Guaramiranga, Itapiúna, Mulungu e Pacoti. Todos os municípios pertencem à oitava Região Administrativa do Estado e estão localizados próximos a Fortaleza, sendo que seu ponto mais alto dista apenas 128 km da capital. Baturité, Município-polo e Sede da Coordenação da Microrregião, fica a 93 km de Fortaleza através da rodovia CE-60. (Quadro 1 e Mapa 2).

<b>Município</b>	<b>Distancia Fortaleza em Km<sup>2</sup>.</b>
Aracoiaba	83
Aratuba	128
Baturité	93
Capistrano	110,5
Guaramiranga	102
Itapiúna	110
Mulungu	110
Pacoti	95

Fonte: Anuário do Ceará – 2006

**Quadro 1-Microrregião de Saúde de Baturité  
Distâncias entre seus municípios e Fortaleza-2006**



**Mapa 2 – Localização Geográfica da Microrregião de Saúde de Baturité**

O sistema rodoviário de acesso aos municípios é formado por três importantes troncos rodoviários, quais sejam: CE-60, CE-65 e CE-356.

A microrregião ocupa uma área de 2.219,14 Km<sup>2</sup> e a densidade demográfica é de 55 habitantes por Km<sup>2</sup>, um pouco acima da densidade do Estado que é de 47 hab./Km<sup>2</sup>. (Quadro 2).

<b>Municípios</b>	<b>Área Geográfica (Km<sup>2</sup>)</b>
Aracoiaba	656,53
Aratuba	142,54
Baturité	308,78
Capistrano	194,80
Guaramiranga	59,47
Itapiúna	588,68
Mulungu	134,59
Pacoti	111,95
<b>Total</b>	<b>2.197,34</b>

Fonte: Anuário do Ceará – 2006

**Quadro 2 – Microrregião de Saúde de Baturité  
Área Geográfica– 2000**

A população da Microrregião, segundo dados do IBGE para o ano 2005, foi estimada em 131.479 habitantes. O Município de Baturité apresenta a maior concentração populacional, com 31.431 habitantes, e o Município de Guaramiranga a menor concentração, com 5.978 habitantes conforme Quadro 3.

<b>Municípios</b>	<b>População</b>
Aracoiaba	25.039
Aratuba	13.475
Baturité	31.431
Capistrano	16.337
Guaramiranga	5.978
Itapiúna	18.213
Mulungu	9.558
Pacoti	11.448
<b>Total</b>	<b>131.479</b>

Fonte: Anuário do Ceará: 2006

**Quadro 3 – Microrregião de Saúde de Baturité  
População em 2005**

Segundo dados do IBGE, esta microrregião apresentava em 2000 um total de 27.697 domicílios, sendo 13.606 na área urbana e 14.091 na área rural, com uma média de moradores, por domicílio, variando entre 4,09 e 4,56 na área urbana e 4,35 e 4,80 na área rural. (Tabela 1).

**Tabela 1 – Microrregião de Baturité: domicílio urbano e rural: 2000**

<b>Microrregião</b>	<b>Situação domiciliar</b>	<b>Número de domicílio</b>	<b>Média de moradores</b>	
			<b>Microrregião</b>	<b>Estado</b>
Baturité	Total	27.697	4,46	4,21
	Urbana	13.606	4,24	4,10
	Rural	14.091	4,64	4,51

Fonte: Censo Demográfico 1991/2000

Os municípios apresentavam no ano de 2005, segundo o Anuário do Ceará – 2006, uma infra-estrutura de abastecimento de água, esgotamento sanitário, energia elétrica e linhas telefônicas de considerável variação entre os municípios. A maior variação ocorre em relação

ao esgotamento sanitário quando o menor percentual de domicílios com este benefício varia de 0,23% em Baturité para 28,83% em Guaramiranga. (Tabela 2)

**Tabela 2: Microrregião de Saúde de Baturité – Infra-estrutura- percentual por domicílio – 2005**

<b>Municípios</b>	<b>Abastecimento de água (%)</b>	<b>Esgotamento sanitário (%)</b>	<b>Energia elétrica (%)</b>	<b>Linhas telefônicas</b>
Aracoiaba	94,76	-	93,00	1.348
Aratuba	97,73	48,05	82,00	1.029
Baturité	98,39	5,26	95,00	2.573
Capistrano	91,17	-	89,00	506
Guaramiranga	82,44	63,33	93,00	469
Itapiúna	98,29	-	86,00	853
Mulungu	98,06	14,62	89,00	649
Pacoti	94,30	76,29	94,00	657

Fonte: Anuário do Ceará – 2006

No que se refere à economia, os municípios apresentavam um PIB *per capita* médio de R\$ 1.772,00, sendo que o setor serviços contribui com o maior percentual médio, 65,95% conforme Tabela 3.

**Tabela 3 – Microrregião de Baturité - Média: PIB *per capita* e por setor – 2003**

<b>Microrregião</b>	<b>Discriminação</b>	<b>Valor</b>
Baturité	PIB <i>per capita</i> ( R\$ 1,00)	1.772,00
	PIB por setor (%)	100,00
	Agropecuária	17,35
	Indústria	19,7
	Serviços	62,95

Fonte: Anuário do Ceará – 2006

Vale salientar, no entanto, que o PIB *per capita* varia de R\$ 2.128,00 em Guaramiranga a R\$ 1.550,00 em Itapiúna; o setor de agropecuária varia de 23,7 em Mulungu a 11,00 em Baturité; o setor de indústria entre 34,4 em Guaramiranga a 11,4 em Itapiúna e o setor de serviços, de 69,8 em Itapiúna a 52,8 em Pacoti. (Tabela 4).

Tabela 4 – Municípios da Microrregião de Baturité – PIB *per capita* e por setor – 2003

Discriminação	Aracoiaba	Aratuba	Baturité	Capistrano	Guaramiranga	Itapiuna	Mulugu	Pacoti	
PIB <i>per capita</i> ( R\$ 1,00)	1.709	1.674	1.678	1.687	2.128	1.550	1.680	2.075	
PIB por setor (%)	Agropecuária	13,4	23,5	11,00	18,1	12,7	18,8	23,7	17,6
	Indústria	21,7	11,5	19,4	15,7	34,4	11,4	13,9	29,6
	Serviços	64,9	65,00	69,5	66,2	52,9	69,8	62,5	52,8

Fonte: Anuário do Ceará 2006

Os municípios da região apresentavam, no ano de 2005, um total de 199 Escolas de ensino fundamental, 12 Escolas de ensino médio e uma taxa de alfabetização variando entre um mínimo de 62,2% em Baturité e um máximo de 71,8% em Guaramiranga conforme Tabela 5.

Tabela 5 – Microrregião de Baturité – Escolas de Ensino Fundamental, Ensino Médio e Taxa de Alfabetização – 2005

Município	Escolas que ministram Ensino Fundamental	Escolas que ministram Ensino Médio	Taxa de Alfabetização (*)
Aracoiaba	55	3	62,2
Aratuba	9	1	67,4
Baturité	54	3	71,7
Capistrano	12	1	65,3
Guaramiranga	11	1	71,8
Itapiúna	29	1	65,6
Mulungu	16	1	67,5
Pacoti	13	1	69,8
<b>Total</b>	<b>199</b>	<b>12</b>	

Fonte: Anuário do Ceará: 2006

(\*) Dados referentes ao ano 2000

A infra-estrutura de serviços de saúde está constituída por uma rede de 41 Centros de Saúde, 27 Postos de Saúde e 241 leitos hospitalares (Quadro 4).

<b>Especificação</b>	<b>Quantidade</b>
Centro de Saúde	41
Posto de Saúde	27
Leitos hospitalares	241

Fonte: IDB Ceará, v. 3, p. 44, 2005

**Quadro 4 – Estrutura da Saúde da Microrregião de Baturité- 2005**

Os municípios estão classificados, segundo o Plano Diretor de Regionalização e Nível de Gestão, conforme o Quadro 5.

<b>Município</b>	<b>PDR</b>	<b>Nível de Gestão</b>
Aracoiaba	sede de módulo assistencial e município pólo	Gestão Plena da Atenção Básica
Aratuba	sede de módulo assistencial	Gestão Plena do Sistema Municipal
Baturité	sede de módulo assistencial e município pólo	Gestão Plena do Sistema Municipal
Capistrano	sede de módulo assistencial	Gestão Plena do Sistema Municipal
Guaramiranga	município em PAB-A	Gestão de Plena da Atenção Básica
Itapiúna	sede de módulo assistencial	Gestão Plena do Sistema Municipal
Mulungu	município em PAB-A	Gestão de Plena da Atenção Básica
Pacoti	sede de módulo assistencial	Gestão Plena do Sistema Municipal

Fonte: PDR/ SESA

**Quadro 5 – Nível de Gestão – Município Microrregião de Baturité: 2005**

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1. A DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVO

A Constituição de 1988 introduziu um novo paradigma de descentralização através da proposta da municipalização dos serviços de saúde no Brasil.

A Lei Orgânica da Saúde de n. 8080 e, especialmente, as Normas Operacionais Básicas de 1993 e 1996 determinaram uma aceleração do processo de municipalização dos serviços de saúde, de tal forma que, até dezembro de 2005, a quase totalidade dos 5.561 municípios brasileiros estava habilitada em alguma forma de gestão municipalizada destes serviços ou sistemas de saúde.

Conforme já referido, a descentralização das ações de saúde no Estado do Ceará é proposta no ano de 1984 através do Programa de Ações Integradas de Saúde. No entanto, a descentralização das ações de saúde para os municípios passa a se efetivar somente a partir de 1987, com a assinatura dos convênios de adesão do Estado do Ceará ao Programa de desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS).

Antes disso, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), criado em 1976, através do Decreto Presidencial de n. 78.307, propunha-se a atuar em municípios com menos de 20.000 habitantes por meio da implantação de uma rede básica e permanente de saúde e saneamento. O Nordeste foi a região escolhida para, prioritariamente, ser beneficiada pelo programa que teria uma estrutura modular básica de saúde. Nesta perspectiva, o Posto de Saúde seria a unidade elementar para o primeiro nível de assistência, o

Centro de Saúde funcionaria com atendimento médico permanente e ainda previa a implantação de Unidades Mistas, Hospitais locais e regionais, dentro de uma estrutura hierarquizada e regionalizada de serviços (BRAGA e PAULA, 1986).

Este programa possibilitou um aumento significativo da rede básica de saúde no interior do Estado do Ceará e favoreceu a interiorização de pessoal de nível superior. No período de 1979 a 1982, foram construídos, no Estado do Ceará, 107 (cento e sete) Centros de Saúde, 212 (duzentos e doze) Postos de Saúde e 15 (quinze) Unidades Mistas. Apesar da expansão significativa da rede básica de saúde, os municípios participavam de forma secundária na sua operacionalização, uma vez que a direção das ações estava a cargo da Secretaria de Saúde do Estado.

As unidades de saúde eram construídas em locais determinados por critérios político-eleitoreiros e a seleção de pessoal feita de modo clientelista, contribuindo desta forma para que o programa funcionasse com dificuldades para atingir seus objetivos (BARBOSA, 1997). Apesar disso, o Programa de Desenvolvimento de Áreas Integradas do Nordeste (POLONORDESTE) favoreceu, de modo significativo, a ampliação do número de unidades de saúde: postos, centros e unidades mistas, nos municípios do interior – dentro da proposta do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) - que passaram a integrar a rede estadual de saúde.

Assim, quando da implantação do SUDS, o Estado do Ceará contava com uma rede de serviços de saúde nas cidades do interior, formada por um grande número de unidades de saúde, com uma capacidade potencial de oferta considerada boa. No entanto, a grande maioria destas unidades encontrava-se em grande dificuldade de funcionamento por escassez de recursos para custeio, com sua capacidade operacional não assegurando uma cobertura assistencial satisfatória, ficando bem abaixo dos parâmetros de necessidades de atendimento à população (IC.2, 2005).

De fato, IC.1 (2005) refere que começou a trabalhar nos serviços de saúde de Baturité, por volta de 1977, quando foi convidada a coordenar a implantação do PIASS nos municípios que à época formavam o maciço de Baturité. Integravam o conjunto de municípios do maciço, dentre outros, os municípios de Baturité, Capistrano, Itapiúna, Aracoiaba, Pacoti, Mulungu e Aratuba. Nessa ocasião, conforme relata: “a gente passou a pensar em posto de saúde lá na zona rural quando, naquela época, só tinha mato e animal [...]. A gente treinava os orientadores na época, orientadores de saúde e saneamento, era um casal que ficava no posto, eles eram escolhidos pela própria comunidade, [...] fazia treinamento do pessoal, fazia contato com as prefeituras para identificar o terreno da construção dos postos [...] a gente treinava esses orientadores e depois supervisionava a entrega de equipamentos, [...] chamava de módulo, era o centro de saúde como o núcleo do sistema de saúde daquele município. O centro de saúde era o núcleo, e os postos vinculavam-se a ele’.

Os SUDS têm sua proposta de implantação no ano de 1987, e nesta época as ações de saúde eram ofertadas nos municípios por órgãos federais, estaduais, filantrópicos e privados, sem nenhuma articulação e coordenação local. Esta situação comprova-se no Ceará, quando neste ano de 1987, dos 178 municípios existentes, 170 não possuíam secretaria municipal de saúde (GOYA, 1996).

Neste ano, 1987, no Estado do Ceará foi feita uma grande mobilização de gestores municipais, no sentido de capacitá-los para o desenvolvimento do processo de municipalização da saúde, que atingiu o seu ponto máximo em 1989. O resultado foi considerado satisfatório, dado que 73 municípios, neste período, fizeram adesão ao SUDS, o que corresponde a quase 40% dos municípios do Estado. Dentre os municípios da microrregião em estudo, somente foram localizados os documentos relativos à adesão, ao SUDS, dos municípios de Aratuba, Baturité e Itapiúna, firmados em 1987.

Nesse primeiro ano, registra-se então, o maior número de municípios que, através de convênio com a Secretária Estadual, assumiram o gerenciamento das unidades estaduais de saúde localizadas no seu território. Neste convênio foi assegurado o repasse do prédio e dos recursos humanos destas unidades estaduais para os municípios, com o ato formalizado através de termo de cessão.

No período de 1989 a 1993 foram municipalizados 122 municípios, o que correspondia a 66,3 % dos municípios do Estado (Quadro 6).

<b>Ano</b>	<b>Quantidade</b>
1989	42
1990	36
1991	4
1992	4
1993	36
Total	122

Fonte: BRASIL, 1997.

**Quadro 6 – Número de municípios com serviços de saúde municipalizados – Ceará**

Neste período, todos os municípios que compõem a microrregião de Baturité aderiram ao processo de municipalização, conforme o Quadro 7.

<b>Ano</b>	<b>Município</b>
1989	Aratuba Baturité Itapiúna
1990	Capistrano
1993	Aracoiaba Mulungu Pacoti
1998	Guaramiranga

Fonte: Relatórios e Planos Municipais de Saúde

BRASIL, 1997. *O Conselho Municipal de Saúde de Baturité: Participação Popular e Controle Social*. Fortaleza

**Quadro 7 – Ano de municipalização de municípios da Microrregião de Baturité, 1989 a 1998**

Constata-se que este processo, a partir de 90 sofre uma desaceleração, no Estado do Ceará, não somente por questões internas da própria Secretaria, em função da mudança de

governo, como também em decorrência da política de saúde formulada no governo Collor (IC.2, 2005).

A Norma Operacional Básica (NOB-SUS) 01/1991 editada pelo Ministério da Saúde centralizou as responsabilidades de gestão da atenção à saúde e estabeleceu a modalidade de pagamento por produção de serviços. Esta nova política gerou insegurança e prudência dos gestores municipais, no período de 1991 a 1992, em assumirem novas responsabilidades, fato que repercutiu no pequeno número de municípios que aderiram à municipalização. Em 1993, o processo foi fortalecido, dado o movimento de discussão dos gestores estaduais e municipais para a elaboração de uma nova Norma Operacional para o SUS.

Neste contexto, a partir de 1994, as normas editadas pelo Estado, que orientavam o processo de descentralização das ações e serviços, perderam a validade frente à edição da NOB – SUS – 01/93, então efetivada no Estado.

Em 21 de dezembro de 1998, o Conselho Estadual de Saúde (CESAU-CE) aprovou o documento: “Diretrizes de Reorganização da Atenção e dos Serviços do Sistema Único de Saúde”, aprovando também a Resolução de n. 07/98 que dentre outras deliberações, estabeleceu que:

- a) O Sistema Estadual de Saúde do Estado do Ceará dirigirá suas ações no sentido de que todos os cearenses sejam beneficiados com ações e serviços de promoção da saúde e prevenção de agravos, doenças e mortes evitáveis, de atenção à saúde nos vários níveis de complexidade e de programas de reabilitação efetivamente de boa qualidade;
- b) A reorganização da atenção e dos serviços de saúde do SUS/Ceará será norteadada pelos princípios da democratização, da universalidade de cobertura e acesso, da descentralização, da integralidade na prestação das ações, da equidade e do controle social (Art. 246 da Constituição do Estado do Ceará-1989), configurando efetiva estratégia político-social de produção da cidadania;
- c) o SUS/Ceará direcionará os serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida da população, promovendo a vigilância à saúde, em articulação intersetorial com organizações governamentais e não governamentais, o que permitirá a aplicação de recursos dos níveis federal/estadual/municipal com racionalidade, pelo lado do gasto, e equidade, pelo lado do usufruto.

Assim, ainda que tenha ocorrido a adesão dos municípios em estudo ao processo de municipalização no período de 1989 a 1998 (Quadro 7), somente a partir de 1990 é que estes municípios começam a se estruturar para assumirem os serviços de saúde, criando ou reestruturando suas secretarias de saúde, criando os conselhos municipais e implantando o Fundo Municipal de Saúde (Quadro 8).

O protocolo de intenções celebrado entre o Estado do Ceará e as Prefeituras Municipais para a “Municipalização dos Serviços de Saúde” estabelecia que as Prefeituras assumissem o compromisso de:

- Elaborar Plano Municipal de Saúde com previsão de modelo distrital de organização dos serviços de saúde – Distrito Sanitário;
- Criar estrutura administrativa capaz de assumir as responsabilidades e atribuições que lhes serão repassadas;
- Alocar recursos orçamentários para o setor de saúde em percentuais compatíveis com o desempenho do programa de saúde;
- Criar o Conselho Municipal de Saúde como instância de gestão do sistema de saúde com garantia de participação popular;
- Responsabilizar-se pela manutenção das unidades de saúde e equipamentos cedidos pelo Estado.

Desta forma, no período de 1990 a 1994, são criadas e ou reestruturadas Secretarias Municipais de Saúde, criados os Conselhos Municipais de Saúde e o Fundo Municipal de Saúde.

Município	Criação	1990	1991	1992	1993	1994	1996	1997	1998
Pacoti	Criação/ reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde	X							
	Criação do Fundo Municipal de Saúde					X			
	Criação do Conselho Municipal de Saúde	X							
Aratuba	Criação/ reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde			X					
	Criação do Fundo Municipal de Saúde	X							
	Criação do Conselho Municipal de Saúde			X					
Baturité	Criação/ reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde			X					
	Criação do Fundo Municipal de Saúde		X						
	Criação do Conselho Municipal de Saúde			X					
Aracoiaba	Criação/ reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde				X				
	Criação do Fundo Municipal de Saúde				X				
	Criação do Conselho Municipal de Saúde				X				
Mulungu	Criação/ reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde						X		
	Criação do Fundo Municipal de Saúde			X					
	Criação do Conselho Municipal de Saúde			X					
Capistrano	Criação/ reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde							X	
	Criação do Fundo Municipal de Saúde		X						
	Criação do Conselho Municipal de Saúde	X							
Itapiúna	Criação/ reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde							X	
	Criação do Fundo Municipal de Saúde			X					
	Criação do Conselho Municipal de Saúde					X			
Guaramiranga	Criação/ reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde								X
	Criação do Fundo Municipal de Saúde					X			
	Criação do Conselho Municipal de Saúde				X				

Fonte: Relatórios e Planos Municipais de Saúde

**Quadro 8 - Ano de criação/ reestruturação das Secretarias Municipais de Saúde, Fundo Municipal de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde: Municípios da IV CERES/ Microrregião de Baturité**

Em janeiro de 1997 estavam municipalizados no Estado do Ceará, em consonância com a NOB – SUS - 01/93, 148 municípios, sendo 136 na gestão incipiente e 12 na condição de gestão semiplena. No ano seguinte, a CIB passou a coordenar o processo de

descentralização sob a vigência da NOB – SUS - 01/96, ocorrendo a habilitação de 169 municípios; dos quais 26 na Gestão Plena do Sistema Municipal e 143 na Gestão Plena da Atenção Básica. (BRASIL, 1997)

Este número cresce para 177, em abril de 1999, sendo 150 na condição de Gestão Plena da Atenção Básica e 27 na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, s/d).

A NOB – SUS – 01/ 93 apresentava, como mecanismo de descentralização, que os municípios assumissem níveis de gestão, que variavam de acordo com a complexidade dos serviços a serem gerenciados, em gestão incipiente, parcial ou semiplena.

No nível de gestão incipiente, o município assumiria, de acordo com suas condições técnico-operacionais, as seguintes responsabilidades:

- contratação e cadastramento dos prestadores;
- controle da utilização dos quantitativos de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e procedimentos ambulatoriais prestados;
- controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados;
- incorporação à rede de serviços das ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilâncias epidemiológica e sanitária;
- desenvolvimento das ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e assistência e reabilitação ao acidentado ou portador de deficiência ocasionada pelo trabalho.

Na condição de gestão parcial, o município deveria assumir:

- a gestão da rede ambulatorial e controle de AIH;
- a execução das ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária.

No nível de gestão semiplena, o Município assumiria a total responsabilidade sobre:

- a gestão da prestação de serviços públicos e privados;
- o gerenciamento de toda rede pública existente no município, à exceção das unidades hospitalares de referência que estivessem sob o controle estadual;
- a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilâncias epidemiológica e sanitárias e saúde do trabalhador em seu território.

Para todos os níveis de gestão, os municípios deveriam preencher os requisitos de implantarem o Conselho Municipal de Saúde e o Fundo Municipal de Saúde, inclusive para o nível de gestão incipiente. Para os demais níveis de gestão, além destes requisitos, deveriam, também, apresentar Plano Municipal de Saúde, Relatório de Gestão, Plano de Cargos, Carreira e Salários e contrapartida orçamentária.

Dentre os oito municípios que compõem a 4ª. Microrregião de Baturité, seis aderiram à NOB – SUS - 01/93 no período de 1995 a 1997 sendo que os municípios de Guaramiranga e Mulungu somente municipalizaram seus serviços sob a égide da NOB – SUS - 01/96.

<b>Ano</b>	<b>Município</b>	<b>Nível de Gestão</b>
1995 NOB - SUS - 01/93;	Aracoiaba	INCIPIENTE
1997 NOB - SUS - 01/93	Aratuba	INCIPIENTE
1995 NOB - SUS - 01/93	Baturité	SEMIPLENA
1995 NOB - SUS - 01/93	Capistrano	INCIPIENTE
1994 NOB - SUS - 01/93	Itapiúna	SEMIPLENA
1997 NOB - SUS - 01/93	Pacoti	INCIPIENTE

Fonte: Relatórios, Planos Municipal de Saúde e Mensagem governamental

**Quadro 9 - Período de adesão dos municípios da microrregião de Baturité ao processo de municipalização segundo a NOB - SUS - 01/93.**

A NOB- SUS – 01/96 definiu, para os municípios, as condições de gestão plena da atenção básica e plena do sistema municipal, estabelecendo que a habilitação do município, na condição de gestão plena da atenção básica, seria decidida na CIB do seu Estado, ao passo que o processo para habilitação na condição de gestão plena do sistema deveria ser encaminhado à CIT após apreciação pela CIB. A habilitação do município em qualquer destas

formas de gestão pressupunha a adoção de responsabilidades e cumprimentos de requisitos estabelecidos, a seguir apresentados.

Na condição de Gestão Plena da Atenção Básica, o município assumiria a responsabilidade de:

- gerir e executar a assistência ambulatorial básica (procedimentos incluídos no Piso de Atenção Básica/ PAB), as ações básicas de vigilância sanitária incluídas no Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) e as ações básicas de epidemiologia e controle de doenças;
- gerir todas as unidades básicas de saúde municipais;
- elaborar a Programação Pactuada Integrada (PPI) contendo referência intermunicipal;
- garantir referência da assistência básica;
- implementar mecanismos de garantia da referência, em articulação com Estado;
- autorizar Internação Hospitalar (AIH) e procedimentos ambulatoriais especializados.
- controlar e avaliar a assistência básica.

Nesta condição assumiriam obrigação de colocar em funcionamento o Conselho Municipal de Saúde e o Fundo Municipal de Saúde, como também elaborar Plano Municipal de Saúde e Relatório de Gestão; oferecer contrapartida de recursos; capacidade para ações de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica como disponibilidade de recursos humanos para a execução dessas ações.

Na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal seria responsável por:

- gerir todas as ações e serviços de saúde no município;
- gerir todas as unidades e serviços de saúde municipais;
- gerir a assistência ambulatorial e hospitalar;
- executar ações de vigilância sanitária, de epidemiologia e controle de doenças;
- controlar, avaliar e auditar serviços no município;
- operar o SIH e SIA/SUS;

- elaborar a PPI contendo referência intermunicipal;
- implementar mecanismos de garantia de referência em articulação com o estado;
- administrar oferta de procedimentos de alto custo e complexidade em conformidade com a PPI.

Aqui também assumiria o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde; a elaboração do Plano Municipal de Saúde integrado e do Relatório de Gestão; a contrapartida de recursos; a elaboração e implementação da Programação Pactuada Integrada (PPI); os serviços de vigilância sanitária, epidemiológica e controle de doenças; asseguraria oferta de serviços do Piso de Atenção Básica (PAB); e apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básica.

A NOB – SUS - 01/96, embora tenha sido publicada em novembro de 1996 somente foi regulamentada no ano de 1998; e os municípios que se encontravam habilitados pela NOB - SUS - 01/93 tiveram mais facilidades para se ajustar à NOB – SUS - 01/96, em relação aos níveis de gestão, para efeito de manter as prerrogativas em relação aos recursos federais. Houve um grande número de municípios que saiu do nível de gestão da NOB – SUS - 01/ 93 quase que automaticamente para a NOB – SUS - 01/96, não tendo, portanto, dificuldades no cumprimento dos novos pré-requisitos. Agora os municípios de Guaramiranga e Mulungu aderiram ao processo de municipalização dos seus serviços de saúde e os outros municípios ajustaram-se às normas da NOB – SUS - 01/96 (Quadro 10).

Ano	Município	Nível de Gestão
1998 NOB/96	Aracoiaba	PLENA ATENÇÃO BÁSICA
1998 NOB/96 2002 NOAS/01	Aratuba	PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE
1998 NOB/96 2002 NOAS/01	Baturité	PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE
1998 NOB/96 2002 NOAS/01	Capistrano	PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE
1998 NOB/96	Guaramiranga	PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA
1998 NOB/96 NOAS/01	Itapiúna	PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE
1996 NOB/96	Mulungu	PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA
1999 NOB/96	Pacoti	PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

Fonte: Comissão Intergestora Bipartite/ CIB - CE

**Quadro 10 - Período de adesão dos municípios da microrregião de Baturité ao processo de municipalização segundo a NOB – SUS - 01/96 e NOAS/01**

Atualmente, dos municípios que compõem a microrregião de Baturité, apenas o município de Pacoti permanece no Nível de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde segundo a NOB – SUS - 01/96, todos os outros se encontram habilitados à Gestão Plena de Sistema Municipal de acordo com a PORTARIA n. 2.023/GM/MS de 23 de setembro de 2004.

Os planos municipais de saúde e os relatórios de gestão dos municípios constantes no quadro 10 somente foram localizados, respectivamente, a partir dos anos de 1993 e 1994. Infelizmente não obtivemos informações regulares para todos os municípios. Assim, as informações colhidas não permitiram uma recuperação histórica sobre a evolução da estrutura dos serviços de saúde destes municípios, necessária para uma análise do período anterior a 1990.

No entanto, informações colhidas junto aos informantes-chaves revelam que em termos de serviços de saúde, considerando infra-estrutura e recursos humanos, quando da implantação do PIASS, no maciço de Baturité, existia um centro de saúde do Estado na sede do município. Este Centro de Saúde funcionava com atendimento médico, porém mais

voltado para os Programas de Tuberculose e Hanseníase, não existindo nenhum serviço de saúde nos distritos. Informam ainda que existia um hospital, filantrópico, que funcionava de forma muito precária e que “logicamente havia muita internação”. (IC.1, 2005).

Em relação aos outros municípios a situação era semelhante “bem mais singelo do que em Baturité que tinha um estruturazinha melhor, o prédio era maior. E sempre foi cidade pólo da região, mas o centro de saúde desses outros municípios, como em alguns ainda, são, singelíssimos [...] mais ou menos na década de noventa que foi o grande marco [...] a gente começou uma experiência do programa de saúde da família, antes do Ministério da Saúde [...] por uma idéia, por um sonho numa área que é distante aqui como serra do Evaristo que muito isolado, [...] tinha um médico muito bom que era idealista e ele foi pra lá, morava lá, [...] poucos meses antes de ser implantado pelo ministério da saúde”(IC.1, 2005).

IC.3, (2005) refere que em Aracoíaba, em “1989 existiam os postos que eram ligados ao Estado, os postos de saúde da sede o posto de saúde (nos distritos) [...] que foram inclusive as primeiras equipes do PSF [...] (o atendimento nestes postos) era com auxiliar de enfermagem [...] com auxiliar da própria comunidade, normalmente, nestes postos os auxiliares já moravam na comunidade, as pessoas que administravam os postos de saúde [...] com visitas esporádicas de médicos, sem ser ainda equipe de PSF, mas tinha os médicos iam atender nessas comunidades”. Refere também que no Centro de Saúde da sede tinha médico “que em alguns momentos visitavam as comunidades e que não eram PSF”.

Em 1992, “quando eu cheguei em Mulungu” refere IC.8, que existia 1 hospital do Estado e dois Postos de Saúde: 1 na sede e 1 Posto de Saúde no Lameirão que “vivia fechado, só o prédio” e 1 em Catolé “sem consultório” e lá no Trapiá, “que é uma localidade longe, se construiu, com recurso federal, parece, uma casa de parto, mas sem a menor lógica, sem a menor condição, [...] mas nunca foi realizado um parto lá”. Informa também que o Hospital tinha um diretor que era mantido pelo Estado, pelo governo do Estado e era médico

plantonista além de Secretário de Saúde do Município. Existia uma enfermeira do Estado lotada no hospital; “fui coordenar os agentes de saúde” (IC.8, 2005). O atendimento médico, basicamente era na sede do município, no hospital e no Centro de Saúde com o mesmo médico atendendo no Hospital e no Centro de Saúde, três vezes por semana.

No ano de 1992, começou atendimento laboratorial no Centro de Saúde com uma bioquímica e “eu que ficava no Centro de Saúde todos os dias [...] viu a necessidade da questão da cobertura da vacina que estava baixa, [...] foi por isso que a gente começou a fazer um calendário, descentralizado e ir vacinar na zona rural, então nós começamos um atendimento descentralizado, mas só na questão da imunização, e um trabalho também de supervisão com os agente de saúde” (IC.8, 2005). Eram 19 agentes de saúde “mas sem capacitação nenhuma, foram capacitados, muitos deles eram analfabetos não sabiam nem o que estavam preenchendo” (IC.8, 2005).

IC.4 (2005) refere que, em 1993, quando chegou em Capistrano “não encontramos na verdade nada, não tinha uma estrutura de Secretaria Municipal de Saúde porque funcionava lá dentro do hospital mas, não tinha nem uma sala que identificasse que era uma secretaria municipal de saúde, não existia, na verdade, nada que identificasse uma estrutura mínima de secretaria municipal de saúde. Na verdade quando nós chegamos lá realmente não existia nada que a gente começasse a fazer um trabalho dentro da política de saúde do município. Tinha que montar tudo, na verdade existia um hospital que era novo, [...] sem o mínimo de estrutura, construção nova, era um hospital enorme, um elefante branco, enorme, [...] na verdade quando nós chegamos nem mobiliário tinha este hospital [...] não funcionava na verdade, (...) o hospital funcionava com acadêmicos de medicina porque o prefeito anterior disse que não tinha condições e era realmente acadêmico de medicina e muitas vezes o hospital não tinha nem profissional médico [...] tinha um Centro de Saúde com uma estrutura padrão mínima, na sede da cidade, e tinha 5 Postos de Saúde nos distritos, nas localidades

porque não tem nem distrito, médico nenhum, na verdade não tinha nenhum médico, eram estudantes, existia uma enfermeira. “Tinha um secretário (de saúde) que ia uma vez no mês, um secretário municipal que ia uma vez no mês além de ser secretário, na verdade ele fazia consulta, ele ficava no hospital, era o único médico.

IC.5 (2005) informa que, em Guaramiranga, no ano de 1996, tinha um Centro de saúde, só um centro de saúde na sede funcionando com duas equipes do PSF que funcionavam com dois postos de apoio na área rural. As duas equipes de P.S.F. funcionava só com o profissional enfermeiro, não tinha o profissional médico e nem profissional auxiliar de enfermagem e desta forma afirma: “quando eu cheguei lá, eu era recém-formada e eu cheguei e a Secretaria de Saúde chegou pra mim e disse assim: olha você vai para a comunidade tal e vai atender a tantas famílias e você não vai ter médico e o que você não puder resolver você manda o carro trazer para o hospital”.

Em relação a Aratuba, IC.6 (2005) informa que em 1997 “existia o Centro de Saúde e se não me engano eram três Postinho construídos na periferia assim de uma maneira muito acanhada, eram Postinho em que ia um médico de vez em quando mas sem ter aquela continuidade de atendimento, era um sistema de saúde muito precário, [...] e as pessoas realmente quando adoecia ficava nas mãos dos políticos para decidir o que fazer com a sua saúde ou com a sua doença” [...] tinha um médico às quartas-feiras [...] que atendia a demanda espontânea, atendia 150 pessoas daquela maneira bem à moda antiga e tinha um médico que ia sábado e domingo e que fazia o atendimento também no Centro de Saúde [...] o que existia era uma produção grande de consulta e de internamento para produzir dinheiro para o hospital se manter, era aquela história das AIH's, era só isto, voltado para atendimento por produção e a população tinha, tanto do município como do município vizinho, tinha um chefe político que era dono do hospital [...] ele dizia: se tiver alguém doente eu levo e levava e internava, a questão mesmo era em cima da lógica de ver o hospital bem.

Em Pacoti, segundo IC.7 (2005), até 1997, quando foi implantado o PSF, existia o hospital que funcionava com plantonista e um médico que atendia no Centro de Saúde, na sede do município.

Tendo como base os Planos Municipais de Saúde ou Relatórios de Gestão, foi possível identificar as estruturas de serviços de saúde e pessoal, para todos os municípios no ano de 1998, conforme Tabelas 6 e 7.

Numa análise comparativa com o ano de 2005, observa-se uma redução no número de Postos de Saúde, mas um aumento significativo no número de Centros de Saúde na ordem de 270% e o número de leitos hospitalares sofreu uma redução de quase 30% passando de 339 leitos para 241 (Tabela 6).

**Tabela 6 - Estrutura de Serviços de Saúde dos municípios da microrregião de Baturité: 1998**

<b>Município</b>	<b>Posto de Saúde</b>	<b>Centro de Saúde</b>	<b>Leito hospitalar</b>
Aracoiaba	8	1	84
Aratuba	5	1	30
Baturité	6	1	92
Capistrano	4	1	20
Guaramiranga	1	1	14
Itapiúna	6	4**	45
Mulungu	0	1	22
Pacoti	5	1	32
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>11</b>	<b>339</b>

Fonte: Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde/2002

\*\* UBASF

**Tabela 7 - Quadro de Pessoal dos municípios da microrregião de Baturité: 1998**

<b>Município</b>	<b>Médicos</b>	<b>Enfermeiros</b>	<b>ACS</b>
Aracoiaba	40	20	50
Aratuba	11	5	25
Baturité	36	4	45
Capistrano	17	7	58
Guaramiranga	4	2	14
Itapiúna	19	6	34
Mulungu	7	3	17
Pacoti	6	5	28
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>52</b>	<b>271</b>

Fonte: IDB Ceará, v. 3, p. 44, 2005; Relatórios de Gestão e Planos Municipais

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994, na perspectiva de construir um novo modelo assistencial em consonância com o Sistema Único de Saúde, e, assim, assegurar a universalidade e a integralidade do atendimento de forma equânime (BRASIL, 1994).

Neste mesmo ano, este programa foi implantado no Estado do Ceará, onde, segundo Fonseca (1997), se originou a proposta, especificamente no município de Quixadá. A idéia foi adotada e concretizada pelo Ministério da Saúde. Assim, em janeiro de 1994, o projeto foi oficialmente lançado neste município, com o objetivo de implantar um novo modelo de atenção.

No Ceará, os primeiros municípios a adotarem o programa foram Quixadá e Beberibe, seguidos pelos municípios de Capistrano, Cascavel, Fortim, Icó, Santana do Acaraú, Acaraú Aracoiaba, Iguatu e Jucás (FONSECA, 1997). No final de 1994, estavam implantadas 81 (oitenta e uma) equipes atuando em 20 (vinte) municípios; atualmente existem 1.358 equipes cobrindo a totalidade dos 184 municípios.

A organização da atenção primária em cada município, tendo com estratégia o Programa de Saúde da Família (PSF), se constituía uma importante diretriz para a implantação das Microrregiões de Saúde. Enquanto a organização da atenção secundária, considerando os serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de média complexidade, seria pactuado entre o conjunto de municípios, na perspectiva da otimização dos recursos e da resolutividade.

Os municípios que compõem a microrregião de Baturite implantaram o PSF no período de 1994 a 2002, sendo que os municípios de Capistrano e Baturité foram os primeiros a implantarem o programa, quando o fizeram no ano de 1994, e Mulungu foi o último a implantar, em 2002, conforme podemos observar no Quadro 11.

<b>Ano</b>	<b>Município</b>	<b>Equipes PSF</b>
1996	Aracoiaba	3
1997	Aratuba	2
1994	Baturité	3
1994	Capistrano	3
1998	Guaramiranga	2
1994	Itapiúna	3
2002	Mulungu	3
1998	Pacoti	2
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>21</b>

Fonte: Relatórios e Planos Municipal de Saúde Mensagem Governamental

**Quadro 11 - Ano de implantação do PSF nos municípios da microrregião de Baturité.**

Atualmente, constata-se um incremento médio de 90,5 no total de equipes implantadas, variando o percentual de aumento entre 33,3% no município de Mulungu a 150% nos municípios de Aratuba e Pacoti, com um percentual médio de cobertura de 85%.

Assim atesta a Tabela 08, abaixo

**Tabela 8 – Cobertura PSF: microrregião de Baturité: 2006**

<b>Município</b>	<b>Equipes PSF</b>			<b>% de cobertura</b>
	<b>Ano de implantação</b>	<b>2006</b>	<b>Incremento (%)</b>	
Aracoiaba	3	6	100	72
Aratuba	2	5	150	100
Baturité	3	8	166	78
Capistrano	3	5	66,6	100
Guaramiranga	2	2	100	100
Itapiúna	3	5	66,6	81
Mulungu	3	4	33,3	100
Pacoti	2	5	150	100
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>40</b>	<b>90,5</b>	<b>85</b>

Fonte: SESA/CODAS/NUORG/Atenção Primária

As leis de n. 8.080 e 8.142 de 1990 regulamentaram a organização e o funcionamento do SUS, inclusive as transferências intergovernamentais dos recursos financeiros na área da saúde. No entanto, somente em 1993, os critérios para o repasse de recursos do governo federal para estados e municípios foram sistematizados através da Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS) 01/93. Esta NOB, conforme referido anteriormente, estabeleceu

responsabilidades, requisitos e prerrogativas, para a gestão do SUS, a serem cumpridas pelos estados e municípios, ao estabelecer as modalidades de gestão incipiente, parcial e semiplena.

No ano de 2000, a Emenda Constitucional n. 29/2000 definiu os percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde e representou um importante avanço para diminuir a instabilidade no financiamento que o setor de saúde enfrentava a partir da Constituição de 1988. Esta Emenda estabeleceu que os municípios deveriam aplicar, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos na ordem de quinze por cento do produto da arrecadação e estabeleceu o prazo até o ano 2004 para o atendimento a esta definição.

Os dados e informações colhidos, junto aos municípios, por esta pesquisa, não permitiram uma análise de consistência para o período anterior ao ano 2000. Até este período, os percentuais com saúde constituíam um percentual único para saúde e saneamento, além da dificuldade de localizar documentos com estas informações em função da freqüente não aprovação das contas dos municípios pelo Tribunal de Contas dos Municípios, o que protelava a emissão final do documento. Em alguns municípios, o processo referente à prestação de contas do período em estudo estava em análise pelo poder judiciário, o que praticamente inviabilizava a pesquisa.

Desta feita a nossa análise se refere apenas ao período compreendido entre os anos de 2001 a 2005, conforme a Tabela 9 indica e tem como fonte o Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS). Na tabela observa-se que o percentual de despesa com recurso próprio por habitante evolui positivamente, com exceção de um município. Na média, o aumento foi em torno de 29%. Quanto ao cumprimento da EC 29, no ano de 2001, quatro municípios aplicaram um percentual inferior aos 15% estabelecidos, no entanto, em 2005, apenas um município não cumpriu este estatuto legal.

**Tabela 9 - Despesa com recursos próprios aplicados em saúde: Municípios da IV CERES: 2001 e 2005.**

Município	Despesa com recursos próprios por habitante			% de recursos próprios aplicados em saúde (EC 29)		
	2001	2005	%	2001	2005	%
Aracoiaba	51,02	59,85	17,31	19,0	16,17	-14,9
Aratuba	45,3	67,79	49,65	16,2	16,63	2,65
Baturité	28,54	55,10	93,1	14,2	17,19	21,05
Capistrano	92,56	59,32	-35,91	31,4	15,48	-50,7
Guaramiranga	61,8	109,72	77,74	14,1	15,18	7,65
Itapiúna	31,99	54,19	69,4	13,3	13,48	1,35
Mulungu	54,33	71,50	31,6	13,9	15,81	13,74
Pacoti	55,25	66,28	19,96	19,5	14,26	-26,87
Média	52,59	67,90	29,11	17,66	15,89	-10,02

Fonte: SIOPS

Conclui-se que a evolução da organização da atenção à saúde nos municípios que compõem a IV microrregião de Baturité aconteceu em ritmos diferentes. O processo de criação ou reestruturação das Secretarias Municipais de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde começa no ano de 1990 e se completa em 1998.

Mesmo assim, neste período, pelo que foi possível constatar, pelo menos as Secretarias de Saúde de quatro municípios (Aracoiaba, Mulungu, Capistrano e Itapiúna) funcionavam nas dependências do Hospital do Município, em área física não compatível com este nível de organização, no entanto, no ano de 2004 todas as Secretarias Municipais desta região funcionavam em área específica para este fim.

Assim podemos sintetizar o processo de descentralização político-administrativo dos municípios que compõem a Microrregião de Baturité de forma correspondente com as políticas de saúde dos períodos, segundo apontamos no Quadro 12. E ainda pode-se constatar que:

- O PIASS significou, no estado do Ceará, no período de 1978 a 1982, uma ampliação do número de unidades básicas de saúde com uma boa capacidade de oferta, embora com baixa capacidade operacional.

- Até a implantação do SUDS, as ações de saúde eram executadas concomitantemente por órgãos federais, estaduais, filantrópicos e privados, sem nenhuma articulação e coordenação dos municípios.
- A partir de 1987, com a adesão dos municípios ao SUDS, o Estado começa a repassar, aos municípios, a administração de prédios e de pessoal. Mesmo assim, somente a partir da década de 1990, é que os municípios começam a criar estruturas na perspectiva de organizar um sistema local de saúde.
- No início dos anos 90, os municípios apresentavam uma baixa cobertura em atenção básica, considerando-se que, em 1994, apenas 20 municípios implantaram equipes do Programa de Saúde da Família, significando 81 equipes; em 2005, todos os municípios, 184, estavam com PSF funcionando com um total de 1320 equipes (Núcleo de Apoio à Organização dos Níveis de Atenção à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde/CE).

<b>Período</b>	<b>Fatos</b>
1984 a 1987: AIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assinatura do convênio do estado do Ceará, em 7 de agosto de 1984, para a implantação e execução do Programa de Ações Integradas de Saúde, no Estado do Ceará.</li> <li>• Criação da Comissão Interinstitucional de Saúde – CIS em 22 de março e 1984.</li> </ul>
1987 a 1989: SUDS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboração do documento: Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Estado do Ceará: Conceitos Básicos, Princípios Orientadoras, Diretrizes e Estratégias, em 1988 pela Secretaria Técnica da Comissão Interinstitucional de Saúde – CIS/CE.</li> <li>• Implantação do Programa de Agente Comunitário de Saúde/ PACS em alguns municípios</li> <li>• Existência de Postos de Saúde, localizados nos distritos, vinculados à Secretaria Estadual de Saúde e que funcionavam apenas com atendimento de auxiliar de enfermagem e, Centro de Saúde, na sede do município de alguns municípios com atendimento médico.</li> <li>• Adesão de alguns municípios ao SUDS</li> </ul>
1989 a 1996	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criação/ reestruturação das Secretarias Municipal de Saúde;</li> <li>• Criação do Fundo Municipal de Saúde;</li> <li>• Criação dos Conselhos Municipal de Saúde</li> <li>• Municipalização dos com serviços de saúde;</li> <li>• Início da implantação do PSF nos municípios</li> </ul>
1996 a 2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adesão dos municípios da microrregião de Baturité ao processo de municipalização segundo a NOB - SUS - 01/93 e NOAS/01</li> <li>• Complementação da implantação do PSF nos municípios da microrregião de Baturité.</li> </ul>

Fonte: Planos Municipais de Saúde e Relatórios de Gestão

**Quadro 12 – Descentralização político-administrativa: Municípios microrregião de Baturité.**

## 4.2. A ORGANIZAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO

### 4.2.1. Fundamentação e normatização

A organização dos serviços de saúde, na perspectiva do Sistema Único de Saúde, pressupõe a organização do Sistema de Serviços de Saúde, com base municipal, no qual os serviços estejam articulados em sistemas regionalizados e hierarquizados, com o objetivo de garantir, a toda população, o acesso universal de forma integral e integralizada, às ações e serviços de saúde.

Assim, a descentralização constitui uma estratégia no sentido da reorganização da infra-estrutura dos sistemas de saúde como condição importante para universalização do atendimento em saúde com equidade, eficácia e eficiência (PAGANINI, 1987) e passa a ser definida como “redistribuição de recursos e responsabilidades entre os entes federados com base no entendimento de que o nível central, a União, só deve executar aquilo que o nível local, os municípios e estados não pode ou não consegue” (BRASIL, 2000).

Na década de 1990 foram editadas as NOB 01/91, NOB 01/92, NOB – SUS - 01/93 e NOB – SUS - 01 01/96, no entanto, a Norma Operacional Básica 01/93 (NOB- SUS – 01/93) de maio de 1993, conhecida pelo documento "A Ousadia de Cumprir e fazer cumprir a Lei" foi, como estratégia, o referencial do processo de implantação do SUS (ALMEIDA *et al.*,2002). Esta norma sistematizou o processo de descentralização da gestão do sistema e dos serviços, num esquema de transição, com diferentes níveis de responsabilidades para os Estados e Municípios e para o próprio Governo Federal, e estabeleceu, como objetivo, "disciplinar o processo de descentralização de gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde".

Nela, a descentralização é reconhecida como uma variável complexa que deve ser tratada sem bruscas rupturas e, desta forma, estabelecem-se, como expressões de complexidade e responsabilidade, os níveis de gestão incipiente, parcial e semiplena para estados e municípios. Ainda que esta norma tenha alterado, de modo significativo, os mecanismos de transferências dos recursos federais para os municípios, dessa forma possibilitando a transferência de recursos sem exigir dependência direta com a produção no nível de gestão semiplena, e, criado as Comissões Intergestores como foros permanentes de negociação e deliberação do processo, foi a NOB- SUS – 01/ 96 que propôs a reordenação do modelo de atenção à saúde. Isso concorreu ao entendimento de que a “totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida, em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município – o SUS-Municipal – voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional”.

Desta forma, a NOB – SUS – 01/ 96 passa então a contribuir para a efetivação do princípio constitucional do comando único em cada esfera de governo. Caracteriza as responsabilidades sanitárias de cada gestor, definindo, como principal operador da rede de serviços do SUS, o Sistema Municipal de Saúde, permitindo o estabelecimento de referências intermunicipais e interestaduais, por meio da PPI - programação pactuada e integrada. A Programação Pactuada e Integrada se constituiu, no âmbito do SUS, num processo de negociação e formalização de pacto entre gestores, para a alocação de recursos da assistência à saúde nos estados e municípios brasileiros. Nesse sentido deveria se constituir numa definição transparente dos fluxos e limites financeiros de cada município, como das referências recebidas de outros municípios configurando redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços.

A NOB – SUS – 01/ 96 contribuiu sobremaneira para a descentralização político-administrativa quando, em dezembro de 2000, em acordo com esta Norma Operacional Básica, cerca de 99% dos municípios brasileiros mostram-se habilitados a receber diretamente recursos federais para atenção à saúde, o que apontava para a necessidade do fortalecimento dos gestores locais para efetivação de redes assistenciais regionalizadas, hierarquizadas e resolutivas. (SOUZA, 2001; SILVA, 2001).

A implementação da NOB – SUS – 01/ 96 possibilitou a identificação de fragilidades no sistema, dentre outras, a insuficiência de mecanismos de referência intermunicipal para a garantia à consecução do acesso aos serviços assistenciais. Assim, em janeiro de 2001, foi aprovada a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS - 01/2001 “que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios”.

É importante ser ressaltado que a NOAS – SUS - 01/01 apresenta como objetivo geral "Promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção" (BRASIL, 2001). Estabeleceu ainda o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e definiu conceitos-chaves importantes para a organização da assistência. Instituiu também o Plano Diretor de Regionalização como instrumento de ordenamento do processo de “regionalização que deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis" (BRASIL, 2001).

Além do Plano Diretor de Regionalização como estratégia para o processo de regionalização, a NOAS – SUS - 01/01 aponta para o fortalecimento das capacidades gestoras do SUS, na perspectiva do desenvolvimento de funções como planejamento/programação, regulação, controle e avaliação, atualização de critérios e processo de habilitação de estados e municípios às condições de gestão do SUS.

O termo regionalização vem sendo utilizado para definir a utilização racional dos recursos de saúde, organizados de forma hierárquica de modo a oferecer a máxima atenção nos centros primários com os demais serviços sendo utilizados de acordo com as necessidades individuais dos doentes (NOVAES e CAPOTE, 1987; GLASGOW *et al.*, 1977 *apud* NOVAES e CAPOTE, 1987).

Somers (1977 *apud* NOVAES e CAPOTE, 1987) define regionalização como uma apropriada distribuição geográfica das instalações de saúde, dos recursos humanos e programas, com destinação adequada de recursos de forma que as diversas atividades profissionais atendam os distintos níveis de atenção primária, secundária, terciária com mecanismos de referência que integrem os vários níveis e instituições dentro de uma base populacional definida.

Para Guinzberg (1977 *apud* NOVAES e CAPOTE, 1987), a regionalização visa facilitar o acesso e oferecer alta qualidade de serviços, baixo custo, equidade, com uma melhor e mais rápida resposta aos desejos e necessidades dos consumidores. Kerr White, (1975 *apud* NOVAES e CAPOTE, 1987) refere duas formas de regionalização de serviços, a geográfica e a sistêmica, esta significando uma base populacional definida por matrícula ou inscrição nos serviços.

Para Lima (1979) a regionalização no setor saúde é definida como forma de proporcionar a organização racional de diferentes serviços, através da coordenação de

unidades operativas e atividades num sistema de complexidade crescente e interdependente, a partir da atenção primária de saúde.

No Brasil, em diferentes momentos, a regionalização integrou as diretrizes das políticas de saúde como o PIASS, Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), as Ações Integradas de Saúde (AIS) e SUDS e aqui, como em outros países a utilização dos termos Sistemas Locais de Saúde ou ‘Distrito Sanitário’ têm sido utilizados como expressões de um processo de regionalização (ALMEIDA *et al.*, 2002; MENDES, 1992).

A proposta dos SILOS tem como referência a XXII Conferência Sanitária Pan-Americana realizada em 1986 e ratificada pelo documento OPAS-CD 33/14. A resolução XV-XXXIII do Comitê Diretor de 1988 recomenda:

... um Sistema Local de Saúde deve contemplar a estrutura político-administrativa de um país, definir-se em espaço populacional determinado, ter em conta todos os recursos para a saúde e desenvolvimento social existentes neste espaço, responder aos processos de descentralização do Estado e do setor de saúde, às necessidades da população e à estrutura de rede de Serviços de Saúde, e organizar-se para facilitar a condução integral de ações” (OPS, 1987)

Os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) devem ser compreendidos como unidades básicas organizativas de um sistema nacional de saúde, devem possuir uma adequada capacidade tecnológica para a resolução dos problemas de saúde de sua área de abrangência, como também adequada capacidade técnico administrativa nas áreas de planejamento, administração, informação e epidemiologia e recursos humanos capacitados adequadamente para desenvolver um nível de resolutividade de pelo menos até o segundo nível de complexidade (OPS, 1987).

Os Sistemas Locais de Saúde devem se organizar e desenvolver toda sua capacidade para conhecer, avaliar e controlar os problemas de saúde e, portanto superar as estruturas verticais e centralizadas, na qual o nível local apenas executa as normas e os programas

estabelecidos pelos níveis superiores. Desta forma, constituem uma proposta de divisão do trabalho dentro do sistema nacional de saúde (GUIMARÃES, 2005), com critério geográfico-populacional, em áreas urbanas ou rurais, definidas a partir das necessidades da população, estabelecidas em termos de danos e riscos. Estes sistemas assumem a responsabilidade da atenção aos indivíduos, às famílias, aos grupos sociais, comunidades e ambiente; devem desenvolver capacidade para coordenar os recursos setoriais e extra-setorial disponíveis e facilitar a participação social (OPS, 1987).

A referência aos termos Sistemas Locais de Saúde ou Distrito Sanitário significa a busca da “universalização da cobertura e do acesso da atenção às populações, com melhoria de seus níveis e condições de saúde, com o máximo de eficácia e eficiência técnico-operacional, política, econômica e social” (ALMEIDA *et al.*, 2002). Desta forma, o processo de construção e ação dos Sistemas Locais de Saúde/ Distrito Sanitário compreende, além da organização e articulação administrativa de serviços, um papel maior, o de determinar impacto no processo saúde-doença e determinantes das condições de saúde, na perspectiva de reduzir os riscos de adoecimento, seqüelas e óbitos e melhorar a qualidade de vida (ALMEIDA *et al.*, 2002).

Para Mendes (1993), a criação e desenvolvimento dos Distritos Sanitários significam, além do avanço no processo de descentralização político-administrativa do sistema de saúde, o redirecionamento na organização e no conteúdo das ações e serviços de saúde, para atender às demandas da população, às necessidades de saúde e, fundamentalmente, contribuir para a solução dos problemas de saúde da população circunscrita no espaço territorial e social do Distrito Sanitário.

Nesta perspectiva, o território se constitui num elemento norteador na construção dos SILOS, no entanto, a população é o seu objeto de trabalho e assim o Distrito Sanitário não é só um conceito geográfico, mas também um conceito organizacional, social e operacional.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001, portanto, regulamentou as diretrizes gerais para a organização regionalizada da assistência à saúde no Brasil considerando as prioridades assistenciais de cada Estado, a ser subdividido em regiões e microrregiões definidas no Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR). Nesta norma, os módulos assistenciais de nível microrregional devem ser organizados no âmbito de municípios-sede capazes de ofertar um conjunto de ações de média complexidade para a sua própria população e para a população dos municípios a ele adstritos. Nos últimos dois anos, cada unidade da federação teve autonomia para definir a sua divisão regional, base necessária para a elaboração do plano diretor da assistência à saúde.

Assim, esta intervenção deve dar-se através de ações de promoção da saúde, de prevenção da doença, de diagnóstico, tratamento e de reabilitação. Desta forma, considerando-se o grau de complexidade dos problemas a serem enfrentados, os serviços de saúde devem ser organizados de forma hierarquizada a partir das ações mais simples e de maior demanda às mais complexas e em menor proporção. Esta organização pressupõe uma adequada articulação de todos os recursos existentes na área e a relação de muita responsabilidade sanitária com a população adstrita. A importância e gravidade dos problemas estarão relacionadas com as características epidemiológicas da área, a densidade populacional, significando que os referenciais para uma adequada distribuição dos serviços vão além daquela determinada pelas demandas dos prestadores de serviços.

O território, distrito sanitário e ou município, é o espaço político-operativo do sistema de saúde, mas, além disso, é um local que se caracteriza em função de uma população específica que ali vive num tempo e espaço determinados, que apresenta problemas de saúde e desse modo, além do espaço geográfico, se apresenta com um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, se configurando,

portanto, como em permanente construção. (MONKEN e BARCELLOS, 2005; MENDES, 1993).

Desta forma, a territorialização não pode ser entendida como uma simples delimitação espacial, como estratégia administrativa para a gestão, apenas física, dos serviços de saúde, uma vez que a força do conceito de territorialização está relacionada com o seu potencial para identificação de problemas de saúde e conseqüente proposta de intervenção através da organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde (MONKEN e BARCELLOS, 2005; MENDES, 1993).

O novo entendimento do processo saúde-doença, ao superar a sua concepção de monocausalidade e relacionar o processo de adoecer com as condições de vida, estabelece que as necessidades de cuidados de saúde estejam relacionadas com a dinâmica das relações sociais. A necessidade de identificação dos problemas de saúde no território deve ir para além da simples identificação dos agravos prevalentes, alcançando a compreensão e intervenção das vulnerabilidades e dos determinantes.

O processo de territorialização significa o reconhecimento detalhado do território na perspectiva das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde. Desta forma, supõe-se uma coleta sistematizada de dados demográficos, sócio-econômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários.

A razão última da regionalização deve estar voltada para enfrentar o grande desafio de tornar acessível e universal os serviços de saúde para a população. Considerando que o déficit crescente de cobertura resulta principalmente da restrição de recursos, as ações de saúde dos diversos níveis do sistema de saúde devem ser operacionalizadas, de modo articulado e integrado, para permitir uma maior cobertura e acessibilidade da população, com a maior eficiência econômica e social.

O conceito de acesso, assim como sua terminologia, apresenta-se com variações entre autores. Donabedian (1973 *apud* TRAVASSOS e MARTINS, 2004) refere-se à acessibilidade como a qualidade do que é acessível e acesso como entrada ou ingresso, significando o grau de facilidade para a obtenção do cuidado. Ainda citando Donabedian (1973 *apud* TRAVASSOS e MARTINS, 2004) refere ainda acessibilidade como algo que supera a simples disponibilidade de recursos de saúde. A oferta dos serviços estaria relacionada à capacidade de produzir o serviço, respondendo às necessidades de saúde de uma determinada população. Donabedian (1973 *apud* TRAVASSOS e MARTINS, 2004) apresenta duas dimensões da acessibilidade, distintas, embora interrelacionadas. A dimensão sócio-organizacional, que é relativa aos aspectos que impedem ou facilitam o uso dos serviços pelas pessoas, e a dimensão geográfica (FEKETTE, 1993) que é relativa à distância física entre o recurso e a população; aqui considerando, também, as características físicas que dificultam ou facilitam o acesso da população.

Donabedian (1973 *apud* Travassos e Martins, 2004) prossegue afirmando que o conceito de acessibilidade não se refere apenas ao uso ou não dos serviços de saúde, mas à adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos a esta utilização. Andersen (1995 *apud* TRAVASSOS e MARTINS, 2004) define acesso como um elemento relativo à organização dos serviços de saúde e vinculado à entrada no serviço de saúde como a seqüência do tratamento e, especificando conceitos para acesso efetivo e eficiente. O acesso efetivo está relacionado à melhora das condições de saúde ou satisfação das pessoas a partir do uso dos serviços e o acesso eficiente refere-se ao grau de mudança na saúde ou na satisfação devido ao volume de serviços utilizados.

O conceito de acesso para Penchansky & Thomas (1981 *apud* TRAVASSOS e MARTINS, 2004) inclui atributos, não somente relativos à oferta, mas também relativos à oferta e às pessoas, desta forma incluem dimensões de disponibilidade, acessibilidade e

acolhimento. A disponibilidade está relacionada ao volume e ao tipo de serviços em relação às necessidades; a acessibilidade, aqui considerando acesso, implica na adequação da distribuição geográfica dos serviços aos pacientes e o acolhimento é relativo à forma de organização dos serviços para receber o cliente e a capacidade do cliente em se adaptar a esta organização.

Travassos e Martins (2004) refere à utilização do termo acesso significando uso de serviços de saúde, incorporando a dimensão temporal neste significado. Desta forma, o conceito de acesso passa a ser considerado como a provisão adequada do cuidado, no momento e local adequados e, assim significa a utilização correta e adequada de todos os recursos. Para Starfield (2002), acessibilidade está relacionada a como as pessoas percebem a oferta e acesso.

Frenk (1985 *apud* TRAVASSOS e MARTINS, 2004) refere acessibilidade como obstáculo e superação destes obstáculos, pela população, na procura e obtenção do cuidado. Inclui como obstáculo não somente os relativos à simples disponibilidade dos serviços, mas também ecológicos, financeiros e organizacionais (FEKETTE, 1993). A importância desta abordagem é que a relação que se estabelece entre a resistência e o poder de utilização da população é que define o grau de acessibilidade e, assim, determina a necessidade da organização dos serviços adequada ao poder de utilização dos diferentes grupos sociais.

A proposta de organização dos sistemas e serviços de saúde em macro e microrregiões, no Estado do Ceará, surgiu em consonância com a regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, para assegurar uma assistência integral, resolutiva e com qualidade em acordo com os princípios do SUS (CEARÁ, 2001).

No ano de 1997, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará realizou estudos através de consultoria externa, com o apoio do *Department for International Development* (DFID- UK), para o desenvolvimento de um modelo assistencial estadual. O documento final desta

consultoria: O Desenvolvimento Institucional da Secretaria de Saúde do Ceará/ Relatório de Consultoria: Eugênio Vilaça Mendes, outubro, 1997 – mimeo, apresenta, dentre várias proposições, o Programa de Saúde da Família como um projeto estruturante para a reorganização da atenção à saúde.

Nesta perspectiva o Programa de Saúde da Família se configura não como um programa, e sim como uma estratégia de saúde da família a desenvolver uma atenção primária resolutiva. Propõe também uma nova forma de organização do sistema de serviços de saúde no âmbito local que repense um sistema de referência e contra-referência, que contemple a multiplicidade de espaços de atenção, superando a atual polaridade hospital/ ambulatório deste sistema. É proposto, então, um sistema microrregional de serviços de saúde como estratégia integradora das diversas atividades desenvolvidas pela Secretaria Estadual de Saúde.

O documento: *Diretrizes de Reorganização da Atenção e dos Serviços do Sistema Único de Saúde do Estado do Ceará* (1998) redefine as estratégias de reestruturação dos serviços e da atenção à saúde nos níveis primário, secundário e terciário. É proposta a reorganização do Estado em microrregiões de saúde composta por vários municípios com o objetivo de “garantir a integralidade da assistência, favorecer o desenvolvimento do sistema de referência e contra-referência e a melhoria da qualidade da atenção à população”.

Ainda em 1997, visando estruturar o Sistema de Referência e Contra-Referência estadual e através de serviço de consultoria, também com o apoio do *Department for International Development* (DFID- UK), foram identificados treze trechos no Estado, por onde convergiam os municípios para os pólos de atenção terciários: Fortaleza, Sobral e Cariri (CEARÁ, 2001). Posteriormente estes trechos foram divididos em 21 (vinte e uma) microrregiões de saúde.

No ano de 1998, a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará foi reestruturada e substituiu os quatorze antigos departamentos regionais por 21 (vinte e uma) microrregiões, (conforme Anexo D) que, oficializadas no ano 2000, passaram a responder pela organização dos serviços de saúde, no âmbito das microrregiões (CEARÁ, 2001).

Segundo o plano diretor de regionalização de assistência à saúde, em concordância com as diretrizes da NOAS – SUS - 01/2001, esse Estado está organizado em 96 (noventa e seis) módulos assistenciais, 21 (vinte e um) pólos microrregionais e 3 (três) pólos macrorregionais. O modelo assistencial adotado pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) está organizado considerando os três níveis de complexidade da atenção em saúde, quais sejam os níveis primário, secundários e terciários, possuindo, em cada um destes níveis, instâncias operativas que são estruturas de suporte para as ações desta Secretaria (CEARÁ, 2001).

As macrorregiões são formadas por um conjunto de microrregiões que convergem para os pólos de atenção terciárias de Fortaleza, Sobral e Cariri. A atenção terciária é constituída por serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade e alto custo, tais como serviços de urgência e emergência, atenção à gestante de alto risco, cardiologia, oncologia, neurologia e atenção ao paciente grave. A atenção terciária deverá ainda, possibilitar o acesso à quimioterapia, radioterapia, terapia renal substitutiva, exames hemodinâmicos, medicina nuclear, radiologia intervencionista e exames de diagnose de maior complexidade. E prover, também, tratamento intensivo, como serviços de urgências clínicas e cirúrgicas e, traumatologia e ortopedia proveniente de traumas, nas 24 horas (CEARÁ, 2002).

As microrregiões de saúde foram definidas como “espaços territoriais compostos por um conjunto de municípios com forte sentimento de integração e interdependência, com vontade política para pactuarem na busca de soluções para problemas comuns, na área da saúde”. (CEARÁ, 2002).

Os Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde teriam como objetivo promover a cooperação intermunicipal, permitindo uma economia de escala e tornando mais eficaz e resolutivo o uso dos recursos disponíveis, e criaria ainda, condições para uma gestão integrada e compartilhada dos serviços de saúde de nível secundário, viabilizando o funcionamento adequado dos processos de referência e contra-referência de pacientes. (CEARÁ, 2002)

A Microrregião de saúde seria, então, um espaço geográfico e populacional composto por vários municípios com “afinidades tradicionais em relação à cultura, à economia e à prestação de serviços” (CEARÁ, 2002). A articulação entre estes municípios facilitaria a resolução de seus problemas comuns de saúde, possibilitando “garantir a assistência integral e o desenvolvimento de um sistema integrado e a melhoria da qualidade da atenção” (CEARÁ, 2002).

Os Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde se caracterizam como uma organização virtual de pactuação e negociação sustentada por uma Comissão Intergestores Bipartite Microrregional e ainda, como um projeto estruturante pela ação cooperativa entre as Secretarias Municipais e a Secretaria Estadual de Saúde.

As bases operacionais para definição dos Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde foram estabelecidas a partir dos critérios:

1. Contiguidade inter-municipal;
2. Subsidiaridade econômica;
3. Potencialidade de auto-suficiência em atenção secundária à saúde;
4. Disponibilidade de recursos para organizar os sistemas de saúde pública e sistema de apoio;
5. Escala adequada, algo acima de 100.000 pessoas;
6. Existência de uma identidade e uma herança cultural;
7. Disposição de cooperação política entre prefeitos e destes com o Governo do Estado (CEARÁ, 2002).

A definição da composição de cada microrregião foi precedida pela identificação das rotas naturais utilizadas pelos pacientes, para o acesso aos diversos níveis de atenção do sistema, e esta identificação foi subsidiada pelos Sistemas de Informação Hospitalar (SIH), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Programação Pactuada Integrada (PPI).

Esta identificação evidenciou a existência de:

- Municípios com concentração tecnológica e capacidade de resolubilidade de problemas de maior complexidade;
- Rotas de acesso que poderiam abranger mais de um município;
- Grupos de municípios contíguos com potencial capacidade de auto-suficiência ao nível de atenção secundária, além de suficiência em atenção primária (CEARÁ, 2002).

Foi feito também, de forma complementar um diagnóstico do nível de complexidade dos serviços municipais de saúde (Quadro 13) e identificados treze trechos de convergência dos municípios para os pólos de atenção terciária. A partir de então o Conselho Estadual de Saúde redefiniu o mapa organizacional do Sistema Único de Saúde do Ceará estabelecendo três pólos macrorregionais e vinte e uma microrregiões de saúde (Anexo C).

Município	Nível Complexidade			% cobertura PSF
	PS	CS	Hospital	
Aracoiaba	8	1	Hospital Local com atendimento nas clínicas básicas e cirurgia	69,70
Aratuba	5	1	Hospital local sem dispor de todas as clinicas básica	111,43
Baturité	6	1	Hospital Regional com clinicas especializada de nível secundário	33,80
Capistrano	4	1	Hospital local sem dispor de todas as clinicas básica	66,96
Guaramiranga	1	1	Hospital local sem dispor de todas as clinicas básica	120,95
Itapiúna	6	4*	Hospital local com clínicas básicas e cirurgia	68,11
Mulungu	0	1	Hospital local sem dispor de todas as clinicas básica	81,08
Pacoti	5	1	Hospital local sem dispor de todas as clinicas básica	115,46
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>11</b>	<b>--</b>	<b>85,85</b>

Fonte: Fonte: SISTEMAS MICRORREGIONAIS DE SERVIÇOS DE SAÚDE/2002

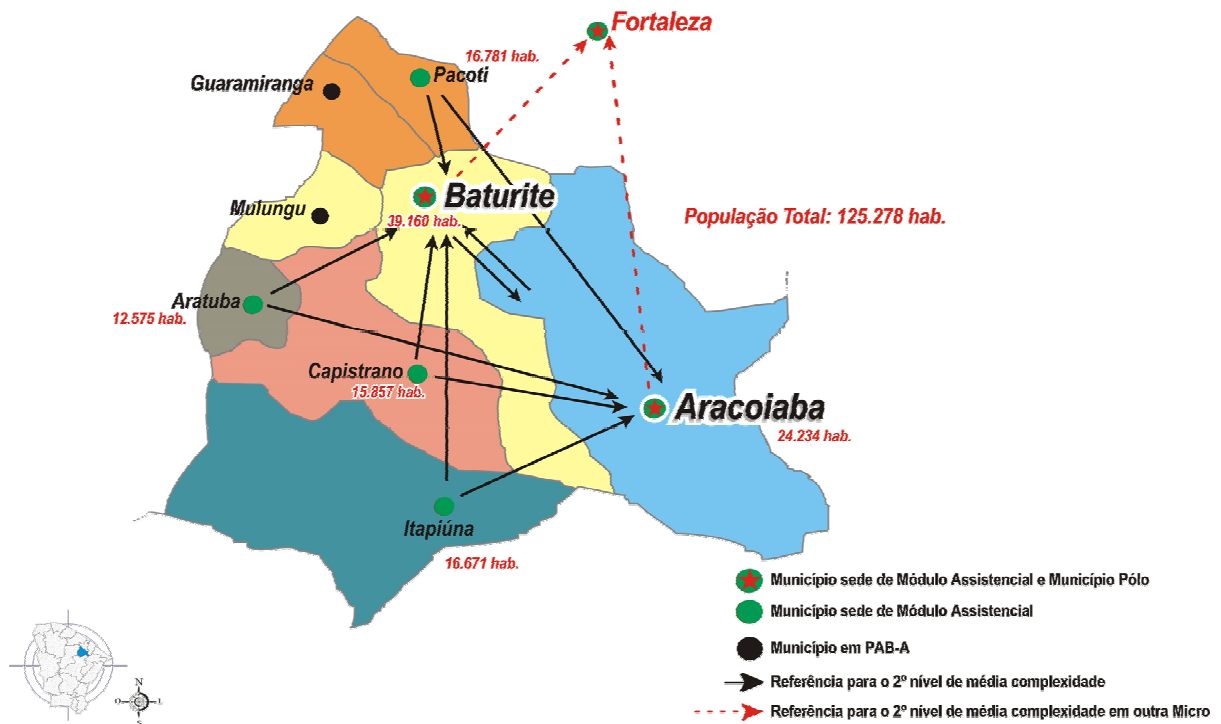
\*UBASF

**Quadro 13 - Nível de complexidade e percentual de cobertura do PSF: Microrregião de Baturité – 1998**

Em relação ao atendimento hospitalar, a região dispunha do 339 leitos hospitalares discriminados no quadro 14, distribuídos em Módulos Assistenciais discriminados no Mapa 03.

Municípios	Leito hospitalar
Aracoiaba	84
Aratuba	30
Baturité	92
Capistrano	20
Guaramiranga	14
Itapiúna	45
Mulungu	22
Pacoti	32
<b>Total</b>	<b>339</b>

Fonte: Fonte: SISTEMAS MICRORREGIONAIS DE SERVIÇOS DE SAÚDE/2002  
**Quadro 14 - Microrregião de Baturité – leitos hospitalares por municípios: 1988**



**Mapa 3 – Módulos Assistenciais e Sistemas de Referência – Microrregião de Baturité**

#### 4.2.2 O processo de organização da microrregião de Baturité:

O processo de organização do Estado em micro e macrorregiões precedeu à elaboração do Plano de Desenvolvimento Regional (PDR) que, se desenvolveu em dois momentos. No

primeiro, foi feito o desenho organizacional do estado em macro e microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos municípios sede de módulos assistenciais e pólos (Anexo B). Foi definido também a abrangência populacional dos módulos assistenciais e das micros e macrorregiões de saúde, as referências para as ações de média e alta complexidade e a potencialidade de gestão nos municípios.

No segundo momento efetuou-se a descrição dos serviços de saúde que integram os sistemas municipais, o perfil de assistência das unidades de apoio para referência, a constituição dos sistemas de referência especializada e o plano de investimento, tornando os Sistemas Microregionais de Serviços de Saúde o projeto estruturante para o funcionamento da Microrregião.

A organização deste sistema se sustentaria na pactuação e negociação, emanada da Comissão Intergestora Bipartite Microrregional, utilizando ainda os instrumentos de planejamento, dentro da Programação Pactuada Integrada (PPI) (CEARÁ, 2002).

Nesta perspectiva, a porta de entrada do sistema seria a atenção primária ofertada através do Programa Saúde da Família. A atenção secundária seria formada pelos serviços ambulatoriais especializados e hospitais municipais de clínicas básicas. O nível de atenção terciária estaria conformado pelos serviços considerados de alto custo e ou de alta complexidade.

No processo de definição das Microrregiões de saúde do Ceará, foi considerado o princípio de acesso universal a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde de acordo com a necessidade e gravidade do problema de saúde dos indivíduos e que este acesso deveria ser ordenado e hierarquizado, levando-se em conta um sistema de referência e contra-referência.

As diretrizes para a organização das microrregiões foram definidas como:

- Os municípios que compõem cada microrregião deveriam organizar a atenção primária através da estratégia do Programa de Saúde da Família;

- A organização da atenção secundária como serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de média complexidade seria pactuada entre o conjunto de municípios, considerando a otimização dos recursos e a resolutividade.
- A atenção terciária seria estruturada nos pólos macrorregionais de Fortaleza, Sobral e Cariri (CEARÁ, 2001)

Na perspectiva de estabelecer as responsabilidades na oferta de serviços de saúde foram considerados dois aspectos. O primeiro estaria em consonância com a descentralização do atendimento, ao se estabelecer que a atenção primária de saúde fosse responsabilidade de cada município através da estratégia do Programa de Saúde da Família. O segundo seria a organização de forma pactuada e centralização relativa na microrregião, dos recursos de maior densidade tecnológica (CEARÁ, 2002).

No processo de organização dos Sistemas Microrregionais dos Serviços de Saúde, foi estabelecido que esta organização deveria se dar em “quatro espaços tecno-sanitários de oferta de serviços, estreitamente articulados/ vinculados entre si, na lógica microrregional” (CEARÁ, 2002). Estes espaços foram definidos como:

1. Espaço de atenção à saúde considerando a atenção hospitalar, ambulatorial especializada, urgência e emergência e atenção domiciliar;
2. Espaço de saúde pública configurado pela vigilância sanitária e ambiental, vigilância epidemiológica e controle de endemias;
3. Espaço dos sistemas de apoio traduzidos como: informação, auditoria, controle e avaliação, assistência farmacêutica e apoio diagnóstico e terapêutico;
4. Espaço dos sistemas logísticos como: centrais de agendamento de internações hospitalares e consultas especializadas e sistema de transporte sanitário.

Haveria ainda um espaço do controle público, que se organizaria como o quinto espaço onde a sociedade regularia, externamente, o Sistema Microrregional de Serviços de Saúde (CEARÁ, 2002).

A Microrregional de Saúde de Baturité foi escolhida, por atender a critérios pré-estabelecidos e agregar outros fatores favoráveis, para incorporar o projeto-piloto que serviria de experiência e referência para o desenvolvimento da nova estratégia estruturante do Sistema

Estadual de Saúde que seria a implantação das microrregiões de saúde do Estado, através da organização dos Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde.

O processo de implantação da Microrregião de Serviços de Saúde de Baturité, como projeto-piloto, insere-se no movimento desenvolvido pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) de fortalecimento do SUS, com ênfase maior na organização e no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, promovendo também a organização do sistema de referência do nível secundário de atenção, como passo importante na busca de alcançar maior resolubilidade do sistema de saúde.

Dentre os fatores facilitadores identificados para a cooperação do nível estadual com o nível microrregional destacam-se:

- uma forte identidade cultural entre seus municípios;
- a existência da Associação dos Prefeitos do Maciço de Baturité, o que facilitaria sobremaneira a negociação política e pactuação entre os municípios;
- escala populacional em torno de 120.000 habitantes;
- uma rede de serviços de saúde de nível secundário capaz de atender de forma resolutiva às demandas da microrregião, se melhor organizada;
- necessidade de incorporação tecnológica e de pessoal mínima;
- proximidade e bom acesso viário em relação a Fortaleza;
- a contigüidade e bom acesso viário entre os municípios da microrregião (CEARÁ, 2002).

Na definição das Microrregiões de Saúde, ao considerar os princípios da universalidade do acesso a todos os níveis de complexidade do atendimento conformando um sistema regionalizado e hierarquizado, a atenção primária de saúde ficaria ao cargo dos oito (8) municípios que integrariam a microrregião e teria como porta de entrada do usuário no sistema, o Programa de Saúde da Família (PSF). O Ministério da Saúde considera o Programa de Saúde da Família como uma estratégia para atender o indivíduo e a família de forma integral através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. O objetivo seria a reorganização da prática assistencial em serviços resolutivos e integrais, na perspectiva de um

modelo assistencial de acesso universal tendo como base o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania.

Os hospitais locais deveriam atender nas três clínicas básicas, com pronto atendimento e observação em pediatria e em clínica e com realização dos partos normais. Os encaminhamentos seriam para os hospitais microrregionais, um localizado no município de Aracoiaba, considerado hospital geral, com internações nas clínicas básicas, cirúrgicas, traumato-ortopedia e clínica médica, o outro situado em Baturité, município polo da microrregião e especializado em atenção materno-infantil.

Foi planejada a implantação de um laboratório microrregional de saúde pública que seria interligado a postos de coletas em todos os municípios, nas áreas do PSF. O município sede, com hospital secundário em nível de atenção primária teria um médico generalista para assistir partos normais. Essas unidades secundárias garantiriam assistência para todos os municípios da microrregião. No Quadro 15 especificamos as referidas unidades de saúde.

<b>4º Microrregião de Saúde: Baturité</b>	<b>UNIDADE DE SAÚDE</b>	<b>NÍVEL DE REFERÊNCIA</b>
Baturité	Hospital e Maternidade José Pinto do Carmo Centro de Saúde de Baturité Centro de Fisioterapia Centro Especializado em Odontologia	1º e 2º 1º e 2º 1º 1º e 2º
Aracoiaba	Hospital e Maternidade Santa Isabel Laboratório de Patologia Clínica Centro de Saúde	1º e 2º 1º e 2º 1º
Capistrano	Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	2º
Pacoti	Hospital Padre Quiliano e Maternidade Neusa Holanda Centro de Saúde	1º 1º

**Quadro 15 – Níveis de Referência: IV Microrregião de Baturité**

Desta forma, a microrregião de Baturité comporia a IV CERES sendo que os municípios de Aracoiaba e Baturité seriam municípios sede e pólo, Aratuba, Capistrano,

Itapiúna e Pacoti seriam municípios sede e Guaramiranga e Mulungu municípios satélites, conforme podemos observar no Quadro 16.

MR	Módulos Assistenciais		
	Municípios Sede e Pólo	Município Sede	Município Satélite
4ª MR Batutité	ARACOIABA		
	BATURITÉ		MULUNGÚ
		ARATUBA	
		CAPISTRANO	
		ITAPIUNA	
	PACOTI	GUARAMIRANGA	

**Quadro 16 – Módulo Assistencial: IV Microrregião de Baturité**

Para a implantação do projeto piloto da microrregião de Baturité foram estabelecidas as estratégias:

- Formação do grupo técnico coordenador do processo de implantação;
- Mobilização de especialistas por áreas temáticas;
- Desenvolvimento do diagnóstico institucional microrregional;
- Preparação e desenvolvimento do Curso de Aperfeiçoamento em Gestão de Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde;
- Constituição da Bipartite Microrregional;
- Pactuação Política Intergovernamental;
- Metas mobilizadoras pactuadas. (CEARÁ; 2002)

Uma das primeiras atividades realizadas para a operacionalização do projeto piloto na microrregião de Baturité foi a realização de seminários temáticos (CEARÁ, 2002). O primeiro seminário realizado foi sobre “Sistema de Informação em Saúde”, em fevereiro de 1999 (Jornal Diário do Nordeste 4 de fev. 1999).

A NOAS-SUS- 01/2001 estabeleceu que a regulação da assistência fosse efetivada através da implantação de complexos reguladores. Estas centrais de regulação teriam como

objetivo, dentre outros, organizarem o acesso da população aos serviços de saúde; agilizar o atendimento à população e aperfeiçoar o uso da capacidade instalada.

O processo de implantação e operacionalização do Sistema de regulação da microrregião de Baturité ocorreu no período de novembro de 2001 a março de 2002 de forma concomitante com a macrorregião de Fortaleza.

Este sistema passou a funcionar obedecendo a seguinte sistemática no que se refere à solicitação do procedimento ambulatorial. A solicitação é inserida no sistema e, a partir das informações contidas na PPI é feito o agendamento e gerado o boleto de marcação, contendo todas as informações que o paciente necessita para se dirigir ao estabelecimento de saúde e receber atendimento. Os dados de agendamentos realizados na unidade de marcação são enviados para a Central de Regulação, onde são processados e disponibilizados para os estabelecimentos de saúde, segundo podemos visualizar na Figura 1, na seqüência.

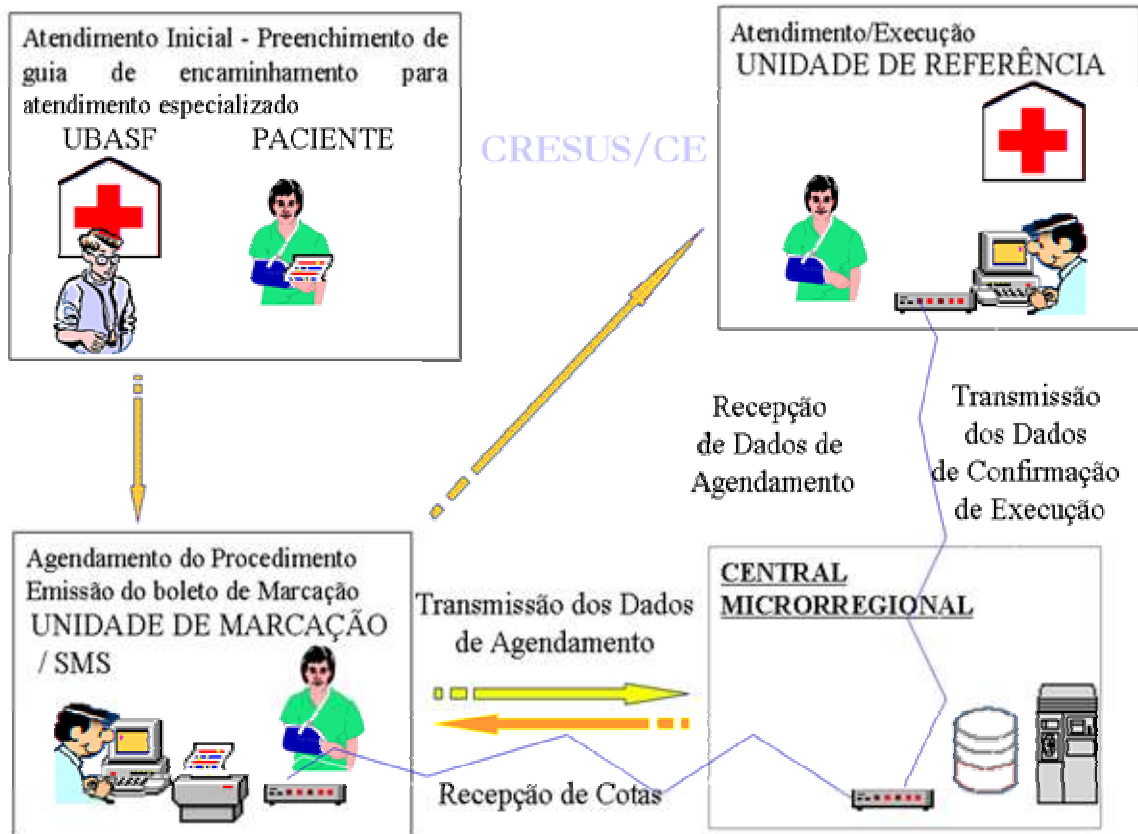


Figura 1 – Fluxo Operacional de Agendamento de Procedimentos Eletivos

Em síntese, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará iniciou o processo de reorganização da atenção e de serviços do Sistema Único de Saúde no ano de 1998. Este processo se inicia com a proposta de reorganização do Estado em microrregiões de saúde para favorecer a integralidade do atendimento dentro de sistema de referência e contra-referência.

Nesta perspectiva, foi proposta a organização de um modelo assistencial considerando os três níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde, estruturados a partir do Programa de Saúde da Família.

O processo de regionalização e hierarquização do atendimento foi orientado pela base normativa da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS – SUS) - 01/ 2001.

### **4.2.3. Resultados**

#### **4.2.3.1. Atendimento Ambulatorial em Clínicas Especializadas**

A regionalização proposta para o SUS, conforme já referido, tem como objetivo a integralidade do acesso e foi introduzida e materializada na agenda dos gestores através dos Planos de Desenvolvimento da Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI). Nesta tese, tendo as Normas Operacionais da Assistência à Saúde / SUS (NOAS-SUS) como referência, procuramos analisar a efetivação desta proposta utilizando algumas variáveis relativas ao atendimento ambulatorial em clínicas especializadas e às internações hospitalares.

O atendimento ambulatorial em clínicas especializadas na microrregião de Baturité deveria funcionar em acordo com o pactuado na PPI. O encaminhamento de pacientes seria feito através de uma ficha de referência que funcionaria no município e entre os municípios; desta forma, quando da identificação da necessidade da consulta especializada, o paciente seria encaminhado para a Central de Regulação, onde, verificada a disponibilidade daquela

consulta, esta seria agendada e um boleto seria emitido e entregue aos pacientes, este conteria as informações necessárias para o atendimento.

Nesta pesquisa, pretende-se analisar o funcionamento do sistema de referência deste atendimento na microrregião de Baturité e, quando necessário na microrregião de Fortaleza. Para esta análise, foram utilizados os dados do Banco da Central de Marcação de Consultas da Microrregião de Baturité e entrevistas com os secretários municipais de saúde da microrregião.

No período de 2003 a 2005, foram realizados 2.649 encaminhamentos para consultas ambulatoriais especializadas na microrregião de Baturité conforme discriminado na Tabela 10

**Tabela 10: Encaminhamentos para consultas especializadas: microrregião de Baturité – 2003 a 2005.**

<b>Municípios</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Aracoiaba	0	0	6	6	0,23
Aratuba	79	506	463	1.048	39,56
Baturité	5	35	236	276	10,42
Capistrano	9	106	94	209	7,89
Guaramiranga	3	88	170	261	9,85
Itapiúna	1	14	32	47	1,77
Mulungu	1	197	99	297	11,21
Pacoti	28	223	254	505	19,07
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>1.169</b>	<b>1.354</b>	<b>2.649</b>	<b>100</b>

Fonte: Central de Marcação de Consultas Microrregião de Baturité

Os municípios que mais solicitaram consultas especializadas foram Aratuba e Pacoti, com 39,56% e 19,07% respectivamente, e os municípios que menos solicitaram foram Aracoiaba e Itapiúna. Observa-se, também, que em Aratuba, município que mais solicitou consultas em especialidades, no período, estas solicitações, embora apresentem uma ligeira queda em 2005 em relação a 2003, apresentam um aumento significativo se compararmos os anos 2003 e 2005. Este aumento acontece também de forma significativa e progressiva em

quase todos os municípios, com exceção de Capistrano e Mulungu, que apresentam uma queda nas solicitações entre os anos 2004 e 2005.

As dez principais causas de solicitações por consultas especializadas estão discriminadas na tabela 11 e correspondem a 92,39% do total. As consultas para ortopedia ocupa o primeiro lugar, significando 41,52% das consultas, e cirurgia geral ocupa o segundo lugar com 36,57% das solicitações. Assim, nestas duas especialidades, foram concentradas 78,09% das solicitações por consultas especializadas.

**Tabela 11 - Principais causas de solicitação de consultas ambulatorial especializadas: Microrregião de Baturité: 2003 a 2005.**

<b>PROCEDIMENTOS</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Consulta em Ortopedia	67	470	563	1100	41,52
Consulta em Cirurgia Geral	46	398	525	969	36,57
Colposcopia	8	78	11	97	3,66
Consulta em Proctologia	3	7	85	95	3,58
Consulta em Oftalmologia		17	35	52	1,96
Ultra-Sonografia Obstetrica		34	17	51	1,92
Torax: P.A		20	9	29	1,09
Potencial de Acuidade Visual		18	2	20	0,75
Criocauterizacao/Eletrocoagulacao de Colo de Utero		11	7	18	0,67
Ultra-Sonografia Pelvica ( Ginecologica )		11	7	18	0,67
Outras	2	105	93	218	8,22
<b>TOTAL</b>	<b>126</b>	<b>1.169</b>	<b>1.354</b>	<b>2.649</b>	<b>100</b>

Fonte: Central de Marcação de Consultas – Microrregião de Baturité

Aratuba foi o município que mais solicitou consultas nestas duas especialidades, com 600 solicitações em ortopedia e 407 em cirurgia geral, correspondendo a 96,09% das 1.048 solicitações. O segundo município a solicitar consultas especializadas foi Pacoti e, também, para ortopedia (239) e cirurgia geral (165), significando um percentual de 80% das solicitações. (Central de Marcação de Consultas/ Microrregião de Baturité, 2005)

O município de Baturité fez 276 encaminhamentos para consultas especializadas, sendo que 89,31% das solicitações foram em três especialidades: cirurgia geral (58,69%), proctologia (20,65%) e ortopedia (9,78%). (Central de Marcação de Consultas/ Microrregião de Baturité, 2005).

O quadro 17 apresenta a discriminação do número de solicitações de consultas por Unidades de Marcação e de Execução, mostrando que os encaminhamentos foram feitos para apenas três municípios: Aracoiaba, Baturité e Capistrano. Para o município de Aracoiaba, foi feito o maior número de solicitações e o menor número foi para Capistrano.

Município Unidade de solicitação	Municípios/Unidades executoras			Total
	Aracoiaba	Baturité	Capistrano	
Aracoiaba	0	6	0	6
Aratuba	1.039	9	0	1.048
Baturité	276	0	0	276
Capistrano	143	66	0	209
Guaramiranga	211	36	14	261
Itapiúna	47	0	0	47
Mulungu	160	130	0	297
Pacoti	431	80	0	0
Total	2.307	328	14	2.649

Fonte: Central de Marcação de Consultas: Microrregião de Baturité

**Quadro 17: Unidades de Marcação e de execução de consultas ambulatorial especializadas e número de solicitações de consulta: Microrregião de Baturité: 2003 a 2005**

O maior número de encaminhamentos foi para o Hospital Maternidade Santa Izabel de Aracoiaba, com um total de 2.307 encaminhamento correspondendo a 87,09%. Os outros encaminhamentos foram para o Hospital Maternidade Jose Pinto do Carmo, de Baturité; para o Centro de Atenção Especializada de Baturité e para o Centro de Atenção Psico-Social de Capistrano, segundo explicitamos no Quadro 18.

Unidade de Marcação	Unidade Executora				Total
	H.M.J.P.C. *	H.M.S.I. **	C.A.E. ***	CAPS ****	
Aracoiaba	0	0	6	0	6
Aratuba	5	1.039	4	0	1.048
Baturité	0	276	0	0	276
Capistrano	20	143	46	0	209
Guaramiranga	21	211	15	14	261
Itapiúna	0	47	0	0	47
Mulungu	64	160	73	0	297
Pacoti	3	431	71	0	505
<b>Total</b>	<b>113</b>	<b>2.307</b>	<b>215</b>	<b>14</b>	<b>2.649</b>

\*HOSPITAL MATERNIDADE JOSE PINTO DO CARMO (BATURITE); \*\*HOSPITAL MATERNIDADE SANTA IZABEL-ARACOIABA (ARACOIABA); \*\*\*CENTRO DE ATENCAO ESPECIALIZADA (BATURITE) e \*\*\*\*CAPS DE CAPISTRANO (CAPISTRANO)

Fonte: Central de Marcação de Consultas : Microrregião de Baturité

**Quadro 18 - Unidades de Marcação de consultas e unidades executoras: Microrregião de Baturité**

Os Hospitais Maternidade Jose Pinto do Carmo de Baturité e Hospital Maternidade Santa Izabel de Aracoiaba estão classificados como Estabelecimentos de Saúde que realizam procedimentos hospitalares de média complexidade, previstos nos estabelecimentos de níveis de hierarquia 2 e 3, abrangendo Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia (SADT) ambulatorial de alta complexidade. Os Centros de Atenção Especializada de Baturité e de Atenção Psico-Social de Capistrano são considerados Centros de Atenção Especializada ambulatorial que realizam procedimentos de média complexidade, definido pela NOAS –SUS – 01 /02 como de 2º. e/ou 3º. níveis de referência.

No que se refere às consultas especializadas, foi encaminhado para a macrorregião de Fortaleza, entre os anos de 2003 a 2005 um total de 5.151 solicitações de consultas. Deste total, 1.965 atendimentos foram cancelados, o que corresponde a 38% de cancelamento, conforme podemos verificar no Quadro 19.

Ano	Município	Agendados	Cancelados	%Cancelados	Total
2003	Aracoiaba	5	0	0,00	5
	Aratuba	117	117	100,00	117
	Baturité	141	2	1,40	143
	Capistrano	59	0	0,00	59
	Guaramiranga	20	8	28,57	28
	Itapiúna	1	8	88,89	9
	Mulungu	35	1	2,78	36
	Pacoti	17	105	86,07	122
	<b>Total</b>		<b>278</b>	<b>241</b>	<b>46,44</b>
2004	Aracoiaba	147	150	50,51	297
	Aratuba	144	380	72,52	524
	Baturité	165	38	18,72	203
	Capistrano	197	76	27,84	273
	Guaramiranga	49	8	14,04	57
	Itapiúna	16	29	64,44	45
	Mulungu	102	72	41,38	174
	Pacoti	63	170	72,96	233
	<b>Total</b>		<b>883</b>	<b>923</b>	<b>51,11</b>
2005	Aracoiaba	451	86	16,01	537
	Aratuba	555	291	34,40	846
	Baturité	288	121	29,58	409
	Capistrano	357	142	28,46	499
	Guaramiranga	72	46	38,98	118
	Itapiúna	74	22	22,92	96
	Mulungu	124	57	31,49	181
	Pacoti	104	36	25,71	140
	<b>Total</b>		<b>2025</b>	<b>801</b>	<b>28,34</b>
2003 a 2005	Aracoiaba	603	236	28,13	839
	Aratuba	699	788	52,99	1487
	Baturité	594	161	21,32	755
	Capistrano	613	218	26,23	831
	Guaramiranga	141	62	30,54	203
	Itapiúna	91	59	39,33	150
	Mulungu	261	130	33,25	391
	Pacoti	184	311	62,83	495
	<b>Total</b>		<b>3186</b>	<b>1965</b>	<b>38,15</b>

Fonte: Central de Marcação de Consultas: Microrregião de Baturité

**Quadro 19 - Total de consultas encaminhadas, agendadas e canceladas; Microrregião de Baturité: 2003 a 2005**

O cancelamento da consulta é feito quando é identificada, na Central de Marcação da Microrregião, alguma falha por erro ou insuficiência de dados no preenchimento, pelo município, da ficha de solicitação. Neste momento, o município ao ser informado, completa ou corrige a informação e solicita nova marcação. Observa-se, contudo, que o percentual de consultas canceladas diminuiu ao longo dos três anos, o que aponta para o aperfeiçoamento no preenchimento da ficha de solicitação como uma melhora no processo de encaminhamento das solicitações. Contudo, o não cancelamento das consultas não significa atendimento, uma vez que o sistema de contra-referência falho não permite esta confirmação.

As principais solicitações de consultas, para Fortaleza, foram para as especialidades discriminadas no quadro 20. Observa-se que a demanda por consultas cardiológica e dermatológica aparecem em primeiro e segundo lugar respectivamente, em todo o período em estudo. Pode-se observar, também, que a demanda por consultas em especialidades se apresenta de forma crescente, apresentando um aumento de 444,5 % uma vez que passou de uma procura de 519 consultas em 2003 para 2.826 em 2005.

<b>ESPECIALIDADES</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
Cardiologia	118	366	452	936	18,17
Dermatologia	115	185	370	670	13,00
Otorrinolaringologia	56	187	183	426	8,27
Neurologia	28	105	203	336	6,52
Gastroenterologia	35	135	116	286	5,55
Oftalmologia	41	71	145	257	4,99
Endocrinologia e Metabologia	8	102	110	220	4,27
Reumatologia	16	83	98	197	3,82
Urologia	12	65	94	171	3,32
Pneumologia	12	62	91	165	3,20
Cirurgia Pediátrica	13	84	62	159	3,08
Cirurgia Geral	9	59	66	134	2,60
Exame Anátomo-patológico de peça cirúrgica convencional		3	124	127	2,46
Outros	56	299	712	1067	20,70
<b>Total</b>	<b>519</b>	<b>1.806</b>	<b>2.826</b>	<b>5.151</b>	<b>100</b>

Fonte: Central de Marcação de Consultas: Microrregião de Baturité

**Quadro 20 - Principais consultas especializadas: solicitadas na microrregião de Baturité – 2003 a 2005**

O quadro 21 apresenta as consultas, por especialidades, mais solicitadas e os municípios solicitantes. Nele observa-se que, aqui também, o município de Aratuba foi o que

mais solicitou consultas especializadas para Fortaleza com um maior número de solicitação para consultas de dermatologia, seguida de cardiologia. O segundo município em solicitação de consultas especializadas foi Aracoiaba, com maiores solicitações para cardiologia e neurologia. Este grande número de solicitação para neurologia pode está relacionada com o fato de este município ser referência para traumato-ortopedia da microrregião. Aratuba foi o segundo município em solicitação de consultas para neurologia e o maior em solicitação para oftalmologia. Baturité se apresenta como o município que mais solicitou consultas para cardiologia, e Pacoti foi o que mais solicitou consultas para dermatologia, e esta especialidade foi a segunda mais solicitada pela microrregião. Este fato pode está relacionado com a leishmaniose, patologia referida como endêmica na região, assim expressada: “nós temos também o problema da leishmaniose, que em Baturité tem uma área de semi-árido, [...] mais tem uma área também da serra” (Secretário). Pacoti foi também o município que mais solicitou consultas para gastroenterologia, sendo a sua segunda maior solicitação.

Especialidades	Aracoiaba	Aratuba	Baturité	Capistrano	Guaramiranga	Itapiúna	Mulungu	Pacoti	Total
Consulta em cardiologia	136	221	227	120	38	40	63	91	936
Consulta em dermatologia	78	226	89	73	38	25	31	110	670
Consulta em otorrinolaringologia	1	157	19	84	45	27	49	44	426
Consulta em oftalmologia	45	129	1	16	1		22	43	257
Consulta em gastroenterologia	32	19	59	37	4	10	20	105	286
Consulta em neurologia	121	120	3	63	1	1	27	0	336
Consulta em endocrinologia e metabologia	41	92	24	31	7	1	10	14	220
Consulta em reumatologia	38	46	34	36	13	3	11	16	197
Consulta em cirurgia pediatrica	15	44	25	36	3	21	4	11	159
Consulta em pneumologia	39	54	22	24	9		8	9	165
Consulta em urologia	2	25	58	65	1	1	13	6	171
Consulta em cirurgia geral	4	44	5	23	-	-	53	5	134
Exame anátomo-patológico em peça cirúrgica não convencional	15	16	71	21	3	-	-	1	127
Outras	272	294	118	202	40	21	80	40	1.067
<b>Total</b>	<b>839</b>	<b>1.487</b>	<b>755</b>	<b>831</b>	<b>203</b>	<b>150</b>	<b>391</b>	<b>495</b>	<b>5.151</b>

Fonte: Central de marcação de consultas: Microrregião de Baturité

**Quadro 21 - Principais solicitações por consultas especializadas: microrregião de Baturité – 2003 a 2005**

Os dados aqui analisados se referem às solicitações de consultas sem a confirmação de suas realizações. Neste aspecto são esclarecedoras as informações colhidas através das entrevistas realizadas com os secretários municipais de saúde. Em referência ao cumprimento do protocolo de solicitação, observa-se que este permanece bem estabelecido e existe um esforço por parte das Secretarias Municipais para que seja cumprido. A este respeito foram feitas as referências: “Existe uma ficha de referência que ela funciona intra-município e intermunicipal, então, o (profissional do) PSF sabe que nós temos estes serviços especializados, neurologia, fonoaudióloga, então se precisa encaminhar para os serviços que nós temos já manda a fichinha de referência para a Secretaria e lá tem um agendamento, [...] Quando é para outro município, a mesma coisa vai para a recepção, a moça da Central de Regulação abre a tela, ver o que é que tem pactuado” (Secretária), ou ainda : “ as equipes já estão orientadas o que deve mandar para o hospital daqui e o que deve mandar para secretaria de saúde para ser agendado através da central de regulação, isso para consultas especializadas” (Secretário). É reconhecido o esforço que vem sendo feito para a organização das referências expressado assim “a nossa referência, a micro tem trabalhado muito para funcionar as referências regionais, garantir o que está na PPI, [...] então ele ( o profissional) já faz a referência, manda para a central de marcação local e a gente encaminha, marca-se e encaminha o paciente, e ele já sai com o boleto e naquele dia a gente já viabiliza, até o transporte a gente está assegurando (Secretária).

No entanto, em relação à efetivação da referência, foi revelado que “na questão dos serviços especializados, eu fui obrigada a contratar uma pessoa para fazer endoscopia no município porque começou a aparecer esta demanda e nós temos muitos casos de câncer principalmente do estômago, então a gente teve necessidade de contratar já que o Estado não está dando resposta para a gente. [...] para algumas especialidades contrato especialista e é dentro do município e pago com recurso do município, e ele atende no município, o

(profissional do) PSF quando precisa, tem uma ficha e ele encaminha [...] o (profissional do) PSF vai encaminhando eles trazem o encaminhamento para a Secretaria, lá a gente coloca na Central de Regulação. Nessa central, a gente fica esperando, [...] aguardando que o Estado nos dê uma resposta e vale ressaltar que todas as especialidades eu tenho na PPI, na programação, só que de neurologista eu tenho 30 consultas por mês e faz mais de um ano que eu não marco nenhuma, o Estado não marca nenhuma. Eu tenho que contratar o neurologista, e ele atender lá porque gera uma demanda dependendo daquelas fichas, eu estou hoje com quase 100 fichas para otorrino” (Secretária). Ainda sobre esta questão informa que “As vezes você tem cinco consultas de dermatologia para você usar e geralmente tem mais gente para ser atendida, aí as vezes aquelas cinco consultas já foram preenchidas, aí vai ficar para outro mês. E a gente fica com a mão na cabeça, porque a gente não tem o que fazer porque não está pactuado, às vezes passa para o outro mês. Consulta de neurologia é difícil, muito difícil, tem alguns municípios que chegaram até a contratar; o problema é dinheiro para pagar, até porque, se ele pedir um exame especializado, normalmente tem que entrar na central de regulação mesmo você tendo o profissional no seu município” (Secretária).

Desta forma, pode-se fazer uma relação entre as informações sobre as necessidades de consultas em especialidades, os dados relativos ao cancelamento destas consultas e a não confirmação da realização das consultas solicitadas e, assim, concluir que existe, e está sendo cumprida, uma normatização de referência na microrregião. Embora tenha sido considerável o número de cancelamentos de consultas, este número diminuiu no decorrer do período, se percebe uma lógica na solicitação de consultas especializadas, pelos municípios, compatível com uma organização regionalizada, embora esta organização ainda não se mostre muito resolutiva para as demandas.

#### 4.2.3.2. Internações Hospitalares

A universalidade do acesso e a integralidade da atenção se constituem princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde e desta forma estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada para garantir que todos os cidadãos tenham acesso a serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção. Neste sentido o atendimento hospitalar desempenha papel importante no processo de regionalização e no acesso às ações de nível secundário e terciário.

Esta pesquisa pretende analisar o fluxo e as causas de internações na microrregião de Baturité através dos dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) obtidos junto ao Núcleo de Informação e Controle Ambulatorial e Hospitalar (NICAH) da Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Ceará (SESA). Para tanto serão utilizados conceitos básicos e importantes neste tipo de estudo (ALMEIDA, 1995; HEIMANN, L. S. et al, 1998) como invasão e evasão. Invasão se refere ao número de municípios de outros municípios ou microrregião de saúde atendido no município ou região em estudo e evasão se refere ao número de municípios de determinado município ou microrregião de saúde em estudo atendido em outro município ou microrregião.

Desta forma, a presente análise se fará a partir de 3 grupos:

1. Internações ocorridas na microrregião de Baturité de residentes nesta microrregião;
2. Internações ocorridas na microrregião de Baturité de não residentes na microrregião (invasões);
3. Internações ocorridas fora da microrregião de Baturité de residentes nesta microrregião (evasões).

No período de 1997 a 2005 ocorreram 73.709 internações de pacientes que apresentavam a microrregião de Baturité como destino e/ou origem. Destes pacientes, 56.242 se internaram e tinham como origem esta microrregião, 16.590 foram internados em outras

microrregiões, mas tinham como origem esta microrregião e 877 foram internados na microrregião de Baturité tendo como origem outras microrregiões conforme referem os quadros 22 e 23.

<b>Da própria microrregião</b>		<b>De outras microrregiões</b>		<b>Total</b>
<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	
56.242	98,46	877	1,54	57.119

Fonte: SIH-SUS/SESA/CE

**Quadro 22 - Internações SUS: microrregião de Baturité – 1998 a 2005**

<b>Na microrregião</b>		<b>Em outras microrregiões</b>		<b>Total</b>
<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	
56.242	77,22	16.590	22,78	72.832

Fonte:SIH-SUS/SESA/CE

**Quadro 23 - Internações SUS de munícipes da microrregião de Baturité: 1998 a 2005**

Os quadros 22 e 23 mostram que o fluxo de internações hospitalares na microrregião de Baturité apresentou, neste período, taxas de invasão e evasão de 1,54% e 22,78% respectivamente

O fluxo de internações ocorrido na microrregião de Baturité pode ser sintetizado no quadro 24, o qual apresenta o total de internações ocorrido na microrregião e fora desta microrregião, de residentes da microrregião de Baturité.

<b>Residentes na microrregião</b>	<b>Invasão</b>	<b>Evasão</b>	<b>Total</b>
56.242	877	16.590	73.709

Fonte: SIH-SUS/SESA/CE

**Quadro 24 - Internações SUS: microrregião de Baturité, invasão e evasão: 1998 a 2005**

1. Internações ocorridas na microrregião de Baturité de residentes nesta microrregião:

No período de 1997 a 2005 ocorreram 56.242 internações de residentes microrregião de Baturité. A distribuição das internações por local de ocorrência é apresentada no Quadro 25. Nele observa-se que o maior número de internações se deu nos municípios de

Baturité e Aracoiaba com 35,35 e 21,71% das internações, e que Guarmiranga e Mulungu foram os municípios que menos internaram. Este fato, no entanto, é compatível com o número de leitos, pois os municípios que mais internaram têm maiores quantidades de leito e os que menos internaram menores quantidades.

<b>Local de internação</b>	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>
Aracoiaba	12.211	21,71
Aratuba	4.233	7,53
Baturité	19.885	35,35
Capistrano	3.863	6,87
Guarmiranga	2.028	3,60
Itapiúna	5.364	9,54
Mulungu	3.491	6,21
Pacoti	5.167	9,19
<b>Total</b>	<b>56.242</b>	<b>100</b>

Fonte: SIH-SUS/SESA/CE

**Quadro 25 - Local de internações: Microrregião IV - 1997 a 2005**

Uma análise da distribuição destas internações, ao longo do período, mostra que os municípios de Aracoiaba, Aratuba e Itapiúna apresentaram mudanças significativas no percentual de internações quando comparamos o ano de 1997 com o de 2005. Aracoiaba e Itapiúna apresentam aumento no número de internações e o município de Aratuba apresentou redução. Baturité apresentou um ligeiro aumento, Pacoti apresentou redução na sua capacidade de internação, enquanto os municípios de Capistrano e Guaramiranga, praticamente mantiveram a mesma capacidade instalada conforme podemos visualizar na Tabela 12.

**Tabela 12 - Internações ocorridas na microrregião de Baturité: 1997 -2005**

<b>Ano</b>	<b>Aracoiaba</b>		<b>Aratuba</b>		<b>Baturité</b>		<b>Capistrano</b>		<b>Guarmirana</b>		<b>Itapiúna</b>		<b>Mulungu</b>		<b>Pacoti</b>		<b>Total</b>	
	<b>N.º</b>	<b>%</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
<b>1997</b>	951	18,21	652	12,49	1702	32,59	357	6,84	186	3,562	304	5,82	407	7,79	663	12,70	5222	100
<b>1998</b>	991	14,84	593	8,88	2462	36,86	503	7,53	210	3,144	588	8,80	525	7,86	808	12,10	6680	100
<b>1999</b>	1469	20,91	579	8,24	2501	35,60	571	8,13	302	4,299	624	8,88	472	6,72	507	7,22	7025	100
<b>2000</b>	1551	25,54	439	7,23	1965	32,35	519	8,54	167	2,749	536	8,82	448	7,38	449	7,39	6074	100
<b>2001</b>	1270	20,53	447	7,22	2392	38,66	413	6,68	340	5,495	458	7,40	321	5,19	546	8,82	6187	100
<b>2002</b>	1374	21,96	391	6,25	2465	39,39	327	5,23	210	3,356	587	9,38	295	4,71	609	9,73	6258	100
<b>2003</b>	1126	18,31	414	6,73	2148	34,93	535	8,70	220	3,577	898	14,60	239	3,89	570	9,27	6150	100
<b>2004</b>	1715	27,16	356	5,64	2097	33,21	371	5,88	224	3,548	657	10,41	390	6,18	504	7,98	6314	100
<b>2005</b>	1764	27,86	362	5,72	2153	34,00	267	4,22	169	2,669	712	11,24	394	6,22	511	8,07	6332	100
<b>Total</b>	<b>12.211</b>	<b>21,71</b>	<b>4.233</b>	<b>7,53</b>	<b>19.885</b>	<b>35,36</b>	<b>3.863</b>	<b>6,87</b>	<b>2.028</b>	<b>3,606</b>	<b>5.364</b>	<b>9,54</b>	<b>3.491</b>	<b>6,21</b>	<b>5.167</b>	<b>9,19</b>	<b>56.242</b>	<b>100</b>

Fonte: SIH-SUS / SESA

Uma análise do fluxo das internações ocorridas na microrregião, considerando o local de internação e a procedência do paciente, é apresentada no quadro 26.

.Município	Procedência				Total	
	Do município		De outros municípios			
	número	%	número	%	número	%
Aracoiaba	9.171	75,10	3.040	24,90	12.211	21,71
Aratuba	4.155	98,16	78	1,84	4.233	7,52
Baturité	13.405	67,41	6.480	32,59	19.885	35,36
Capistrano	3.733	96,63	130	3,37	3.863	6,87
Guaramiranga	2.005	98,87	23	1,13	2.028	3,60
Itapiúna	5.304	98,88	60	1,12	5.364	9,54
Mulungu	3.416	97,85	75	2,15	3.491	6,21
Pacoti	4.712	91,20	455	8,80	5.167	9,19
Total	45.901	81,61	10.341	18,39	56.242	100

Fonte: SIH-SUS/SESA/CE

**Quadro 26: Procedência das internações hospitalares: municípios da microrregião de Baturité: 1997 a 2005**

Assim, este quadro mostra que, em média, 81,61% das internações ocorrem no município de residência. Neste sentido, chama atenção os municípios de Aracoiaba e Baturité por apresentarem um percentual de internação de pacientes de procedência do próprio município, inferior a esta média. Isto ocorre porque eles são os dois municípios que mais recebem pacientes de outros municípios, apresentando, portanto, maior percentual de internação, considerando o total de internações, respondendo, os dois, por 57,07% de todas as internações ocorridas na microrregião.

Ainda no quadro 26, já citado, pode-se observar que do total de 56.242 internações hospitalares que ocorreram na microrregião, 45.901 (81,61%) ocorreram nos próprios municípios de origem dos pacientes e 10.341 (18,39%) foram de pacientes de origem diferente do local de internação. No quadro 27 está discriminada a distribuição das internações, mostrando as internações de pacientes com procedência de outros municípios e assim observa-se que Baturité e Aracoiaba são os municípios que mais receberam pacientes

de outros municípios com 62,66% e 29,40%, respectivamente, o que significa 92,06% do total de internações de pacientes de procedência diferente do local de internação. À exceção de Pacoti que apresenta um percentual de 4,40%, todos os outros municípios apresentam um percentual inferior a 1% de internações de pacientes de outros municípios

<b>Município</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Aracoiaba	3040	29,40
Aratuba	78	0,75
Baturité	6480	62,66
Capistrano	130	1,26
Guaramiranga	23	0,22
Itapiúna	60	0,58
Mulungu	75	0,73
Pacoti	455	4,40
<b>Total</b>	<b>10341</b>	<b>100,00</b>

Fonte: SIH-SUS/SESA/CE

**Quadro 27 – Fluxo de internações de pacientes: municípios da microrregião de Baturité: 1997 a 2005**

Quando analisamos os municípios de origem das internações, verificar o quadro 28, observamos que os municípios que apresentam maior percentual de pacientes internados fora do município de origem são Capistrano (20,28%), Aratuba (15,65%) e Guaramiranga (12,22%). No outro lado estão Baturité (8,58%) e Pacoti (9,26%) como os municípios que apresentam os menores percentuais de pacientes internados em outros municípios da microrregião.

Município de origem	Município de destino								Total	%
	Aracoiaba	Aratuba	Baturité	Capistrano	Guaramiranga	Itapiúna	Mulungu	Pacoti		
Aracoiaba		-	1.097	1	-	8	0	0	1.106	10,69
Aratuba	518		949	86	-	1	64	0	1.618	15,65
Baturité	836	4		27	5	13	2	0	887	8,58
Capistrano	530	1	1.528		-	38	0	0	2.097	20,28
Guaramiranga	167	-	641	-		-	7	449	1.264	12,22
Itapiúna	342	66	792	16	-		1	1	1.218	11,78
Mulungu	319	7	848	-	14	0		5	1.193	11,54
Pacoti	328	-	625	-	4	0	1		958	9,26
<b>Total</b>	<b>3.040</b>	<b>78</b>	<b>6.480</b>	<b>130</b>	<b>23</b>	<b>60</b>	<b>75</b>	<b>455</b>	<b>10.341</b>	<b>100</b>

Fonte:SIH-SUS/SESA/CE

**Quadro 28: Fluxo de Invasão/evasão: municípios microrregião Baturité -1997 a 2005**

Conforme já observado, os municípios de Baturité e Aracoiaba são aqueles que internam o maior número de pacientes de outros municípios. O quadro 29 apresenta os percentuais de internações correspondentes aos municípios de origem das internações que ocorrem em Baturité e Aracoiaba. Apenas o município de Guaramiranga encaminha um percentual diferenciado de pacientes (36,08%) para outros municípios, sobretudo para Pacoti, que é seu município sede verificando-se no Quadro 27. Também pode-se observar que 99,19% dos pacientes de Aracoiaba internados em outros municípios o foram em Baturité, assim como 94,25% de Baturité foram internados em Aracoiaba.

Município de origem	Municípios de destino							Total
	Aracoiaba		Baturité		Outros			
	No.	%	No.	%	No.	%		
Aracoiaba	-	-	1.097	99,19	9	0,81	1.106	
Aratuba	518	32,01	949	58,65	151	9,34	1.618	
Baturité	836	94,25	-	-	51	5,75	887	
Capistrano	530	25,27	1.528	72,87	39	1,86	2.097	
Guaramiranga	167	13,21	641	50,71	456	36,08	1.264	
Itapiúna	342	28,08	792	65,03	84	6,89	1.218	
Mulungu	319	26,74	848	71,08	26	2,18	1.193	
Pacoti	328	34,24	625	65,24	5	0,52	958	
<b>Total</b>	<b>3.040</b>	<b>29,40</b>	<b>6.480</b>	<b>62,66</b>	<b>821</b>	<b>7,94</b>	<b>10.341</b>	

Fonte: SIH-SUS/SESA/CE

**Quadro 29 - Fluxo de internações de pacientes para os municípios de Aracoiaba e Baturité: Microrregião de Baturité – 1998 a 2005**

Considerando que Baturité e Aracoiaba são os municípios onde foram internados o maior número de pacientes dos outros municípios da microrregião, foi feita uma análise das principais causas de internações nestes municípios. Inicialmente foram analisadas as principais causas de internação de uma forma conjunta, considerando as 45.901 internações, resultantes da somatória das internações ocorridas em cada um dos municípios. Desta forma observou-se que parto normal se destaca como a principal causa de internação no período de 1997 a 2005 com 25,56% das internações conforme o quadro 30. Este percentual passa para 28,56% quando se soma a cesárea e chega a 30,56% se junto com curetagem pós-aborto chamando atenção que são causas relacionadas à atenção a saúde da mulher. A frequência destas causas não apresenta alterações significativas no período (SIH-SUS/SESA/CE).

<b>Causa internação</b>	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>
1. Parto normal	11731	25,56
2. Enteroinfecções clínica medica	2694	5,87
3. Pneumonia em adulto	1586	3,45
4. Crise asmática	1504	3,28
5. Pneumonia em criança	1480	3,22
6. Cesárea	1377	3,00
7. Insuficiência cardíaca	1160	2,53
8. Enteroinfecções pediátrica	1144	2,49
9. Estreptococcias clínica medica	1138	2,48
10. Crise asmática	1097	2,39
11. Curetagem pós-aborto	912	1,99
12. Pneumonia lactente	802	1,74
13. Enteroinfecção lactente	753	1,64
14. Crise hipertensiva	740	1,61
15. Gastrite duodenite	664	1,45
16. Broncopneumonia	559	1,22
17. Outras afecções ap.genito-urinario	545	1,19
18. Intoxicação alcoólica	524	1,14
19. Outras	15.491	33,75
<b>Total</b>	<b>45.901</b>	<b>100</b>

Fonte:SIH-SUS/SESA/CE

**Quadro 30 - Principais causas de internações: Microrregião de Baturité – residentes: 1997 a 2005**

A análise das principais causas de internações nos municípios de Baturité e Aracoiaba, uma vez que estes são os municípios que mais internam pacientes dos outros municípios, mostra que as principais causas de internação em Baturité estão relacionadas à atenção a

saúde da mulher, pois parto normal e cesárea contribuem com 70,64% % destas internações, conforme se observa no quadro 31.

<b>CAUSA INTERNAÇÃO</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
1. Parto normal	2737	42,24
2. Cesárea	1840	28,40
3. Curetagem pós-aborto	381	5,88
4. Colpoperineoplastia anterior e posterior	116	1,79
5. Pneumopatias agudas	78	1,21
6. Herniorrafia inguinal	61	0,94
7. Pneumonia lactente	59	0,91
8. Histerectomia anexectomia	53	0,82
9. Outras afecções R.N.	52	0,80
10. Enteroinfecção lactente	46	0,71
11. Perdas substâncias cutânea	41	0,64
12. Infecções perinatais	40	0,62
13. Histerectomia total	39	0,60
14. Prematuridade	37	0,57
15. Colecistectomia	30	0,46
16. Laqueadura tubária	30	0,46
17. Curetagem semiótica	29	0,44
18. Herniorrafia epigástrica	28	0,43
19. Anemia carencial	26	0,40
20. Redução cirúrgica fratura osso antebraço	24	0,37
Outras	733	11,31
<b>Total</b>	<b>6.480</b>	<b>100</b>

Fonte:SIH-SUS/SESA/CE

**Quadro 31 - Principais causas de internação em Baturité pacientes da microrregião Baturité: 1997 a 2005**

Em relação às principais causas de internação em Aracoiba destacam-se os procedimentos cirúrgicos, e chama atenção o fato de o parto normal está entre as dez causas mais frequentes de internação neste município, conforme mostra o quadro 32.

<b>CAUSA INTERNAÇÃO</b>	<b>Total</b>
1. Laqueadura tubária	195
2. Herniorrafia inguinal	133
3. Colectomia	124
4. Perdas substancias cutânea	114
5. Redução incruenta fratura óssea	97
6. Cesariana	85
7. Apendicectomia	82
8. Parto normal	68
9. Tenorrafia	68
10. Redução cirúrgica fratura ossos antebraço	62
11. Extirpação supressão lesão pélvica	55
12. Debridamento fasceite necrotizante	54
13. Laparotomia exploradora.	48
14. Retirado fio Kischinerr	46
15. Red.cir.frat.falanges f	45
16. Herniorrafia umbelical	44
17. Redução cirúrgica fratura tornozelo com fixação	44
18. Colpoperineoplastia anterior e posterior	38
19. Hemorroidectomia	35
20. Histerectomia total	35
Outras	1.568
<b>Total</b>	<b>3.040</b>

Fonte:SIH-SUS/SESA/CE

**Quadro 32 - Principais causa de internações no município de Aracoiaba por pacientes da microrregião de Baturité: 1997 a 2005**

A análise do fluxo de internações de pacientes entre municípios da microrregião em tese chama atenção o fato do aumento progressivo de pacientes para internação nos municípios de Baturité e Aracoiaba que, conforme já observado, são os municípios que mais recebem pacientes dentro da própria microrregião, conforme mostra o quadro 33. Este fato aponta para a consolidação dos dois municípios como os pólos de referência em atenção secundária conforme proposto para esta microrregião.

<b>Municípios</b>	<b>Internações/ano</b>									<b>Total</b>
	<b>1997</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>	
Aracoiaba	1	41	209	296	70	437	470	721	795	3040
Baturité	412	625	610	552	674	972	836	761	1038	6480

Fonte:SIH-SUS/SESA/CE

**Quadro 33 – Internações ocorridas em Aracoiaba e Baturité: 1997 a 2005**

Uma análise das principais causas de internamento na microregião de Baturité, agora considerando todas as 56.242 internações, mostra, como era de se esperar, que parto normal se apresenta como a principal causa de internamento, com um percentual de 26,44%. Quando somamos cesárea, este percentual sobe para 32,16% conforme podemos verificar no Quadro 34.

<b>Causa de internação</b>	<b>1997</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>Total</b>	<b>%</b>
Parto normal	1369	2057	1826	1661	1763	1751	1540	1309	1588	14864	26,44
Cesárea	210	329	366	342	382	453	349	321	466	3218	5,72
Enteroinfecções cl.med.	445	424	478	249	222	233	243	231	237	2762	4,91
Pneum.adulto	92	81	141	128	266	247	201	229	254	1639	2,91
Crise asmatica	203	178	212	150	154	147	158	163	174	1539	2,74
Pneum.criança	100	152	144	200	189	248	157	171	156	1517	2,7
Curetagem pós aborto	92	126	201	92	174	82	211	210	145	1333	2,37
Insuf.cardiaca	155	176	172	110	133	124	94	109	132	1205	2,14
Enteroinfecções ped.	203	210	189	95	109	83	84	115	96	1184	2,10
Estreptococcias cl. méd.	88	105	133	97	134	130	143	213	132	1175	2,09
Outras	2265	2842	3163	2950	2661	2760	2970	3243	2952	25806	45,88
<b>Total</b>	<b>5.222</b>	<b>6.680</b>	<b>7.025</b>	<b>6.074</b>	<b>6.187</b>	<b>6.258</b>	<b>6.150</b>	<b>6.314</b>	<b>6.332</b>	<b>56.242</b>	<b>100,00</b>

Fonte: SIH-SUS/SESA-CE

**Quadro 34 – Principais causa de internação microrregião de Baturité: 1997 – 2005**

Parto normal se mantém como a principal causa de internamento durante todo o período e cesárea é a 3ª principal causa nos anos de 1997 a 1999. Neste ano, passa então, para a 2ª. causa de internamento e se mantém como tal nos anos seguintes e no total das internações do período como observa-se no Quadro 35. Uma análise comparativa da classificação das causas de internação, por ordem de frequência, das vinte principais causas de internação dos anos de 1997, e 2005 e total de internações do período e que corresponde respectivamente a 74,25%, 65,44% e 65,82% do total de internações assim se apresenta: pneumonia em adulto que, em 1997 estava em 13º. Lugar se apresenta em 2005 como a 4ª. principal causa de internação como 5ª. causa no total; enteroinfecção pediátrica foi, no ano de 1997 a 6ª. causa e passa para a 13ª. causa em 2005; pneumonia em criança estava na 12ª. classificação em 1997 e passa para a 7ª. em 2005 e assim se mantém no total do período. Pode

ser destacado também, o fato de curetagem pós-aborto aparecer como 14<sup>a</sup>. causa de internação em 1997 e passar para 8<sup>a</sup>. causa emno ano de 2005 e assim permanecer no total de internações e ainda pneumonia do lactente e crise hipertensiva que não aparecia entre as vinte principais causas de internamento em 1997 e surgem como 13<sup>a</sup>. e 14<sup>a</sup>. causas respectivamente em 2005 (Quadro 35)

1997	2005	Total
1. Parto normal	1. Parto normal hosp.am.cr	1. Parto normal
2. Parto normal hosp.am.cr	2. Parto normal	2. Parto normal hosp.am.cr
3. Enteroinfecções cl.med.	3. Cesárea hosp.am.cr.	3. Cesárea hosp.am.cr.
4. Cesárea hosp.am.cr.	4. Pneum.adulto	4. Enteroinfecções cl.med.
5. Crise asmática (adulto)	5. Enteroinfecções cl.med.	5. Pneum.adulto
6. Enteroinfecções ped.	6. Crise asmática (adulto)	6. Crise asmática (adulto)
7. Crise asmática (criança.)	7. Pneum.criança	7. Pneum.criança
8. Insuf.cardíaca	8. Curetagem pós-aborto	8. Curetagem pós-aborto
9. Broncopneumonia	9. Estreptococcias cl.med.	9. Insuf.cardíaca
10. Pneum. Bacteriana	10. Insuf.cardíaca	10. Enteroinfecções ped.
11. Enteroinfecç.lact	11. Crise asmática (criança)	11. Estreptococcias cl.med.
12. Pneum.criança	12. Estafilococcias cl.med.	12. Crise asmática (criança)
13. Pneum.adulto	13. Enteroinfecções ped.	13. Pneumonia lact.
14. Curetagem pós-aborto	14. Pneumonia lact.	14. Enteroinfecç.lact
15. Estreptococcias cl.med.	15. Crise hipertensiva	15. Crise hipertensiva
16. Gastrite duodenite	16. Pielonefrite	16. Gastrite duodenite
17. Lesões superf.infectada	17. Outras afecç.ap.gen.uri	17. Cesariana
18. Anemia carencial	18. Intox.alcool	18. Outras afecç.ap.gen.uri
19. Broncopneumonia	19. Herniorrafia inguinal	19. Herniorrafia inguinal
20. Doença pulm.obst.cronic	20. Gastrite duodenite	20. Broncopneumonia

Fonte: SIH-SUS/SESA/CE

**Quadro 35 - Principais causas de internações: Microrregião de Baturité: 1997 a 2005**

Os procedimentos, partos normal em hospital amigo da criança, e cesárea em hospital amigo da criança, apresentam um aumento em 2005 na ordem de 147,3 e 121,9% respectivamente em relação a 1997, enquanto o procedimento enteroinfecção pediátrica apresentou um decréscimo de - 52, 7% não aparecendo mais entre as dez primeiras causas de internação no ano 2005 como verificado no Quadro 36. O título de 'hospital amigo da criança' é dado aos estabelecimentos que se comprometem em desenvolver atividades com o

objetivo de adotar condutas e rotinas favoráveis à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. O hospital 'amigo da criança' foi idealizado pela OMS e pelo UNICEF e, ao receber este título se torna referência em amamentação para o seu município, região ou estado. Neles, as mães recebem orientações e incentivo para a amamentação desde o pré-natal até o puerpério, e assim contribuem para aumentar os índices de aleitamento materno exclusivo e continuado na perspectiva de reduzir a morbimortalidade materna e infantil.

<b>Causa de Internação</b>	<b>1997</b>	<b>2005</b>	<b>%</b>
Parto normal	919	475	-48,31
Parto normal hospital amigo da criança	450	1113	147,33
Cesárea hospital amigo da criança	210	466	121,90
Enteroinfecções clinica medica	445	237	-46,74
Pneum.adulto	92	254	176,09
Crise asmatica	203	174	-14,29
Pneum.criança	100	156	56,00
Curetagem pós-aborto	92	145	57,61
Insuf.cardiaca	155	132	-14,84
Enteroinfecções pediatria	203	96	-52,71

Fonte: SIH –SUS/SESA-CE

**Quadro36 - Principais causas de internações – Microrregião de Baturité: 1997 e 2005**

Uma análise dos partos ocorridos na microrregião de Baturité, considerando origem e destino, mostra que, à exceção de Guaramiranga, quase todos os partos são realizados no próprio município de origem. O município de Guaramiranga realizou apenas 180 dos 391 partos, o que significa um percentual de apenas 46,03%, dos partos com pacientes que tinham Guaramiranga como origem, no entanto os encaminhamentos foram na sua grande maioria para o município de Pacoti o seu município de referência, (Quadro 37).

<b>ORIGEM</b>	<b>Aracoiaba</b>	<b>Aratuba</b>	<b>Capistrano</b>	<b>Guaramiranga</b>	<b>Itapiúna</b>	<b>Mulungu</b>	<b>Pacoti</b>	<b>Total Geral</b>
Aracoiaba	2.095		1					2.096
Aratuba	10	1.075	42			25		1.152
Baturité	15	1	10		1			27
Capistrano	23	1	1.193		10			1.227
Guaramiranga	2			180		4	205	391
Itapiúna	6	14	7		773			800
Mulungu	10			1		701	3	715
Pacoti	2			1			1.167	1.170
<b>Total Geral</b>	<b>2163</b>	<b>1091</b>	<b>1253</b>	<b>182</b>	<b>784</b>	<b>730</b>	<b>1375</b>	<b>7.578</b>

Fonte:SIH-SUS/SESA/CE

**Quadro 37 - Parto normais – origem e destino: microrregião de Baturité**

Nesta análise, do fluxo de partos, observa-se, que os partos ocorridos nos hospitais classificados como ‘amigo da criança’ são quase, a mesma quantidade de partos, realizados em hospitais sem esta classificação. Nos quadros 38 e 39 estão discriminados os números de partos realizados nos municípios de Baturité e Itapiúna onde se observa que o número de partos apresenta aumento considerando a origem de todos os municípios.

<b>ORIGEM</b>	<b>1997</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>Total Geral</b>
Aracoiaba	29	31	30	33	39	104	67	35	72	440
Aratuba	22	28	27	40	55	57	54	54	92	429
Baturite	294	528	478	462	451	408	307	302	370	3600
Capistrano	51	84	43	61	62	110	49	63	109	632
Guaramiranga	16	23	34	20	31	45	59	41	60	329
Itapiuna	10	16	17	27	37	55	40	37	87	326
Mulungu	20	38	36	38	47	52	57	46	66	400
Pacoti	8	14	15	12	12	28	20	36	36	181
<b>Total Geral</b>	<b>450</b>	<b>762</b>	<b>680</b>	<b>693</b>	<b>734</b>	<b>859</b>	<b>653</b>	<b>614</b>	<b>892</b>	<b>6337</b>

Fonte: SIH-SUS/SESA/CE

**Quadro 38 - Parto normal em hospital amigo da criança: microrregião de Baturité: 1997 a 2005**

<b>ORIGEM</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>Total Geral</b>
Aracoiaba							
Aratuba							
Baturite							
Capistrano		1			1		2
Guaramiranga							
Itapiuna	22	178	184	182	160	221	947
Mulungu							
Pacoti							
<b>Total Geral</b>	<b>22</b>	<b>179</b>	<b>184</b>	<b>182</b>	<b>161</b>	<b>221</b>	<b>949</b>

Fonte: SIH-SUS/SESA/CE

**Quadro 39 - Parto normal em hospital amigo da criança: microrregião de Baturité referente ao município de Itapiuna: 2000 a 2005**

O quadro 40 mostra o local de ocorrência dos partos, na microrregião de Baturité, relacionada ao município de origem. Nele pode-se observar que o município de Baturité foi responsável pela realização do maior número de partos (6.337) seguido por Aracoiaba (2.163) e em terceiro lugar vem Itapiúna com 1.733 partos realizados. Guaramiranga e Mulungú se apresentam como os municípios onde foram realizados os menores números de parto com 182 e 730 respectivamente.

<b>Município de origem</b>	<b>Município de destino</b>								<b>Total</b>
	<b>Aracoiaba</b>	<b>Aratuba</b>	<b>Baturité</b>	<b>Capistrano</b>	<b>Guaramiranga</b>	<b>Itapiúna</b>	<b>Mulungu</b>	<b>Pacoti</b>	
Aracoiaba	2.095		440	1					2.536
Aratuba	10	1.075	429	42			25		1.581
Baturité	15	1	3.600	10		1			3.627
Capistrano	23	1	632	1.193		12			1.861
Guaramiranga	2		329		180		4	205	720
Itapiúna	6	14	326	7		1720			2.073
Mulungu	10		400		1		701	3	1.115
Pacoti	2		181		1			1.167	1.351
<b>Total</b>	<b>2.163</b>	<b>1.091</b>	<b>6.337</b>	<b>1.253</b>	<b>182</b>	<b>1.733</b>	<b>730</b>	<b>1.375</b>	<b>14.864</b>

Fonte: SIH-SUS/SESA-CE

**Quadro 40- Fluxo de parto: municípios microrregião Baturité -1997 a 2005**

Uma análise, ainda no quadro 40, dos partos ocorridos nos municípios da microrregião de Baturité, observando-se o local de ocorrência como o mesmo local de origem mostra que os municípios de Baturité, Pacoti, Itapiúna e Aratuba apresentam uma boa capacidade instalada para este procedimento. Enquanto Guaramiranga, Mulungu e Capistrano são os municípios que apresentam o menor número de realização de partos considerando pacientes do próprio município.

2. Internações ocorridas na microrregião de Baturité de não residentes na microrregião/ (invasões);

No período de 1997 a 2005, ocorreram 877 internações na microrregião de Baturité de pacientes oriundos de outras microrregiões. Estas internações se distribuíram ao longo do período de forma decrescente. Conforme o Quadro 41 nos mostra, 17,10% destas internações ocorreram no ano de 1997, enquanto em 2005 somente 3,53% das internações, o que também significa que em 2005 o número de internação foi 79% menor em relação ao ano de 1997.

<b>Ano</b>	<b>1997</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>Total geral</b>
Quantidade	150	132	187	128	90	61	47	51	31	877

Fonte: SIH-SUS/SESA/CE

**Quadro 41 - Internações de pacientes de outras microrregiões internados na microrregião de Baturité: 1997 a 2005.**

A origem dos pacientes de outras microrregiões, internados na microrregião de Baturité, está discriminada no quadro 42. Este mostra que o maior número de invasão foi de pacientes oriundos das microrregiões V, I e III, correspondendo a 85,97% de todas as invasões.

<b>Microrregião de Origem</b>	<b>Invasão</b>	<b>%</b>
Desconhecida	25	2,8
I	172	19,61
II	9	1,03
III	119	13,57
V	463	52,79
VI; VII; XIII; XVII; XIX; XX e XXI	8	0,91
VIII	81	9,24
Total	877	1000

Fonte:SIH-SUS/SESA/CE

**Quadro 42 - Invasão microrregião de Baturité: 1997 a 2005**

A microrregião V foi responsável por 52,79% (463) das invasões, sendo que o município de Canindé foi responsável pelo maior número de invasão, com 446 casos, o que corresponde a 96,33% das invasões, observado no Quadro 43. O maior número destas invasões ocorreram no município de Aratuba, correspondendo a 416 (93,27%) casos. Este fato pode ser explicado pela proximidade geográfica e facilidade de acesso uma vez que estas duas cidades são vizinhas.

<b>Município de origem</b>	<b>Município de destino</b>					<b>Total</b>
	<b>Aracoiaba</b>	<b>Aratuba</b>	<b>Baturité</b>	<b>Mulungu</b>	<b>Pacoti</b>	
Canindé	2	416	18	7	3	446
Caridade		2	3	7	1	13
Itatira		1				1
Paramoti	1		1		1	3
Total	3	419	22	14	5	463

Fonte: SIH-SUS/SESA/CE

**Quadro43 - Invasão V microrregião: municípios de origem e destino; 1997 a 2005**

A microrregião responsável pelo segundo maior número de invasão foi a microrregião I, com 172 (19,61%) dos casos, discriminados no Quadro 44 segundo municípios de origem e destino.

Município de origem	Municípios de destino							Total	%
	Aracoiaba	Aratuba	Baturité	Guaramiranga	Itapiúna	Mulungu	Pacoti		
Aquiraz	1					1	1	3	1,74
Chrozinho	1		2					3	1,74
Fortaleza	5	4	57	2	23	5	10	106	61,63
Horizonte	2	3						5	2,91
Ocara	44		6					50	29,07
Pacajus	1		3				1	5	2,91
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>7</b>	<b>68</b>	<b>2</b>	<b>23</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>172</b>	<b>100</b>

Fonte: SIH-SUS/SESA/CE

**Quadro 44 - Invasão microrregião de Baturité por municípios da microrregião I -1997 a 2005**

Pelo que se constata no quadro 44, os municípios de Fortaleza e Ocara são responsáveis pelo maior percentual de invasão, com 61,63 e 29,07% respectivamente que significa 90,7% das invasões. Observa-se ainda que os municípios de Baturité e Aracoiaba foram os municípios mais invadidos, respectivamente com 68 (39,53%) e 54 (31,39%) casos, significando um percentual de invasão de 69,92%. Os municípios de Baturité e Itapiúna foram os municípios que mais receberam pacientes de Fortaleza. Ocara foi o município que mais invadiu Aracoiaba, contribuindo com 44 casos, o que significa 81,48% das invasões ocorridas neste município.

Quanto à análise das causas destas invasões, observa-se que, das dez principais causas de invasão de Aratuba pelo município de Canindé, no período de 1997 a 2005, o parto normal mostrou ser a principal causa (ver Quadro 45), sendo responsável por 29,87% das invasões de Canindé em Aratuba. É ainda a única causa de invasão que se mantém, de forma contínua em todos os anos, embora em decréscimo quando se analisa ano a ano ( SIH –SUS/SESA/CE).

<b>Causas internação.</b>	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>
Parto normal	124	29,81
Crise asmática	38	9,13
Pneumonia bacteriana	34	8,17
Enteroinfecções clínica medica	32	7,70
Broncopneumonia	22	5,30
Lesões superficial infectada	21	5,05
Enteroinfecção em lactente	12	2,88
Enteroinfecções pediátrica	10	2,40
Estreptococcias clinicamedica	9	2,16
Outras afecções aparelho genito-urinário	9	2,16
Outras	105	25,24
<b>Total</b>	<b>416</b>	<b>100</b>

Fonte:SIH-SUS/SESA/CE

**Quadro 45 - Principais causas de invasão em Aratuba pelo município de Canindé: 1997 a 2005**

As causas de invasão de Fortaleza em Baturité estão relacionadas com atenção à saúde da mulher, quando 25 (36,76%) das internações foram por parto normal, 12 (17,65%) de cesárea e 5 (7,35%) de curetagem pós aborto. Contudo, apresenta também, no cômputo geral, um decréscimo de invasão, no decorrer do período, quando em 2005 ocorreram somente 5,26 das invasões em comparação a 15,76% de 1997. As invasões para Itapiúna apresentam como principal causa de invasão o parto normal, com 26,08% (6) das causas que, embora se apresente como causa de maior frequência, a última ocorreu no ano 2000, e as últimas aconteceram em 2003, sendo uma vasectomia e um trabalho prematuro de parto. Para Pacoti, também, o parto normal se apresenta como a causa mais importante de invasão, com 3 partos (30%), o último tendo ocorrido em 2001. (SIH-SUS/SESA/CE)

O segundo município da microrregião I que mais contribuiu com invasão foi Ocara, com 44 casos para Aracoiaba, apresentando como principais causas os procedimentos cirúrgicos, sendo 8 (18,18%) laqueaduras tubárias, 5 (11,36%) histerectomias. As invasões para Baturité também foram, principalmente, relacionadas à atenção à saúde da mulher, com 1 parto normal e 3 cesáreas dentre as 6 invasões que ocorreram

A microrregião III também contribui com invasão para a microrregião de Baturité conforme discriminado no quadro 46.

Município de origem	Municípios de destino						Total	%
	Aracoiaba	Aratuba	Baturité	Guaramiranga	Mulungu	Pacoti		
Acarape	8		3				11	9,25
Barreira	14		3				17	14,29
Guaiuba	1		1				2	1,68
Maracanaú	1		5		1	1	8	6,72
Maranguape	1	1	1	1		1	5	4,20
Pacatuba			1				1	0,84
Palmácia	1		2			9	12	10,08
Redenção	38		16			9	63	52,94
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>1</b>	<b>32</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>20</b>	<b>119</b>	<b>100</b>

Fonte: SIH-SUS/SESA/CE

**Quadro 46 - Invasão microrregião de Baturité pela microrregião III: 1997 a 2005**

Pelo que se observa, os municípios com maior número de invasões foram os municípios de Redenção, com 53,94%, e Barreiras, com 14,29%, e as cidades mais invadidas foram Aracoiaba e Baturité, com 53,78 e 26,89% respectivamente, significando 80,67% das invasões desta microrregião. O município de Pacoti também apresenta um percentual considerável de 16,80% de invasão pelos municípios de Palmácia e também Redenção.

As invasões de Redenção em Aracoiaba, embora signifique o maior percentual de invasão, aconteceram por causas variadas, de forma dispersa ao longo dos anos, apresentado apenas 5 invasões nos anos de 2004 e 2005. As causas de maiores concentrações foram parto normal, compreendendo 13,15% das invasões e enteroinfecção também com 13,15%. As invasões em maior número aconteceram nos anos de 1999 e 2000 cada uma 26,31% do total das internações do período.

As internações em Baturité de pacientes de Redenção apresentavam com causa principal parto normal (31,25%) e curetagem pós-aborto com 18,75% das invasões.

As invasões de Barreira em Aracoiaba apresentaram 78,57% das causas relacionadas a traumatologia , mesmo assim, em 2005, não ocorreu nenhuma invasão e em 2004 apenas uma invasão (SIH-SUS/SESA/CE).

3. Internações ocorridas fora da microrregião de Baturité de residentes nesta microrregião (evasões).

No período de 1997 a 2005 ocorreram 16.590 internações de pacientes da microrregião de Baturité em outras microrregiões, discriminadas no quadro 47 onde se verifica que o maior número destas evasões foi para microrregião I, com um percentual de 96,5%

<b>CERES de destino</b>	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>
I	16.016	96,5
II	4	0,024
III	408	2,46
V	19	0,11
VII	1	0,006
VIII	58	0,35
IX	1	0,006
X	1	0,006
XI	2	0,012
XII	5	0,30
XIII	2	0,012
XV	1	0,006
XVI	1	0,006
XVIII	58	0,35
XIX	6	0,036
XX	3	0,18
XXI	4	0,024
<b>Total</b>	<b>16.590</b>	<b>100</b>

Fonte:SIH-SUS/SESA/CE

**Quadro 47: Internações ocorridas em outras CERES com pacientes da IV CERES: 1997 a 2005**

Uma análise sobre a origem destas evasões está discriminada no quadro 48 mostrando que a evasão foi de forma predominante para o município de Fortaleza, com 98,27% das evasões. Os municípios de Guaramiranga, Mulungu e Pacoti são os que menos encaminharam pacientes para Fortaleza, pois cada um contribuiu com menos de 10%. Os municípios de Baturité, Aracoiaba e Capistrano são os municípios que mais contribuíram para estas evasões, com 26,85, 17,55 e 12,64%, respectivamente, e significando 57,04% do total de evasões. Os municípios de Itapiúna e Aratuba contribuíram juntos com 22,64% das evasões.

Municípios de origem	Municípios de destino				Total	%
	Eusébio	Fortaleza	Ocara	Pacajus		
Aracoiaba		2.536	240	34	2.810	17,55
Aratuba		1.659			1.659	10,36
Baturité		4.298		1	4.299	26,85
Capistrano		2.024			2.024	12,64
Guaramiranga		835			835	5,21
Itapiúna		1.966		1	1.967	12,28
Mulungu		1.058			1.058	6,60
Pacoti	1	1.363			1.363	8,51
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>15.739</b>	<b>240</b>	<b>36</b>	<b>16.016</b>	<b>100</b>

Fonte: SIH-SUS/SESA/CE

**Quadro 48 - Evasões microregião de Baturité: 1997 a 2005**

As principais causas de evasão de todos os municípios, para Fortaleza, estão discriminadas no quadro 49 onde se observa que tratamento em psiquiatria ocupa o primeiro lugar, com 7,36%. Chama atenção o fato de parto normal está em segunda colocação, embora, dentre estes, esteja incluindo aquele em gestante de alto risco, que representa 3,32% (192) do total de partos. Cesárea também se apresenta como causa importante de evasão mesmo considerando-se as cesáreas em gestantes de alto risco que, neste total, significa 38,95% (201) das cesáreas encaminhadas para Fortaleza (SIA-SUS/SESA/CE).

<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
1. Tratamento em psiquiatria	1158	7,36
2. Parto normal	523	3,32
3. Insuficiência cardíaca	517	3,28
4. Cesárea.	516	3,27
5. Perdas subst.cutanea	336	2,13
6. Prematuridade	327	2,07
7. Pneumonia lactente	265	1,68
8. AVC agudo	244	1,55
9. Laparotomia exploradora	216.	1,37
10. Tratamento conservador TCE	210	1,33
11. Pneumonia adulta	169	1,07
12. Septicemia pediatria	161	1,02
13. Redução cirúrgica fratura ossos antebraço	148	0,94
14. Insuficiência coronariana aguda	148	0,94
15. Intercorrência clinica paciente oncológico	143	0,90
16. Apedicectomia	140	0,88
17. Infarto agudo do miocárdio	135	0,85
18. Toracotomia drenagem fechada	125	0,79
19. Redução cirúrgica diáfise tíbia fixação	121	0,76
20. Hemorragia digestiva	119	0,75
Outras	10018	63,65
<b>Total</b>	<b>15.739</b>	<b>100,00</b>

Fonte: SIH-SUS/SESA/CE

Quadro 49- Principais causas de evasão da Microrregião de Baturité para Fortaleza: 1997 a 2005

Uma análise das principais causas de evasão para Fortaleza, considerando os municípios de origem, está configurada no quadro 50.

<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>	<b>Aracoiaba</b>	<b>Aratuba</b>	<b>Baturité</b>	<b>Capistrano</b>	<b>Guaramiranga</b>	<b>Itapiúna</b>	<b>Mulungu</b>	<b>Pacoti</b>	<b>Total</b>
Tratamento em psiquiatria	223	102	421	129	75	147	50	11	1158
Parto normal	88	63	123	60	40	89	33	27	523
Insuficiência cardíaca	85	24	168	96	21	50	33	40	517
Cesárea.	76	55	108	69	34	84	38	52	516
Perdas subst.cutanea	48	47	84	50	16	34	21	36	336
Prematuridade	50	26	85	34	23	71	18	20	327
Pneumonia lactente	42	42	66	33	17	32	15	18	265
AVC agudo	48	24	61	31	9	33	21	17	244
Laparotomia exploradora	42	35	47	33	12	22	8	17	216
Tratamento conservador TCE	36	20	53	21	14	24	19	23	210
Pneumonia adulta	28	16	48	21	8	29	14	5	169
Septicemia pediatria	19	21	41	27	1	22	12	18	161
Redução cirúrgica fratura ossos antebraço	28	11	33	28	3	27	5	13	148
Insuficiência coronariana aguda	32	12	37	17	12	15	10	13	148
Intercorrência clinica paciente oncológico	23	20	45	14	8	17	7	9	143
Apedicectomia	15	19	34	15	13	23	7	14	140
Infarto agudo do miocárdio	25	6	45	12	8	17	10	12	135
Toracotomia drenagem fechada	22	10	45	17	2	14	6	9	125
Redução cirúrgica diáfise tíbia fixação	13	9	33	20	9	20	7	10	121
Hemorragia digestiva	20	15	38	15	6	13	8	4	119
Outras	1573	1082	2683	1282	504	1183	716	995	10018
<b>Total</b>	<b>2.536</b>	<b>1659</b>	<b>4298</b>	<b>2024</b>	<b>835</b>	<b>1966</b>	<b>1058</b>	<b>1363</b>	<b>15739</b>

Fonte: SIH – SUS/ SESA-CE

Quadro 50 - Principais causas de evasão da Microrregião de Baturité para Fortaleza:1997 a 2005

Baturité foi o município responsável pelo maior número de evasão em tratamento em psiquiatria, com 36,35% (421), seguido de Aracoiaba, com 19,25%(223). A segunda maior causa de evasão, parto normal, também apresenta Baturité como o principal responsável, com 23,51% (123) do total de evasão, seguido por Itapiúna, com 17,02% ( 89).

A análise realizada nos induz a algumas conclusões:

- O fluxo de internação entre os municípios mantém uma coerência com a proposta da regionalização e hierarquização da microrregião, quando os municípios maiores internam mais pacientes dos outros municípios em concordância com a proposta de referência;
- Todos os municípios parecem dar uma boa resposta para suas necessidades quando as internações são na grande maioria de origem do próprio município;
- Aracoiaba e Baturité são os municípios que mais internam pacientes de outros municípios com causas compatíveis aos perfis estabelecidos na regionalização;
- O aumento progressivo de internações de pacientes residentes nos outros municípios da microrregião aponta para a consolidação de Aracoiaba e Baturité como os pólos de referência, como proposto;
- As invasões que ocorreram por municípios de outras microrregiões apresentavam causas compatíveis com os perfis de referência de Aracoiaba e Baturité;
- A diminuição do número de invasões na microrregião pode indicar uma melhor organização também de outras microrregiões;

#### 4.3. O MODELO DE ATENÇÃO

O resgate da concepção da saúde como produção social vem ganhando destaque, no campo da saúde pública, e assim vem se buscando desenvolver políticas públicas e ações de âmbito coletivo. Desta forma, estas ações extrapolam a prestação de serviços clínico-assistenciais, na direção de ações intersetoriais que envolvam a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, entre outros determinantes sociais da saúde (Sicoli, 2003).

A compreensão de que saúde e doença são estados de um mesmo processo, de que não são pontuais e que, portanto, existem gradientes que vão definir o perfil epidemiológico, configura-se de fundamental importância para superar o maniqueísmo do setor. Da mesma forma depende de fatores em permanente interação a imprescindibilidade de conhecer, monitorar, analisar e intervir.

No centro desta questão, o grande avanço se apresenta na proposta de transformação do modelo de gestão e atenção, para um modelo assistencial com enfoque na saúde, de abrangência coletiva, de compreensão multicausal, calcado no processo saúde/ doença com trabalho em equipe numa rede de serviços, multisetorial e dinâmico. Este modelo deveria se sobrepôr ao modelo antigo, que se caracterizava por apresentar enfoque na doença, abrangência individual, unicausal, calcado no biologismo, portanto hospitocêntrica, unisetorial e estático.

O novo modelo assistencial, contemporaneamente, é aquele em que se busca uma forma de organização dos serviços e um modo de organização das práticas sanitárias que atenda uma nova organização do processo de trabalho para o enfrentamento dos problemas num dado território, considerando estes problemas em períodos diferentes do processo saúde-doença (MENDES, 1993).

O modelo de atenção à saúde que vem se conformando a partir dos princípios constitucionais e da legislação que rege o Sistema Único de Saúde (SUS) fortalece o princípio da integralidade, prioriza as ações preventivas e promocionais, a universalização da assistência nos níveis ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico e terapêutico.

Este novo modelo comporta não só os avanços teóricos da área como também incorpora a relação, atualmente de consenso, entre política e configuração sistêmica de saúde e de serviços. Nessa linha de raciocínio, deve comportar também os conceitos de enfermidade

e doença, compreendendo que o campo da saúde está configurado pelo meio ambiente, estilo de vida, biologia humana e sistema de organização dos cuidados de saúde.

Nesta perspectiva as proposta de distritalização, de ações programáticas de saúde, de vigilância em saúde e de municípios saudáveis, como a adoção dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família (PACS/PSF) são vistas como espaços potenciais de mudança das práticas de saúde (PAIM, 1993).

O processo de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil tem contemplado a implementação de um conjunto de estratégias de mudança do financiamento, da gestão e da organização da produção de serviços. O processo de municipalização, ao se definirem as competências entre os níveis de governo do SUS, significou a conformação de sistemas municipais de saúde.

A partir do debate que se estabeleceu em torno do financiamento e gestão do SUS, o Ministério da Saúde desenvolveu a estratégia de Saúde da Família, hoje considerada o eixo do processo de reorganização dos serviços básicos no SUS.

A NOB – SUS - 01/96 introduziu diversos fatores de estímulo, dentre outros, a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) e as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, o que possibilitou que os municípios desenvolvessem condições de articular, de alguma forma, o conjunto das propostas, programas e estratégias definidas no nível federal para reorientação do modelo assistencial.

O Estado do Ceará vem, desde 1987, desenvolvendo uma série de iniciativas na perspectiva de descentralizar os serviços e ações de saúde e organizar novas práticas sanitárias. Neste sentido, em 1994, implantou o Programa de Saúde da Família, na perspectiva de construir um novo modelo assistencial que, em consonância com o SUS, assegurasse o atendimento integral à saúde de toda a população, de forma universal e equânime.

Neste trabalho pretende-se tanto identificar mudanças no modelo de atenção à saúde através de novas formas de organização das práticas sanitárias quanto identificar melhoria no acesso e na qualidade do atendimento através da avaliação da produção de serviços. Analisam-se ainda as ações programáticas de saúde da mulher, da criança, atendimento ao hipertenso e controle de tuberculose na perspectiva de identificar mudanças no modelo de atenção que contemple a promoção da saúde.

#### 4.3.1 O Programa de Saúde da Família

A estratégia do Programa de Saúde da Família, estabelecida como uma importante diretriz para a organização da atenção primária, quando da implantação das Microrregiões de Saúde, apresentava, no ano de 2005, um percentual médio de cobertura de atendimento de 85%, variando esta cobertura entre 72 e 100%. (Conferir Tabela 13).

**Tabela 13 – Cobertura do PSF : Microrregião de Baturité: 2006**

<b>Município</b>	<b>No. de Equipes funcionando</b>	<b>% de cobertura</b>
Aracoiaba	6	72
Aratuba	5	100
Baturité	8	78
Capistrano	5	100
Guaramiranga	2	100
Itapiúna	5	81
Mulungu	4	100
Pacoti	5	100
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>85</b>

Fonte: Núcleo de Apoio à Organização dos Níveis de Atenção à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde/CE

Contudo, no que pese a alta rotatividade dos médicos do PSF, as informações colhidas junto os(as) Secretários(as) municipais de Saúde dão conta de que não existe, nestes municípios, nenhuma unidade básica de saúde sem equipes do PSF, muito embora, para alguns municípios, seja reconhecida que “tem áreas que tem mais de 1.000 famílias, então

(está) necessitando fazer uma nova territorialização para aumentar o número de equipes, para dar uma cobertura melhor e conseqüentemente uma melhor assistência à saúde na atenção básica”(Secretário). Também há o reconhecimento de que “existe postinho de atendimento, posto de apoio à equipe de saúde da família, porque a unidade básica ela é mais complexa, ela tem uma estrutura melhor, pelo menos é para ter uma estrutura melhor. (Então) nós temos [...] unidades básicas de saúde da família e temos [...] unidades de apoio as equipes de saúde da família”(Secretário). A explicação da necessidade e função destas unidades de apoio é dada “porque a equipe não fica centralizada numa única unidade básica, na unidade básica de maior estrutura, esta unidade básica está sempre localizada numa maior área com a população maior, mas, próximo a ela existem outras localidades que fica difícil o acesso daquela população [...], então a gente fez uns postinhos de apoio que é uma estrutura mínima, com um consultório médico, um consultório de enfermagem e uma sala de procedimentos, um SAME e a recepção e as pessoas são atendidas lá ou na unidade, na sede do PSF” (Secretário) e assim, a equipe é deslocada para estas unidades, geralmente uma vez por semana, para atender a esta comunidade. Esta situação foi explicitada para quatro municípios.

Em relação à existência de um território definido de atuação das equipes do PSF, para cinco municípios, foi identificada, pela própria gestora, a necessidade de redefinir este território considerando que “já está defasado” (Secretário) ou “que a gente percebe que algumas comunidades que estão num determinado território podem ser puxadas para outro, a própria distribuição do agente de saúde que é também um membro da equipe do PSF tem que ser melhorada, alguns com 200 famílias, outras com 50 famílias” (Secretário).

A identificação dos principais problemas de saúde e situações de risco nos municípios não é do conhecimento de três gestores municipais, outra gestora assim se refere ao processo de territorialização “eu não sei se este processo aconteceu, mas pelo menos esses meses que eu passei lá eu, em termos de operacionalização de ações básicas não deu para eu perceber”

(Secretária), apenas um gestora assim se referiu ao processo “construímos mapas, daqueles bem trabalhado e fazendo desenhinho, onde passavam os rios, aonde tinham problemas, quais as doenças mais frequentes” (Secretária). Para outra gestora “nosso plano de saúde é feito baseado nisso, no estudo epidemiológico” (Secretário). E um gestor informou “nós começamos a trabalhar na elaboração de um diagnóstico, estamos trabalhando” (Secretário).

Embora, pelo exposto, seja passível uma conclusão de que não houve uma identificação dos principais problemas dos municípios, a partir do processo de territorialização, os gestores municipais, de alguma forma, identificaram problemas que consideraram prioritários nos seus municípios, muito embora não tenha se tornado visível uma forma de enfrentamento mais sistematizado.

Dois municípios identificaram como principal problema uma elevada mortalidade infantil, sendo que, em um município, a principal causa foi creditada ao baixo índice de aleitamento materno e outro devido a prematuridade. A falta de saneamento básico foi identificada como grande problema em dois municípios, sendo que, em um município, esta falta de saneamento era concomitante com algumas endemias. O elevado número de internações por pneumonia foi identificado como grande problema em um município, a hipertensão arterial em dois municípios sendo que esta morbidade foi identificada juntamente com muitos casos de diabetes num mesmo município. A leishmaniose foi citada como grande problema em dois municípios.

Numa análise de alguns itens da programação do SIA-SUS no período de 2000 a 2005 mostra que, no ano de 2000, foram realizados 539.750 atendimentos em ações básicas com um desempenho de cobertura de 4.05 atendimentos básico por habitante/ano, enquanto em 2005 os atendimentos em ações básicas foram de 657.084 com um desempenho de cobertura de 4,95, o que significa um aumento em 21,7 e 20,74% respectivamente. Também chama atenção o incremento de 917,29% em ações especializadas em odontologia, no período em

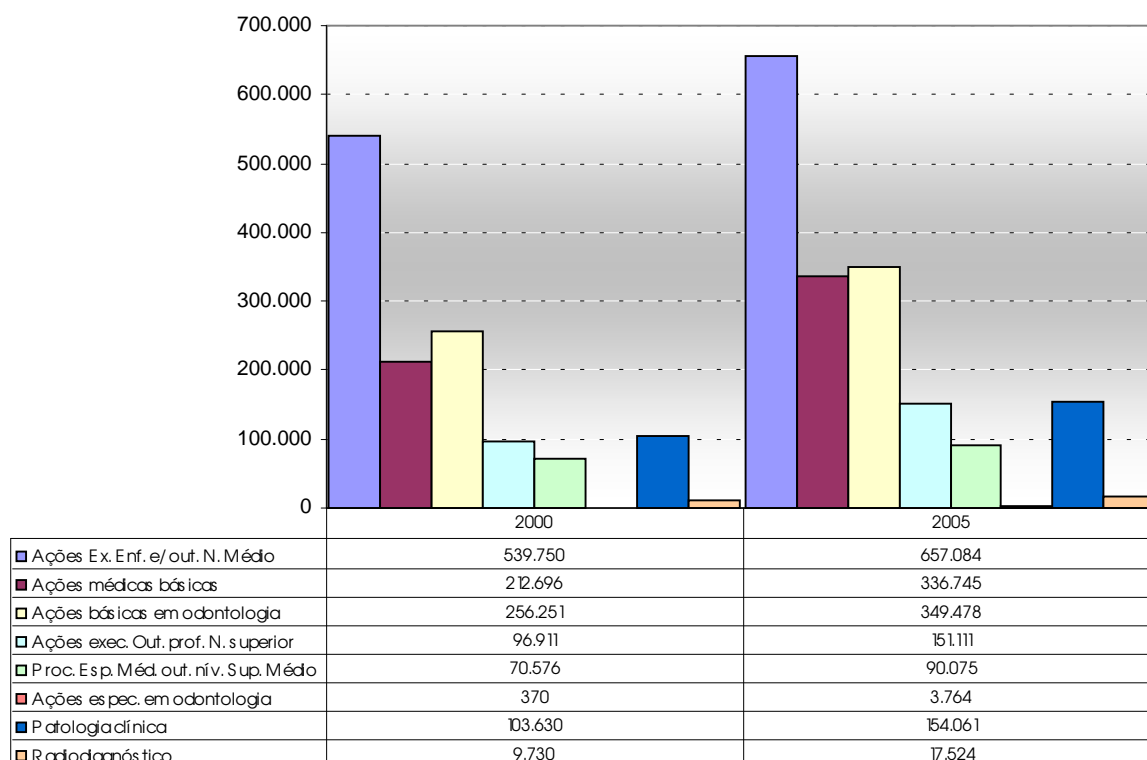
estudo. Os exames em patologia clínica e radiodiagnóstico apresentam um aumento de 48,66 e 43,24% respectivamente, no período em estudo. (Conferir Tabela 14).

**Tabela 14 - Produção e Cobertura/desempenho SIA-SUS microrregião de Baturité - 2000 e 2005**

Item de Programação	2000		2005		Incremento (%)	
	Proced.	Cob/Des	Proced.	Cob/Des	Proced.	Cob/Des
Ações Ex. Enf. e/ out. N. Médio	539.750	4,05	657.084	4,95	21,7	20,74
Ações médicas básicas	212.696	1,75	336.745	2,60	58,32	48
Ações básicas em odontologia	256.251	2,31	349.478	2,89	36,38	25,1
Ações exec. Out. prof. N. superior	96.911	0,68	151.111	1,13	55,92	66,17
Proc. Esp. Méd. out. nív. Sup. Médio	70.576	0,43	90.075	0,55	27,62	27,9
Ações espec. em odontologia	370	0,005	3.764	0,05	917,29	700
Patologia clínica	103.630	0	154.061	1,03	48,66	43,24
Radiodiagnóstico	9.730	0,05	17.524	0,19	80,1	260

Fonte: SIA/SUS

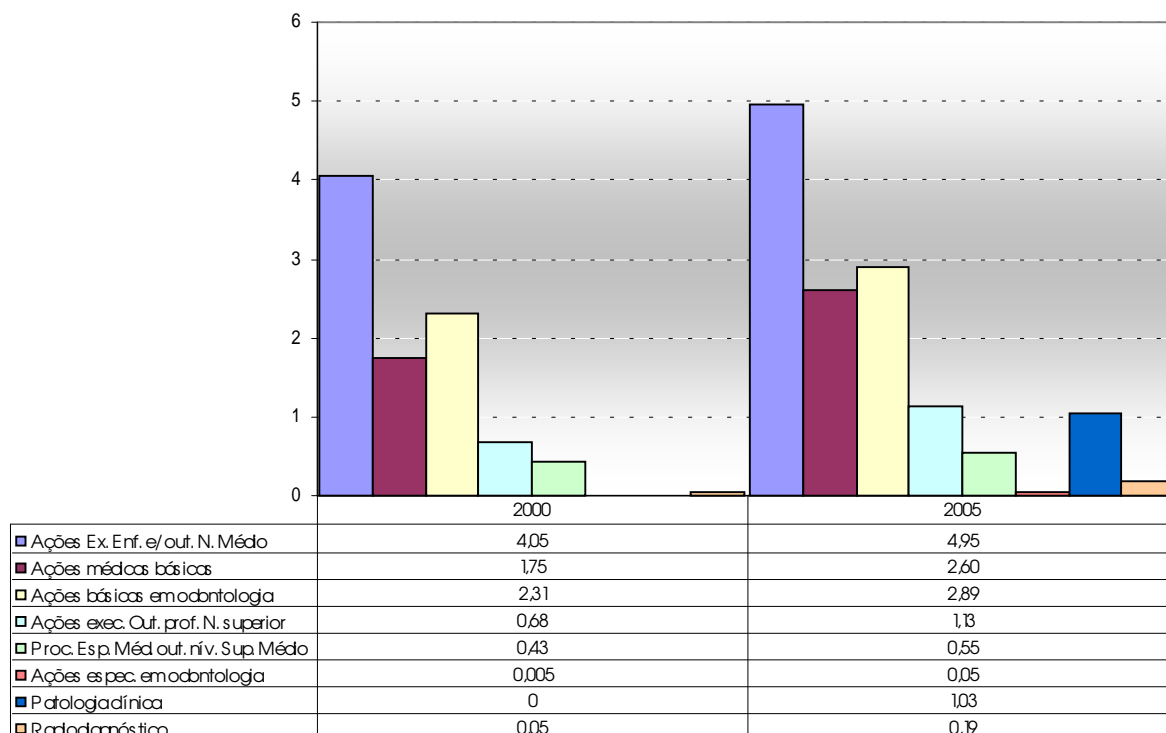
A análise do desempenho por item de programação é melhor observada nos gráficos 1 e 2. No gráfico 1, observa-se um aumento de produção em todos os itens analisados no ano de 2005 comparado ao ano de 2000.



Fonte: SIA/SUS

**Gráfico 1 - Comparativo de Procedimentos SIA/SUS - 2000 – 2005**

O gráfico 2 apresenta a cobertura/desempenho comparada entre os anos 2000 e 2005 quando se observa um aumento também em termo de cobertura/desempenho.



Fonte: SIA/SUS

**Gráfico 2 - Comparativo de Cobertura/Desempenho SIA/SUS - 2000 - 2005**

A estrutura de serviços de saúde na microrregião de Baturité apresentou mudanças significativas se considerarmos o período de 1997 a 2005. O número de Postos de Saúde sofreu uma redução, passando de 35 em 1998 para 29 em 2005, enquanto o número de Centros de Saúde foi incrementado em 272, 72%, passando de um total de 11 no ano de 1998 para 41 no ano 2005. O total de leitos hospitalares, de 339 em 1998 passou para 230 em 2005 o que significa uma redução de 33,03%. (Verificar Tabela 15)

**Tabela 15 - Estrutura de Serviços de Saúde dos municípios da microrregião de Baturité: 1998 – 2005**

Município	Posto de Saúde			Centro de Saúde			Leito hospitalar		
	1998	2005	%	1998	2005	%	1998	2005	%
Aracoiaba	8	5	-37,5	1	7	600	84	66	-21,42
Aratuba	5	3	-40	1	5	400	30	11	0
Baturité	6	8	33,3	1	7	600	92	66	-22,82
Capistrano	4	2	-50	1	8	700	20	18	-10
Guaramiranga	1	1	0	1	2	100	14	5	-64,28
Itapiúna	6	6	0	4**	3	-25	45	29	-35,55
Mulungu	0	-	0	1	4	300	22	18	0
Pacoti	5	4	-20	1	5	400	32	17	-1,38
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>29</b>	<b>-17,14</b>	<b>11</b>	<b>41</b>	<b>272,72</b>	<b>339</b>	<b>230</b>	<b>-33,03</b>

Fonte: IDB Ceará, v. 3, p. 44, 2005; Relatórios de Gestão e Planos Municipais

\* Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde/2002

\*\* UBASF

Os leitos estão distribuídos nos municípios de referência no atendimento secundário de acordo com as clínicas básicas, conforme Tabela 16.

**Tabela 16 - Leitos hospitalares/especialidades: Microrregião de Baturité - 2005**

Município	Aracoiaba	Aratuba	Baturité	Capistrano	Guaramiranga	Itapiúna	Mulungu	Pacoti	Total
Cirurgia Geral	14	-	9	-	-	4	-	-	27
Orto. Traumat.	12								12
Cl. Geral	17	5	18	12	2	10	12	11	87
Obst. Cirurg.	3	-	6	-	-	-	-	-	9
Óbst. Clínica	8	2	13	2	1	5	-	-	31
Ped. Clínica	12	3	19	4	2	10	6	6	62
Tisiologia		1							1
Crônicos			1						1
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>11</b>	<b>66</b>	<b>18</b>	<b>5</b>	<b>29</b>	<b>18</b>	<b>17</b>	<b>230</b>

Fonte: <http://cnes.datasus.gov.br>

O número de equipes do Programa de Saúde da Família foi incrementado 90,5% considerando o período, nos diversos municípios da microrregião, como se observa na Tabela 17.

**Tabela 17 - Equipes do Programa de Saúde da Família: Microrregião de Baturité: 2006**

Município	Ano de implantação	No. equipes	Equipes PSF	
			2006	Incremento %)
Aracoiaba	1996	3	6	100
Aratuba	1997	2	5	150
Baturité	1994	3	8	166
Capistrano	1994	3	5	66,6
Guaramiranga	1998	2	2	100
Itapiúna	1994	3	5	66,6
Mulungu	2002	3	4	33,3
Pacoti	1998	2	5	150
<b>Total</b>		<b>21</b>	<b>40</b>	<b>90,5</b>

Fonte: SESA/CODAS/NUORG/Atenção Primária

A NOB - SUS – 1/93 estabelecia que os municípios que assumissem qualquer nível de gestão deveriam, de acordo com suas condições técnico-operacionais, além do outras responsabilidades, “incorporar à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilâncias epidemiológica e sanitária” e “desenvolver ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e assistência e reabilitação ao acidentado ou portador de deficiência ocasionada pelo trabalho”.

A estrutura administrativa destas Secretarias, a partir da observação dos seus organogramas, se apresenta, no mínimo, com três níveis hierárquicos e, à exceção de um município, para o qual não localizamos o organograma, existe um departamento, divisão ou coordenação de Vigilância à Saúde (Leis Municipais de nos. 677/2001- Aracoiaba; no. 108/97 – Aratuba; no. 1.457/92 – Baturité; no. 001/97 – Capistrano; no. 56/93 – Guaramiranga; no. 306/94 – Itapiúna e no. 941/97 – Pacoti). Este setor, responsável pela vigilância à saúde, deveria responder pela vigilância sanitária e epidemiológica e expressaria a intenção do município em assumir esta responsabilidade. No entanto, somente três municípios apresentaram produção em procedimentos básicos em Vigilância Sanitária no período de 2000 a 2005 (Tabela 18)

**Tabela 18 - Microrregião de Baturité: Procedimentos Básicos em Vigilância Sanitária: 2000 a 2005**

ANO	BATURITÉ		MULUNGU		PACOTI	
	Procedimento	Cob/Desemp	Procedimento	Cob/Desemp	Procedimento	Cob/Desemp
2000			234	0,03		
2001						
2002	552.929	0,02			1.648	0,15
2003	807	0,03			1.412	0,13
2004	619	0,02			834	0,07
2005	995	0,03			381	0,03

Fonte: SIA-SUS

Neste sentido, alguns entrevistados expuseram a dificuldade em desenvolver ações de educação em saúde “vale ressaltar que as pessoas não são muito chegadas a negócio de palestras, grupos, essas coisas, não [...] a gente tenta mudar e não consegue, eu já estive no PSF e agora estou de novo, vendo a resistência [...] a pessoa quer se consultar, receber o remédio e ir embora, ela não quer saber de uma educação em saúde, [...] (estava) fazendo um planejamento familiar [...] fez ficha, esta todo mundo esperando, a gente quer começar uma palestra, um esclarecimento [...] a gente sente que as pessoas não gostam muito [...] é muito difícil fazer educação em saúde, a cultura ainda é muito do curativo, de chegar o médico, sentar, fazer aquela consulta, e a pessoa pegar o remédio e ir embora” (Secretária) , ou ainda: “a gente ver mais aqueles grupos, é o pré-natal, aleitamento materno exclusivo, a imunização, sim os Hipertensos e diabéticos” (Secretária)

Ainda outro, em relação à dificuldade em formar grupos de educação em saúde assim coloca: “é incentivada, mais não sei porque as equipes ainda não tiveram essa boa vontade, eu acho que está faltando a vontade das equipes de saúde fazer isso, porque o apoio logístico está sendo dado pela secretaria de saúde, mais ainda não existe” (Secretário).

Para muitos a idéia da vigilância à saúde ainda está muito focada na rotina, nas ações da proteção específica, assim se expressando a respeito da execução de procedimentos de vigilância à saúde: (Secretário): “mais ou menos” [...] “Na saúde da criança, imunização é a menina dos olhos, então a gente está muito vigilante, todas as crianças de 0 a 5 anos elas são

listadas de forma nominal, quem for nascendo vai acrescentado, na rotina de 0 a 2 anos todo agente de saúde sabe o nome” [...] “tem que saber o cartão, não vacinou por quê? Vai atrás, então é feito esta vigilância. Tuberculose e Hansen [...] a gente está procurando, está até achando, há uma busca ativa de casos” [...] “Então a vigilância á saúde ela é feita... a Saúde da Mulher” [...] “mas falta preservativo, isso é um fato, DIU nunca mais ninguém ouviu falar”, [...] Então Saúde da Mulher a gente ver, principalmente mortalidade, óbito de mulher em idade fértil, mas também imunização destas mulheres, a gente sempre está olhando o PNI” (Secretário) e outro assim se refere a procedimentos de vigilância à saúde : (Secretário): “uma ação que a gente notou que estava ineficaz e teve que fazer, por exemplo a vacina do idoso”. “A própria vacinação das crianças a gente está monitorando mês a mês, vendo quais são as equipes que estão atingindo as metas através do PNI e vendo as equipes que não atingiram, quais as estratégias para fazer a busca desses faltosos” (Secretário). Uma dificuldade citada para a formação de grupos de educação para a saúde foi o excesso de trabalho para as equipes quando reconhece: (Secretário): “ essa é uma grande deficiência nossa, mas eu acho que [...] por conta de uma sobrecarga muito grande em cima da equipe”. “A única coisa que eu vejo que ainda funciona mesmo é a questão do grupo de hipertensão e diabetes, porque elas acontecem mensalmente, aquela clientela ela vai e participa de alguma forma” (Secretário).

Mesmo assim há de se reconhecer esforços neste sentido quando da informação: “para a criança nós estamos trabalhando com um aspecto de família de risco e aí não entra só a criança, mas entra também a questão do risco como a família toda [...] foi feito um trabalho para se identificar o que era risco, o que é que os agentes de saúde achavam que era risco junto com as equipes do PSF. Chegaram a um consenso e começaram a enumerar um monte de coisa que era considerado riscos” [...] “na área da mulher, a gente também mapeia aquela mulher que é um risco ela continuar grávida, ela ter um outro filho, por um problema ou outro que ela já teve [...] hoje nós temos um cadastro de todos os pacientes acamados por algum

problema, por AVC, por qualquer outro problema no município. As equipes, elas tem conhecimento, tem visitas, mensalmente ou de acordo com a necessidade, mas nunca passa de um mês para o outro” (Secretária).

Também já se observa o esforço no sentido de um trabalho, senão interesetorial, pelo menos articulado com outros setores estratégicos para a saúde e que se expressa: “nos temos uma preocupação muito grande no trabalho preventivo, e para isso a gente faz uma parceria, nós trabalhamos a educação, a saúde, a assistência social e a cultura, [...] existe um projeto lá, é o projeto colméia, que trabalha a questão da auto-estima, de dança, de música, das crianças e adolescente”(Secretário) e também: “Trabalham nas escolas com o grupo de terceira idade, trabalham também com as gestantes. E nós temos também um trabalho com os desnutridos, as crianças que são detectadas desnutridas, que são poucas mais existe. Existe a nutricionista da educação que dá atendimento toda terça-feira no Centro de Saúde da sede do município, passa toda a parte de orientação nutricional [...] a gente compra toda a alimentação e faz o acompanhamento com a enfermeira, esse trabalho é de parceria” (Secretário)

#### **4.3.2 A atenção à criança**

Em relação ao atendimento à criança, utilizamos como análise os dados do SIAB sobre nascidos vivos pesados, criança com menos de 1 ano com vacina em dia, criança até 4 meses com aleitamento materno exclusivo.

Estes dados estão consolidados na Tabela 19, onde se observa que o percentual de crianças pesadas ao nascer foi de 98,31% em 1998 com este percentual variando de 91,33 em Aratuba para 100% Baturité, Guaramiranga e Mulungu. Considerando o número absoluto significa que, nesta microrregional, neste ano, 22 não foram acompanhadas desde o seu nascimento, considerando a diferença entre o total de crianças nascidos vivos e pesadas.

Quando esta análise é no ano de 2005 observa-se que o percentual de crianças nascidas vivas pesadas passou para 99, 61% e somente 9 crianças não foram pesadas ao nascer considerando o mesmo raciocínio anterior o que significa uma melhora dos serviços de saúde.

**Tabela 19 - Nascido vivos e pesados – microrregião de Baturité: 1998 e 2005**

Município	1998			2005		
	Nascidos Vivos	Nasc. Vivos Pesados	%	Nascidos Vivos	Nasc. Vivos Pesados	%
Aracoiaba	242	238	98,35	389	389	100,00
Aratuba	150	137	91,33	389	389	100,00
Baturité	320	320	100,00	568	567	99,82
Capistrano	163	159	97,55	271	270	99,63
Guaramiranga	60	60	100,00	91	90	98,90
Itapiúna	161	161	100,00	376	371	98,67
Mulungu	73	73	100,00	152	151	99,34
Pacoti	132	131	99,24	189	189	100,00
<b>Total</b>	<b>1301</b>	<b>1279</b>	<b>98,31</b>	<b>2425</b>	<b>2416</b>	<b>99,63</b>

Fonte: SIAB ([www.saude.ce.gov.br](http://www.saude.ce.gov.br))

A Tabela 20 apresenta as crianças até 4 meses com aleitamento materno exclusivo, nos anos de 1998 e 2005, numa análise comparativa. Pode-se observar que a média de crianças com alimentação exclusiva de leite materno, na microrregião foi de 60,49% no ano de 1998 e no ano de 2005 esta média passou para 76,94%, o que significa um aumento de 27,17% das crianças com aleitamento materno exclusivo. Mesmo assim, ainda é considerado baixo este indicador ainda que, todos os municípios tenham apresentado aumento deste percentual, no período. Em relação às ações de promoção do aleitamento materno identificadas pelos secretários municipais de saúde, assim foi referido: “São aquelas palestras, são mais aquelas palestras, aquelas orientações individuais no pré-natal”(Secretária). “Além do pré-natal, tem também um momento [...] no período do pré-natal, a presença da pediatra falando da questão da importância do aleitamento materno”(Secretário). “Sessões educativas durante o pré-natal, já após parto também, no grupo de gestante [...] a questão do aleitamento é falado o tempo

todo” (Secretária). “Inclusive o hospital daqui, o hospital amigo da criança, já trabalha o aleitamento materno já nas primeiras horas de vida da criança” (Secretário).

**Tabela 20 - Crianças até 4 meses com aleitamento exclusivo – Microrregião de Baturité: 1998 e 2005**

Município	1998			2005		
	N.º	Criança até 4meses Com Aleitamento Mat. Exclusivo	%	N.º	Criança até 4meses Com Aleitamento Mat. Exclusivo	%
Aracoiaba	1.071	514	47,99	1.620	1.137	70,19
Aratuba	602	372	61,79	937	784	83,67
Baturité	1.946	1.273	65,42	2.201	1.775	80,65
Capistrano	621	339	54,59	1.144	854	74,65
Guaramiranga	246	149	60,57	394	273	69,29
Itapiúna	759	527	69,43	1.394	1.063	76,26
Mulungu	310	146	47,10	630	457	72,54
Pacoti	497	341	68,61	796	671	84,30
<b>Total</b>	<b>6052</b>	<b>3661</b>	<b>60,49</b>	<b>9116</b>	<b>7014</b>	<b>76,94</b>

Fonte: SIAB ([www.saude.ce.gov.br](http://www.saude.ce.gov.br))

A outra variável trabalhada na análise foi o percentual de crianças até 1 ano, com vacinas completa. Pelo que se observa na Tabela 21, o percentual de crianças nesta situação foi de 92,47 no ano de 1998 na microrregião. Este índice pode ser considerado um bom índice em termos matemáticos, no entanto significa que 1.239 crianças não completaram o esquema vacinal no primeiro ano de vida, considerando a diferença entre o total de crianças menores de ano e aquelas com o esquema de vacina completo. A partir desta mesma forma de análise, conclui-se que, no município de Aracoiaba, 555 crianças não completaram o esquema e que no município de Capistrano, 42 crianças ficaram nesta condição, considerando o município com menor e maior percentual de crianças vacinadas, respectivamente. No ano de 2005, o percentual de crianças com esquema vacinal completo, no primeiro ano de vida, foi de 98,71 na microrregião, com este percentual variando entre 97,09% em Itapiúna e 99,70% em Aratuba. Observa-se, portanto, uma melhora deste indicador, no período, quando o percentual

de crianças com esquema completo de vacina passou de 92,47% em 1998 para 98,71% em 2005.

**Tabela 21 - Crianças < 1ano com esquema vacinal completo – Microrregião de Baturité: 1998 e 2005**

Município	1998			2005		
	Total de Criança < 1ano	Criança < 1 ano vacinada	%	Total de Criança < 1ano	Criança < 1 ano vacinada	%
Aracoiaba	2.698	2143	79,43	4.773	4.751	99,54
Aratuba	1.559	1.331	85,38	2.649	2.641	99,70
Baturité	5.266	5.090	96,66	5.676	5.607	98,78
Capistrano	1966	1.924	97,86	3.335	3.295	98,80
Guaramiranga	666	649	97,45	1.190	1.159	97,39
Itapiúna	1.988	1.930	97,08	3.681	3.574	97,09
Mulungu	850	795	93,53	1.833	1.815	99,02
Pacoti	1.457	1.349	92,59	2.189	2.158	98,58
<b>Total</b>	<b>16450</b>	<b>15211</b>	<b>92,47</b>	<b>25326</b>	<b>25000</b>	<b>98,71</b>

Fonte: SIAB (www.saude.ce.gov.br)

Em relação às informações colhidas pelas entrevistas com os secretários municipais de saúde foi relatado que: “quando nós chegamos, o município estava com uma cobertura vacinal de tuberculose de 54 % e não tinha uma vacina com 100% de cobertura, nem mesmo a vacina Sabin” [...] “quando a gente sabe que não falta vacina, [...] “as mulheres parindo no próprio hospital, por que não era implantado a BCG dentro da maternidade?” [...] “mas não foi fácil também implantar a BCG dentro do hospital porque teve resistência por parte dos enfermeiros, dos auxiliares que achavam que era mais uma atividade para eles, então nós tivemos resistência, mas, mesmo com resistência, nós implantamos” (Secretária).

### 4.3.3 A saúde da mulher

No ano de 1998, segundo dados do SIAB, 94,95% das gestantes dos municípios que compõem a microrregião de Baturité eram acompanhadas pelos serviços de saúde, no entanto,

apenas 55,58% estavam fazendo o pré-natal a partir do 1º. Trimestre, e 84,54% estavam com vacinas em dia. Isto significa que 678 gestantes não completaram o esquema vacinal e 2.894 não iniciaram o pré-natal no 1º. Trimestre considerando a diferença entre o total de gestante e gestante com pré-natal no 1º. Trimestre (Tabela 22).

**Tabela 22 - Gestantes acompanhadas, pré-natal no 1º. Trimestre e com vacinas em dia: Microrregião de Baturité – 1998**

Município	Nº. Gestante	Nº Gest. Acomp		Gest. PN 1º. Trim		Gest. Vac. Em dia	
		N.º	%	N.º	%	N.º	%
Aracoiaba	1092	964	88,28	361	33,06	618	56,59
Aratuba	773	716	92,63	533	68,95	639	82,66
Baturité	1858	1817	97,79	1239	66,68	1765	94,99
Capistrano	603	584	96,85	352	58,37	550	91,21
Guaramiranga	283	279	98,59	92	32,51	268	94,70
Itapiúna	959	926	96,56	612	63,82	853	88,95
Mulungu	288	264	91,67	151	52,43	250	86,81
Pacoti	659	636	96,51	281	42,64	565	85,74
<b>Total</b>	<b>6.515</b>	<b>6.186</b>	<b>94,95</b>	<b>3.621</b>	<b>55,58</b>	<b>5.508</b>	<b>84,54</b>

Fonte: SIAB

No ano de 2005, o percentual de gestantes acompanhadas passou para 99,47%, o de gestantes com pré-natal no 1º. Trimestre passou para 74,54%, e gestante com esquema de vacina completo era de 98,75%. Contudo, uma análise da Tabela 23 mostra que o percentual de gestante com o pré-natal no 1º. Trimestre ainda se apresenta entre 64 e 66% em alguns municípios, e isto significa que 3.302 gestantes ficaram, em 2005, sem iniciar o pré-natal no 1º. Trimestre e 162 sem os esquemas completos de vacinas, considerando a diferença entre o total gestante e aquelas com pré-natal iniciado no 1º. Trimestre.

**Tabela 23 - Gestantes acompanhadas, pré-natal no 1º. Trimestre e vacinas em dia: Microrregião de Baturité – 2005**

Município	Nº. Gestante	Nº gest. Acomp N.º	%	Gest. PN 1º. Trim N.º	%	Gest. Vac. Em dia N.º	%
	Aracoiaba	2384	2378	99,75	1969	82,59	2371
Aratuba	1322	1320	99,85	1032	78,06	1318	99,70
Baturité	2861	2851	99,65	1838	64,24	2831	98,95
Capistrano	1828	1821	99,62	1483	81,13	1814	99,23
Guaramiranga	539	534	99,07	359	66,60	520	96,47
Itapiúna	1848	1838	99,46	1330	71,97	1832	99,13
Mulungu	1081	1059	97,96	744	68,83	1025	94,82
Pacoti	1107	1100	99,37	913	82,48	1097	99,10
<b>Total</b>	<b>12.970</b>	<b>12.901</b>	<b>99,47</b>	<b>9.668</b>	<b>74,54</b>	<b>12.808</b>	<b>98,75</b>

Fonte: SIAB ([www.saude.ce.gov.br](http://www.saude.ce.gov.br))

Chama atenção, nos dois períodos, a diferença significativa entre o percentual de gestantes na condição de acompanhadas, com pré-natal no 1º. Trimestre e vacinas em dia.

No período de 1997 a 2005 foram realizados 18.666 partos na microrregião de Baturité sendo que 14.864 (79,63%) foram partos normais e 3.802 (20,37%) de partos cesáreos. No ano de 1997, o percentual de cesárea foi de 15,75% enquanto que, no ano de 2005, este percentual passou para 23,58%, como mostram as Tabelas 24 e 25.

**Tabela 24 - Partos ocorridos Microrregião de Baturité: 1997 a 2005**

Especificação	Número	%
Parto normal	7.578	40,60
Parto Hospital amigo da criança	7.286	39,03
<b>Sub-total</b>	<b>14.864</b>	<b>79,63</b>
Cesárea	584	3,13
Cesárea Hospital amigo da criança	3.218	17,24
<b>Sub-total</b>	<b>3.802</b>	<b>20,37</b>
<b>Total</b>	<b>18.666</b>	<b>100</b>

Fonte: SIH- SUS/SESA/CE

**Tabela 25 - Partos normais e cesáreas ocorridos na microrregião de Baturite: 1997 e 2005**

Especificação	1997		2005	
	Quantidade	%	Quantidade	%
Parto normal	1.369	84,25	1.588	76,42
Cesárea	256	15,75	490	23,58
<b>Total</b>	<b>1.625</b>	<b>100</b>	<b>2.078</b>	<b>100</b>

Fonte: SIH-SUS/SESA/CE

A Tabela 26 apresenta o percentual de partos normais e cesáreas realizados em hospital 'amigo da criança', analisando, de forma comparativa, os anos 1997 e 2005. Observa-se que os partos normais neste hospital passam do percentual de 32,87% em 1997 para 70,09% em 2005 e comportamento semelhante acontece com as cesarianas, porém, em menor proporção.

**Tabela 26 - Comparativo entre partos ocorridos em Hospital amigo da criança: Microrregião de Baturité - 1997 e 2005**

Especificação	1997		2005	
	Quantidade	%	Quantidade	%
Parto normal	919	67,13	475	29,91
Parto Hospital amigo da criança	450	32,87	1113	70,09
<b>Sub-total</b>	<b>1.369</b>	<b>100</b>	<b>1.588</b>	<b>100</b>
Cesárea	46	17,97	24	4,9
Cesárea Hospital amigo da criança	210	82,03	466	95,1
<b>Sub-total</b>	<b>256</b>	<b>100</b>	<b>490</b>	<b>100</b>
<b>Total</b>				

Fonte: SIH-SUS/SESA/CE

No período de 1997 a 2005, ocorreram, em outras microrregiões, 1.373 partos de pessoas de origem da microrregião de Baturité. Deste total, 764 (55,64%) foram partos normais e 609 (44,36) partos cesarianas. Dentre os partos normais, 20,42% foram classificados como de alto risco e daquelas 609 cesáreas, 33,50% foi em gestante de alto risco. (Conferir Tabela 27). Do total de partos cesárea, em gestante de alto risco, ocorridos em outras microrregiões, apenas 1,47% ocorreram em outra cidade diferente de Fortaleza (SIA-SUS/SESA/CE).

**Tabela 27 - Partos ocorridos em outras microrregiões: 1997 a 2005**

<b>Especificação</b>	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>
Parto normal	312	40,84
Parto normal hospital amigo da criança	296	38,74
Parto normal gestante alto risco	156	20,42
<b>Sub-total</b>	<b>764</b>	<b>100</b>
Cesárea	152	24,96
Cesárea hospital amigo da criança	253	41,54
Cesárea gestante alto risco	204	33,50
<b>Sub-total</b>	<b>609</b>	<b>100</b>
<b>Total</b>	<b>1.373</b>	<b>100</b>

Fonte: SIH-SUS/SESA/CE

Uma análise complementar a estes dados foi feita através das informações colhidas junto aos Secretários Municipais de Saúde relativas à integralidade da atenção à saúde da mulher. Neste sentido procuramos identificar:

- a existência de vinculação para o parto;
- a existência de um serviço de prevenção de câncer ginecológico;
- a garantia de acesso à referência ambulatorial especializada, para exames laboratoriais e hospitalar, garantindo a integralidade do atendimento;

Todas as entrevistadas afirmaram que existe uma vinculação das gestantes para a realização do parto sem nenhum relato problema a este respeito, pelo contrário, destacaram a garantia da referência para Baturité ou Fortaleza quando necessário. Este fato é corroborado pelos dados encontrados sobre o alto número de partos no município de residência.

Quanto ao serviço de prevenção de câncer ginecológico, todos e todas os entrevistados e entrevistadas referiram a existência de um serviço de prevenção de câncer ginecológico no seu município, inclusive, destacando a realização da atividade dentro do PSF. Para alguns municípios, a coleta para exame laboratorial é feita no próprio município e encaminhada para leitura em Fortaleza. Desta forma este sistema funciona a contento quando “ a gente separa (o resultado do exame) por área, eu divido por cada equipe [...] para a gente encaminhar para a

ginecologista para saber o que a gente vai fazer” (Secretario) enquanto que em outros município “é feita a prevenção na unidade central e nós temos um ginecologista que é especialista, e as prevenções são feitas normalmente, tanto na sede quanto na zona Rural” (Secretário) e para outros “a questão da citologia nós fazemos a coleta, mas a leitura é no ICC em Fortaleza (Secretário)” ou ainda “as lâminas de prevenção são lidas aqui mesmo, nós temos um técnico treinado para isso, foi feito um curso em Fortaleza (Secretário)”

Em relação ao funcionamento da referência ambulatorial especializada, uma Secretária afirmou a total condição de funcionamento a contento, mas ressaltou que “é um questão de gestão uma vez que pode ser encaminhada e garantida, no entanto é falha, ainda depende muito do gestor”. No entanto, outra Secretária afirma a este respeito “olha, a gente até que não tem, (...) se a gente fosse esperar que o IPCC marcasse o retorno da mulher ou a Maternidade Escola era mais difícil porque a gente está tendo problema, a ginecologista (do município) é residente da Maternidade Escola, as vezes quer facilitar de alguma forma mas não pode, tem que entrar no sistema da Central aí quando vem para a Central é a demora” [...] eu tenho 80% das minhas consultas referenciada para o Hospital da Clínicas e estão dizendo que eu não tenho resposta porque as minhas consultas estão no hospital das clínicas e o hospital das clínicas não está dando resposta para ninguém”. Por outro lado, é afirmado que: “Baturité tem o SEMEAR que é o centro de excelência em saúde reprodutiva, então acredito que sim, na medida do possível, Baturité assiste no que a gente precisa em especialidade”, enquanto outro Secretário reflete: “olha só, eu lhe digo que talvez até tenha algumas dificuldades, [...] nem sempre a central está funcionando direitinho, aí liga para Baturité [...] se é detectado que esta mulher tem algum problema que precisa de cirurgia, Baturité faz esta cirurgia. Porém, ainda é afirmado “a gente tem muitos problemas [...] por conta da programação que é mal feita. [...] a gente tem mulher aqui com problema de mama, foi detectado nódulo mamário há dois meses aí esperando para fazer uma consulta com o mastologista e ainda não conseguiram

porque a gente não tem consulta com mastologista pactuado para nenhum lugar do Brasil” (Secretário) enquanto é confirmado que “tudo acompanhado, tudo através do instituto de prevenção do câncer, a gente tem toda uma vinculação com o instituto” (Secretário).

#### 4.3.4 O atendimento ao hipertenso

O atendimento ao hipertenso, para o ano de 1998 apresentou um total de 16.747 cadastros com um percentual de acompanhamento, para toda a microrregião, de 83,13%, no entanto este percentual variou entre 58,99% e 98,47%, significando assim que, neste ano, dos 16.747 hipertensos cadastrados, 2.825 não tiveram acompanhamento adequado. No ano de 2005, o percentual de acompanhamento passou para 97,92% e o menor percentual apresentado pelos município foi de 94,56%, contudo, no ano de 2005, 2.054 hipertensos cadastrados não foram acompanhados neste ano. Este número é facilmente conferido na Tabela 28 pela diferença entre hipertensos cadastrados e acompanhados.

**Tabela 28 - Hipertensos cadastrados e acompanhados: Microrregião de Baturité – 1998 e 2005**

Município	Hipertenso - 1998			Hipertenso - 2005		
	Cadastrado	Acomp.	% Acomp.	Cadastrado	Acomp.	% Acomp.
Aracoiaba	2.344	1.665	71,03	18.232	18.225	99,96
Aratuba	1.580	1.489	94,24	10.690	10.690	100,00
Baturité	5.333	4.996	93,68	20.646	20.025	96,99
Capistrano	1.543	1.399	90,67	11.091	11.087	99,96
Guaramiranga	852	839	98,47	4.235	4.231	99,91
Itapiúna	2.077	1.393	67,07	10.579	10.004	94,56
Mulungu	1.072	993	92,63	10.850	10.778	99,34
Pacoti	1.946	1.148	58,99	12.503	11.732	93,83
<b>Total</b>	<b>16.747</b>	<b>13.922</b>	<b>83,13</b>	<b>98.826</b>	<b>96.772</b>	<b>97,92</b>

Fonte: SIAB (www.saude.ce.gov.br)

A proporção de internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC) se constitui um indicador de avaliação por causas sensíveis à atenção básica. No período de 1998 a 2005, ocorreram 735 internações por AVC, sendo que 502 pacientes foram hospitalizados na

microrregião de Baturité e 233 em outra microrregião. Uma análise comparativa do grau de evasão destes pacientes mostra que, no ano de 2005, o percentual de pacientes da microrregião de Baturité internados em outra microrregião aumentou em 94,44% enquanto aqueles que se internaram na microrregião de Baturité teve um decréscimo de 26,15%, mostra ainda que o percentual de pacientes internados por AVC se manteve, em 2005, igual ao ano de 1998.(Conferir Tabela 29).

**Tabela 29 - Local de internação por AVC: 1998 e 2005**

	<b>1998</b>	<b>2005</b>	<b>%</b>
Baturité	65	48	-26,15
Outras microrregiões	18	35	94,44
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>83</b>	<b>0,00</b>

Fonte: SIH-SUS/SESA/CE

Uma análise do percentual de internados por AVC e do número de hipertensos cadastrados, de forma comparativa entre os anos 1998 e 2005, mostra que este percentual foi de 0,49% e de 0,083 segundo explicitado na Tabela 30.

**Tabela 30 - Hipertensos cadastrados no SIAB e internações por AVC: Microrregião de Baturité – 1998 e 2005**

	<b>1998</b>		<b>2005</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>Nº.</b>	<b>%</b>
Hipertenso	16.747	100	98.826	100
AVC	83	0,49	83	0,083

Fonte: SIAB([www.saude.ce.gov.br](http://www.saude.ce.gov.br))/SIH-SUS

Também, em relação ao atendimento ao hipertenso, procuramos identificar mudanças no modelo de atenção buscando informações complementares junto aos secretários municipais de saúde. Nesta perspectiva, procuramos identificar:

- A busca ativa de casos;
- A garantia de exames laboratoriais complementares;
- A garantia ao atendimento nas crises hipertensivas e outras complicações;

- A realização de ações educativas para controle de condições de risco e prevenção de complicações;
- O incentivo e apoio a criação de grupos visando a adoção de hábitos saudáveis para a promoção da saúde.

Em relação à prática de buscar ativamente os casos de hipertensão, à exceção de um secretário, todos os outros afirmaram que faziam busca ativa de casos. Este, no entanto, foi categórico ao afirmar “não; se for feito é com muita ineficiência, porque a gente não tem visto aumento de casos de hipertensão e os nossos, a quantidade de hipertensos que a gente tem está bem abaixo do que é esperado pela OMS que é aquela proporção acima dos 40 anos tem que ter X hipertensos. Nós estamos bem abaixo; então a gente imagina que o sistema de busca ativa não está funcionando direito” (Secretário). Mesmo afirmando que não, complementa “a equipe do PSF e os médicos que estão no hospital, quando chega algum paciente que não é acompanhado e que está com dor de cabeça, pressão alta, eles pedem para eles retornarem e procurarem a equipe do PSF da sua área. Então é assim, não é uma busca ativa constantemente, mas quando tem qualquer suspeita, qualquer coisa diferente eles já encaminham para o PSF” (Secretário).

No que se refere à garantia de realização de exames laboratoriais complementares, um secretário assim se referiu: “É, com uma dificuldade, eu acho que eu só vou resolver quando eu colocar o bioquímico e assumir os reagentes porque aí não preciso está controlando dez hemogramas, dez colesterol, dez não sei o quê, porque aí eu faço, é de todo mundo independente da conta que vai ser grande ou pequena, porque infelizmente enquanto uma coisa não é totalmente municipal existe esta questão da gente querer controlar [...] o ECG eu resolvi porque tinha gente marcando ECG, hoje, vamos supor, você marcava ECG para outubro, eu peguei e comprei um aparelho, botei lá; eu quero saber agora qual é o problema, eu tenho que resolver desta forma, porque o ECG é no hospital e só fazem 5 por semana” [...]

o RX já tem garantido na PPI, o grande problema para mim, hoje, está sendo a questão do laboratório” (Secretária).

Para todos os secretários, não existe dificuldade no atendimento às crises hipertensivas ou outras complicações.

No entanto, em relação à existência de ações educativas para controle de condições de risco e prevenção de complicações, foi referido desde “eu desconheço se tem grupos, mas eles fazem através das consultas e através das palestras”(Secretário) como: “é falado, isto por conta das reuniões, vamos supor: na sede do município o dia do hipertenso é 4ª. Feira à tarde, então toda 4ª. Feira à tarde se fala de um tema que geralmente eles é que escolhem, já foi melhor (...) a gente já teve até um grupo que saía caminhando junto com o doutor, foi a partir das reuniões do hipertenso, mas por causa da questão do clima às vezes eles acham ruim acordar cedo para ir caminhar, às vezes está chovendo, e isto atrapalha e também o caminhar no asfalto... a gente até orientou para eles caminharem na quadra que é coberta” (Secretária); outros referem “tem a questão educativa, orientação da dieta” (Secretária) mas, “não são realizadas ou não são realizadas já com o tempo, essas ações deveriam estar sendo realizadas com mais eficiência, com mais eficácia e não estão sendo realizadas” (Secretário). Outros ainda referem “sim, nós criamos o grupo de diabetes e hipertenso no município, com caminhada, com atividade, estamos com um trabalho intersetorial com a Secretaria de Ação Social que desenvolve o clube da melhor idade também, e no clube da melhor idade a gente faz este acompanhamento, as equipes do PSF tiram alguns dias para trabalhar com o clube da melhor idade, no município (Secretária); enquanto outra assim se expressa “não; na verdade eu acho que está faltando a questão de educação e saúde, tem que ser mais fortalecida”(Secretária). Outra, no entanto, informou que “pegou-se o número de hipertensos cadastrados, e acompanhados pelo PSF e em parceria com a Secretaria de Esportes montou-se o que poderia ser ofertado a este grupo e a partir deste cadastro”(Secretária), enquanto se

afirma “por parte da secretaria de saúde é incentivada, é apoiado e inclusive é dado todo o apoio logístico (para formação de grupos); eu acho que está faltando boa vontade das equipes. Não temos grupos de hipertensos e nem de diabéticos formados. O único grupo que a gente tem formado, onde a gente faz esse trabalho de promoção de hábitos saudáveis, é o grupo de Idoso e o de gestante, mas voltado para hipertensão nós não temos” (Secretário).

#### 4.3.5 O controle de tuberculose

Para avaliação do nível de organização da atenção à saúde, utilizamos o programa de controle da tuberculose no período de 1998 a 2005. Os dados foram obtidos através do SINAN e dentre os parâmetros utilizamos o percentual de cobertura por município residente e de notificação e percentual de tratamento supervisionado. Dentre os municípios que compõem a Microrregião de Baturité, apenas dois municípios apresentavam informações para todos os anos relativos ao período analisado. O Quadro 51 apresenta os municípios e os anos em que foram dadas informações sobre o programa:

<b>Municípios</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>
Aracoiaba	x	x	x	x	x	x	x	x
Aratuba	x	x	x	x		x	x	x
Baturité	x	x	x	x	x	x	x	x
Capistrano	x	x	x	x	x	x		x
Guaramiranga	x				x	x		x
Itapiúna	x	x	x	x		x	x	x
Mulungu			x		x	x	x	
Pacoti	x		x	x	x			x

Fonte: SINAN

**Quadro 51 - Municípios Microrregiões e anos com informação sobre o Programa de controle de Tuberculose: 1998 a 2005.**

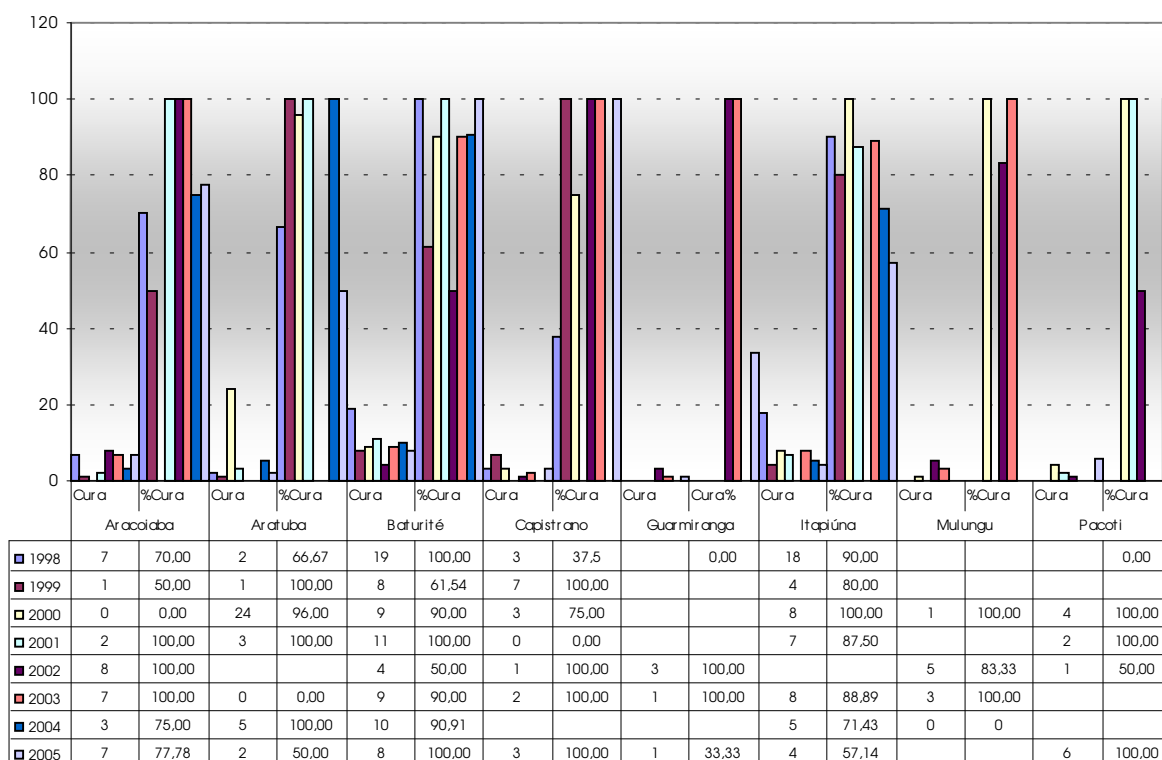
No período de 1998 a 2005, o percentual médio de cura de tuberculose foi de 81,35% considerando municípios notificantes, sendo que dois municípios apresentaram um percentual de cobertura abaixo dos 85% tolerável. Quando os dados se referem aos municípios residentes

este percentual se torna mais baixo com uma média de 81,56% com, apenas três municípios com um índice de cura acima de 85%. (Tabelas 31 e 32). Observa-se ainda uma diferença de 21 pacientes entre os municípios de residência e de notificação. A avaliação do programa se torna falha e frágil considerando a falta de uma seqüência de alimentação dos dados pelos municípios, quando alguns informam por dois anos seguidos um percentual de cobertura de 100% e no ano seguinte não dá nenhuma informação. Este fato é melhor visualizado através da Tabela 31 e do Gráfico 3 e, na seqüência, através da Tabela 32 e Gráfico 4.

**Tabela 31 – Controle de tuberculose: cura, municípios notificante: 1998 a 2005 – Microrregião de Baturité**

Coorte mun notificação	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total	
Aracoiaba	Cura	7	1	0	2	8	7	3	7	35
	Casos	10	2	1	2	8	7	4	9	43
	% Cura	70,00	50,00	0,00	100,00	100,00	100,00	75,00	77,78	81,40
Aratuba	Cura	2	1	24	3		0	5	2	37
	Casos	3	1	25	3		3	5	4	44
	% Cura	66,67	100,00	96,00	100,00		0,00	100,00	50,00	84,09
Baturité	Cura	19	8	9	11	4	9	10	8	78
	Casos	19	13	10	11	8	10	11	8	90
	% Cura	100,00	61,54	90,00	100,00	50,00	90,00	90,91	100,00	86,67
Capistrano	Cura	3	7	3	0	1	2		3	19
	Casos	8	7	4	1	1	2		3	26
	% Cura	37,5	100,00	75,00	0,00	100,00	100,00		100,00	73,08
Guarmiranga	Cura					3	1		1	5
	Casos	2				3	1		3	9
	% Cura	0,00				100,00	100,00		33,33	55,56
Itapiúna	Cura	18	4	8	7		8	5	4	54
	Casos	20	5	8	8		9	7	7	64
	% Cura	90,00	80,00	100,00	87,50		88,89	71,43	57,14	84,38
Mulungu	Cura			1		5	3	0		9
	Casos			1		6	3	1		11
	% Cura			100,00		83,33	100,00	0		81,82
Pacoti	Cura			4	2	1			6	16
	Casos	10		4	2	2			6	24
	% Cura	0,00		100,00	100,00	50,00			100,00	66,67
<b>Total</b>	<b>Cura</b>	<b>49</b>	<b>21</b>	<b>49</b>	<b>25</b>	<b>22</b>	<b>30</b>	<b>23</b>	<b>31</b>	<b>253</b>
	<b>Casos</b>	<b>72</b>	<b>28</b>	<b>53</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>35</b>	<b>28</b>	<b>40</b>	<b>311</b>
	<b>% Cura</b>	<b>68,06</b>	<b>75,00</b>	<b>92,45</b>	<b>92,59</b>	<b>78,57</b>	<b>85,71</b>	<b>82,14</b>	<b>77,50</b>	<b>81,35</b>

Fonte: SINAN



**Gráfico 3 - Controle de tuberculose: cura, municípios notificante: 1998 a 2005 – Microrregião de Baturité**

Tabela 32 – Controle de tuberculose: cura, município residente: 1998 a 2005 – Microrregião de Baturité

Coorte mun residente		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
Aracoiaba	Cura	8	2	0	2	8	7	3	7	37
	Casos	12	5	1	2	9	8	4	9	50
	% Cura	66,7	40,0	0,0	100,0	88,9	87,5	75,0	77,8	74,0
Aratuba	Cura	2	1	24	3		0	6	2	38
	Casos	4	2	25	3		2	6	4	46
	% Cura	50	50	96	100		0	100	50	82,6
Baturité	Cura	20	8	9	11	4	9	10	9	80
	Casos	20	13	10	12	7	10	11	9	92
	% Cura	100	61,5	90	90,9	57,14	90	90,9	100	86,9
Capistrano	Cura	3	7	3	0	1	2		3	19
	Casos	8	7	4	1	1	2		3	26
	% Cura	37,50	100,00	75,00	0,00	100,00	100,00		100,00	73,07
Guarmiranga	Cura	1				3	1		0	5
	Casos	2				3	1		3	9
	% Cura	50,00				100,00	100,00		0,00	55,50
Itapiúna	Cura	18	4	8	7		8	5	4	54
	Casos	20	5	9	8		9	7	5	63
	% Cura	90,00	80,00	88,80	87,50		88,80	71,40	80,00	85,70
Mulungu	Cura		1	1		5	3	0		10
	Casos		1	1		6	3	1		12
	% Cura		100,00	100,00		83,30	100,00	0,00		83,30
Pacoti	Cura	4		4	2	1		1	6	18
	Casos	8		4	2	2		2	6	24
	% Cura	50,00		100,00	100,00	50,00		50,00	100,00	75,00
<b>Total</b>	<b>Cura</b>	<b>56</b>	<b>23</b>	<b>49</b>	<b>25</b>	<b>22</b>	<b>30</b>	<b>25</b>	<b>31</b>	<b>261</b>
	<b>Casos</b>	<b>74</b>	<b>33</b>	<b>54</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>33</b>	<b>31</b>	<b>39</b>	<b>320</b>
	<b>% Cura</b>	<b>75,67</b>	<b>69,69</b>	<b>90,74</b>	<b>89,28</b>	<b>78,57</b>	<b>90,9</b>	<b>79,48</b>	<b>79,48</b>	<b>81,56</b>

Fonte: SINAN

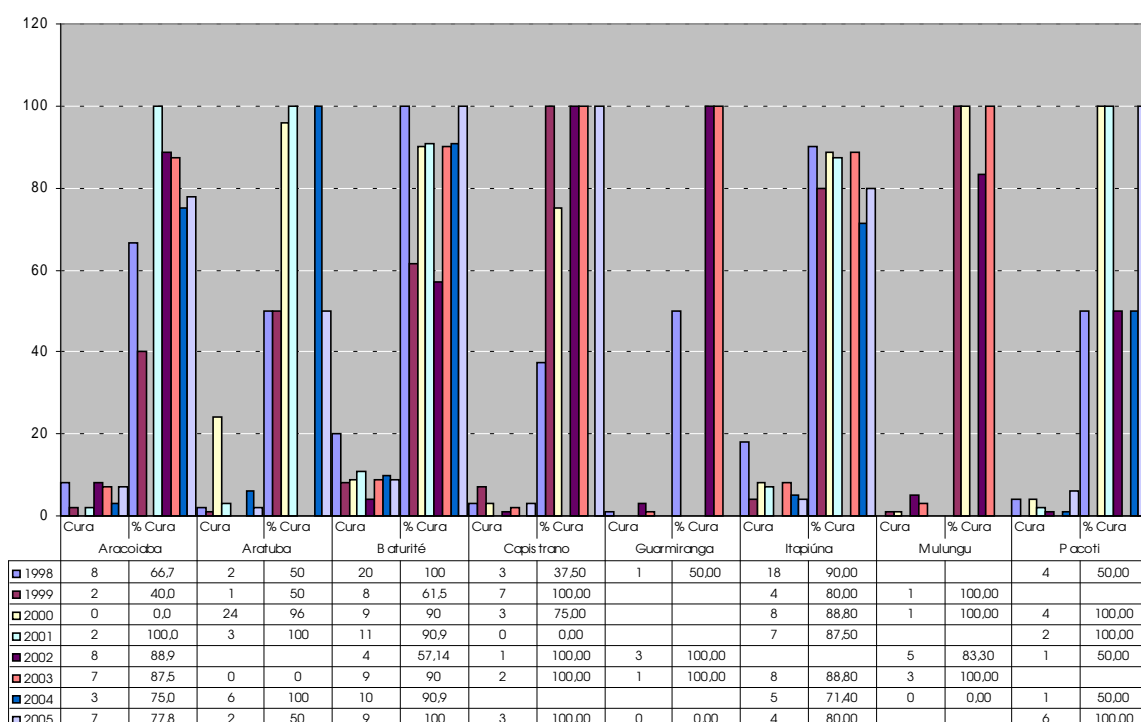


Gráfico 4 - Controle de tuberculose: cura, município residente: 1998 a 2005 – Microrregião de Baturité

Em relação à informação sobre supervisão do tratamento, constata-se que, considerando toda a microrregião de Baturité, somente 54,21% dos tratamentos é supervisionado e, neste caso, a existência de municípios apresentando apenas 27,27% dos tratamentos com supervisão. Chama a atenção o fato de que, em dois municípios, foi referidos o fato de quatro pacientes, com baciloscopia positiva, na variável supervisionado “não”, e ainda preocupa mais a existência de 161 casos de baciloscopia positiva na variável supervisionado “ignorado” ou “branco”.

Na entrevista com os secretários municipais de saúde, alguns referiram que não era feita esta busca ativa de casos de tuberculose e, inclusive revelando que “eu acredito que há sub-registro” (Secretário) e identificando a necessidade de qualificar pessoal para esta tarefa. Foi também referido, pelo menos num município, como falho o exame clínico dos sintomáticos respiratórios e comunicantes. No entanto, todos os secretários afirmaram condições de realizar baciloscopia e garantir a realização de raio x de tórax como também de garantir a medicação. Conferir nas Tabelas 33 e 34, na seqüência, os coeficientes de incidência.

**Tabela 33 -Casos novos pulmonares e pulmonares + extrapulmonares com baciloscopia positiva Variavel Supervisionado 2-Não**

<b>Município</b>	<b>2.003</b>	<b>2.004</b>	<b>2.005</b>	<b>Total</b>
Aracoiaba	2	0	1	3
Pacoti	0	1	0	1
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>

Fonte: SINAN

**Tabela 34 - Casos novos pulmonares e pulmonares + extrapulmonares com baciloscopia positiva Variável Supervisionado 9-Ignorado ou branco**

<b>Município</b>	<b>1.998</b>	<b>1.999</b>	<b>2.000</b>	<b>2.001</b>	<b>2.002</b>	<b>2.003</b>	<b>2.004</b>	<b>Total</b>
Aracoiaba	4	0	2	5	5	3	0	19
Aratuba	1	24	4	1	2	4	0	36
Baturité	13	9	4	8	7	0	0	41
Capistrano	13	2	1	1	0	0	1	18
Guaramiranga	0	0	0	1	0	0	2	3
Itapiúna	7	6	9	1	7	0	0	30
Mulungu	0	0	1	5	2	0	0	8
Pacoti	0	3	1	1	1	0	0	6
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>44</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>161</b>

Fonte: SINAN

A incidência de tuberculose, na microregião de Baturité, no período de 1998 a 2005, variou conforme mostra o Tabela 35. No ano de 1998, foi de 35 por 100.000 e, no ano 2005, este valor passou para 33,46/100.000hab.

**Tabela 35 – Coeficiente ou Taxa de Incidência de Tuberculose, microrregião de Baturité; 1998 e 2005**

<b>Município</b>	<b>População</b>	<b>Casos Novos 1998</b>	<b>Coefic. Incid./100.000 1998</b>	<b>População</b>	<b>Casos Novos 2005</b>	<b>Coef. Incid./100.0000 2005</b>
Aracoiaba	24.457	8	32,71	25.039	13	51,92
Aratuba	12.111	1	8,26	13.475	4	29,68
Baturité	30.254	15	49,58	31.431	14	44,54
Capistrano	15.468	11	71,11	16.339	3	18,36
Guaramiranga	5.637	1	17,74	5.979	-	-
Itapiúna	14.861	7	47,10	18.212	7	38,44
Mulungu	8.411	-	-	9.558	1	10,46
Pacoti	11.642	-	-	11.449	2	17,47
<b>Total</b>	<b>122.841</b>	<b>43</b>	<b>35,00</b>	<b>131.482</b>	<b>44</b>	<b>33,46</b>

Fonte: SINAN

## 5. CONCLUSÃO

Esta pesquisa mostra que o Sistema de Serviços de Saúde do Estado do Ceará foi influenciado, de forma positiva, pelo PIASS, no que se refere à ampliação do número de unidades básicas de saúde, embora esta ampliação não tenha sido acompanhada de melhora na sua capacidade operacional. Este aspecto facilitou a descentralização dos serviços de saúde, considerando que a existência de uma estrutura física contribuiria para a organização dos serviços de saúde pelos municípios.

O processo de descentralização administrativa dos serviços de saúde para os municípios, no Estado do Ceará, começou no final da década de 1980, muito embora a assinatura do convênio de adesão ao Programa dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) tenha se dado no ano de 1987. Neste ano, 40% dos municípios aderiram ao SUDS, sem que este fato tenha repercutido na organização dos serviços municipais de saúde, uma vez que o processo de organização administrativa dos municípios, na perspectiva de assumir a gestão e a execução das ações de saúde, somente foi iniciado no ano de 1990.

Muito embora, em 1993, 66% dos municípios já estivessem com serviços de saúde municipalizados, somente a partir de 1997, tornou-se possível uma análise dos dados e informações da prestação destes serviços. Neste sentido, a NOB/93 parece ter sido a propulsora da descentralização, considerando que, no ano de 1997, estavam com serviços de saúde municipalizados, no Estado do Ceará, 80,43%, dos municípios. Este fato significa que estes municípios assumiram, dentre outras, a responsabilidade de contratar e cadastrar os prestadores de serviços de saúde e controlar e avaliar os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados, o que aponta para uma conformação de sistemas municipais de saúde.

A operacionalização da implantação da microrregião de Baturité começou no ano de 1999, com a realização do seminário sobre o “Sistema de Informação em Saúde”, e como um processo, permanece ainda em construção.

É importante destacar, nesta perspectiva que, até o início do processo de descentralização, algumas Secretarias de Saúde funcionavam sem instalações próprias, nas dependências do Hospital do Município, em área física não compatível com este nível de organização, no entanto, no de 2004, todas as Secretarias Municipais desta região funcionavam em área específica para este fim.

No início dos anos 90, os municípios apresentavam uma baixa cobertura em atenção básica, considerando-se que, em 1994, o PSF foi implantado em 20 municípios com 81 equipes, e, em 2005, este programa estava implantado em todos municípios, funcionando com um total de 1320 equipes. Os municípios da microrregião de Baturité, no ano 2002, já estavam com o PSF implantado. Muito embora este fato signifique uma melhora no acesso, na perspectiva da universalização do atendimento, na mesma medida não significa que seja resolutiva dentro do município, pré-requisito para a organização regionalizada do setor saúde.

O falho sistema de contra-referência denuncia uma desarticulação entre os diferentes níveis de atenção e assim uma fragmentação da atenção, o que por sua vez denota uma ausência de articulação entre os níveis de gestão. Esta articulação é importante no sentido de potencializar a resolutividade e assim garantir a integralidade do acesso ao sistema.

No ano de 2005, apenas dois municípios da microrregião, em estudo, não cumpriram o estabelecido pela EC 29, no que concerne à aplicação de um percentual mínimo de 15% de recursos próprios em ações e serviços públicos de saúde, quando, no ano de 2001, este número era de quatro municípios. A despesa com recursos próprios, por habitante/ano, apresentou um incremento médio, de 29,11%, entre os municípios que compõem a microrregião de Baturité.

A análise do sistema de referência de consultas ambulatoriais especializadas mostra que existe um esforço em que se cumpra o pactuado na PPI e que se cumpram as normas administrativas nestas solicitações. No entanto, embora a solicitação de consultas especializadas se mostre numa lógica, compatível com uma organização regionalizada, o não atendimento adequado a estas solicitações indica que a distribuição espacial dos equipamentos não está condizente ao princípio da regionalização e da hierarquizada destes serviços de saúde.

Este fato traduz-se no esforço que os municípios fazem, em assumir, com recursos próprios, a prestação de serviços de algumas especialidades, já definidas pela PPI e PDR para serem realizadas em outros serviços da rede regionalizada proposta

Considerando o período entre 1998 e 2005, observa-se que a estrutura física de serviços básicos de saúde aponta para uma melhora significativa com a diminuição do número de Postos de Saúde e uma expansão significativa de Centros de Saúde. O número de leitos hospitalares sofreu uma redução neste período na ordem de 28,91%, no entanto observa-se uma melhor distribuição destes leitos, o que pode significar uma tendência de inversão do modelo de atenção centrado no atendimento hospitalar.

Houve um aumento de produção e de cobertura no que concerne a itens importantes da programação do SIA-SUS, neste aspecto, chama atenção o aumento de mais de 900% em ações especializadas em odontologia. Outro fato de destaque é o incremento de mais de 40% nos exames de patologia clínica que, associados aos aspectos já mencionados, parece significar uma melhora na qualidade do diagnóstico e, portanto, do atendimento.

A análise do fluxo das internações hospitalares, relativas à microrregião, mostra que os municípios que compõem esta microrregião apresentam uma boa resposta às necessidades de internações nela evidenciadas. Isto se verifica, uma vez que, uma média superior a 80% das internações ocorre no município de origem dos pacientes. Outro aspecto observado aponta

para a consolidação dos municípios de Baturité e Aracoiaba como pólos de referência em atenção secundária, conforme proposto no projeto de regionalização.

A “invasão” de municípios da microrregião por municípios vizinhos pode significar que, além da proximidade e da facilidade de acesso geográfico, existe um bom acesso funcional, e por conseqüência, a resolutividade do atendimento. Por outro lado, a diminuição progressiva destas invasões, também, pode significar uma melhor organização dos sistemas municipais de saúde.

No entanto, pode ainda significar um não compartilhamento de informações ou, a necessidade de melhor utilização destas informações, e conseqüentemente dos recursos, para a solução de problemas de interesse comum. Este fato aponta também, para a necessidade de processos de gestão mais transparentes e melhor compartilhados para acompanhamento e controle social.

Em relação às internações de pacientes da microrregião de Baturité, em outras microrregiões, constata-se que estas “evasões” ocorreram, na sua grande maioria, para o município de Fortaleza, que é a referência para atendimento terciário desta microrregião. E, ainda, as causas de evasão são compatíveis com o nível de referência terciário.

O estudo mostra que não foram identificados avanços significativos no modelo de atenção. Embora exista uma proposta de territorialização definida em função das normas e, no que pese o esforço de alguns municípios em manter atualizados a sua territorialização, este fato não tem resultado numa nova organização do atendimento. As entrevistas com os gestores municipais mostraram que o atendimento ainda está centrado nas consultas médicas, o que pode significar um entendimento reduzido do conceito de atenção básica. E, ainda, ao estabelecer áreas estratégias de atendimento, a NOAS, de alguma forma, não favorece que o município estabeleça as suas prioridades de atendimento a partir de seu perfil epidemiológico. Embora os municípios detenham a informação sobre as principais morbidades, não

conseguem organizar o atendimento compatível com estas informações considerando uma análise da situação local.

Os dados já referidos de consultas e internações, mesmo indicando um esforço na perspectiva de organização do atendimento com viabilização de melhor cobertura e acesso, ainda não confirmam um estabelecimento efetivo de uma regionalização funcional da atenção à saúde.

Em relação aos parâmetros para avaliação na atenção à criança observa-se que:

- Ocorreu um aumento no percentual de crianças nascidas vivas e pesadas; no entanto, ainda, há crianças sem este simples atendimento.
- O aleitamento exclusivo em crianças de até 4 meses ainda se apresenta em um patamar médio abaixo de 80%, com municípios apresentando este percentual abaixo de 75%.
- O esquema vacinal completo em crianças menores de 1 ano apresenta uma evolução positiva, no período de 1998 a 2005, passando de um percentual médio, na microrregião, de 92,47% para 98,71%.

Em relação à atenção à saúde da mulher verifica-se que:

- O percentual médio, na microrregião, de gestantes com pré-natal no 1º. Trimestre passou de 55,58% em 1998 para 74,54% em 2005, contudo, existem municípios que apresentam este percentual abaixo de 70%.
- O percentual de gestantes acompanhadas e com vacinas em dia passou de uma média de 94,95% e 84,54%, para 99,47% e 98,75%, respectivamente.

No que se refere ao atendimento ao hipertenso não foram identificadas ações mais efetivas que significassem promoção da saúde, especificamente naqueles grupos passíveis de desenvolverem hipertensão. As ações referidas, de controle de hipertensão, não vão além de palestras e ou outras atividades pontuais, pouco eficazes para a mudança nos hábitos e estilos de vida.

O programa de controle de tuberculose aponta para a necessidade de sua implementação. O banco de dados, necessário para o acompanhamento e adequada supervisão é alimentado de forma descontínua. Ocorre um baixo índice de tratamento supervisionado, e este fato preocupa bastante se, consideramos pacientes com baciloscopia positiva, nesta condição.

É preocupante que alguns gestores não consigam ultrapassar a simples constatação do sub-registro, na perspectiva da busca ativa de casos, e da necessidade de profissionais melhores capacitados para este atendimento.

Estes dados, embora signifiquem uma boa cobertura, mostra que os municípios ainda não atingiram uma cobertura total, com ações básicas de saúde, em grupos bastante vulneráveis, portanto necessitando de atendimento prioritário.

Embora se observe uma melhora significativa na cobertura do Programa de Saúde da Família, no que pese a sua proposta de mudanças nas práticas sanitárias, estas mudanças ainda estão aquém do esperado, pela predominância da assistência médica curativa que, embora importante e necessária, também se apresenta limitada e de resolutividade reduzida considerando a não totalidade do necessário atendimento.

Conclui-se que, embora se reconheçam avanços no processo político-administrativo na descentralização do SUS no Estado do Ceará e na microrregião de Baturité, ainda existem aspectos que devem ser aperfeiçoados em termos de responsabilidades e capacidade de gestão e suas relações, tanto nas esferas municipais como estadual.

Contudo, estas lacunas e insuficiências são devidas, no nosso entendimento, tanto à deficiência na normatização do processo de implantação do SUS como também relativas à sua complexidade como processo político e social da democratização do Estado estabelecida pelos princípios do SUS neste difícil e complexo processo social. A transição da centralização

autoritária do poder, para um estado federativo com autonomia das diversas esferas de governo torna complexa a organização funcional e integrada do sistema de saúde.

Contudo, o Pacto de Gestão em processo de implantação, ao considerar a necessidade de melhor qualificar e implementar o processo de descentralização, organização e gestão do SUS, considera a necessidade do aprimoramento do processo de pactuação entre os gestores na perspectiva de melhor qualificação, aperfeiçoamento e definição das responsabilidades sanitárias e de gestão entre os entes federados. Compreendesse desta forma, que o modelo assistencial deve ser construído no cotidiano das relações políticas entre atores sociais e poderes diferenciados. A pactuação entre estes diversos atores deve ser feita de forma clara e transparente no estabelecimento dos mecanismos de intervenção controle e avaliação.

## 6. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. S.; CASTRO, C. G. J. de; VIEIRA, C. A. L. **Distritos sanitários: concepção e organização**. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, 2002.

ALMEIDA, E. S. **Contribuição à implantação do SUS: estudo do processo com a estratégia Norma Operacional Básica 01/93**. 1995. Tese (Livre-docência) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

ARRETCHE, M. T. S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 14, n. 40, p 111-141, jun. 1999.

ARRETCHE, M. A política da política de saúde no Brasil. In: LIMA, T. N.; GERESCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUAREZ, J. M. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

BARBOSA, J. P. **Origens e desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Estado do Ceará**. 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará, 1997.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência: estudo de política social**. São Paulo: HUCITEC, 1986.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre a transferência intra-governamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Seção 1, p. 25694.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055-18059.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Análise de alguns aspectos do processo de descentralização no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, [19--].

\_\_\_\_\_. **Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**. Brasília, DF, 1993.

\_\_\_\_\_. **Documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília, DF, 2003.

\_\_\_\_\_. **Financiamento e gestão na área da saúde**. Brasília, DF, 1997.

\_\_\_\_\_. **Portaria MS/GM 95, de janeiro de 2001: Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01: regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso**. Brasília, 2001. (Série A; Normas e Manuais Técnicos, n. 116).

\_\_\_\_\_. **A regionalização da saúde**. Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. **Saúde dentro de casa: Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF, 1994.

\_\_\_\_\_. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Norma Operacional Básica. INAMPS no. 1/91. Resolução no. 273/91. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 jul. 1991. Seção 1, p. 14216-14219.

BRASIL. Norma Operacional Básica – SUS nº 1/92. Portaria nº 234/92. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 fev.1992. Seção 1, p. 1584.

BRASIL, R. W. N. **O Conselho Municipal de Saúde de Baturité**: participação popular e controle social. 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 1997.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: DINA, C. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

\_\_\_\_\_. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n 1, p. 163-177, 2000.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde**: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2005.

Carlile Lavor será também superintendente do INAMPS. O POVO, Fortaleza, 17 set. 1987. Cidade.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Sistema Microrregional de Serviços de Saúde de Baturité**. Fortaleza, 2000.

\_\_\_\_\_. **Sistema microrregional de serviços de saúde**. Fortaleza, 2002.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília, DF. **Relatório...** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.

CORDEIRO, H. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991.

COSTA, N. R.; SILVA, P. L. B.; RIBEIRO, J. M. A. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília, DF, v. 50, n. 3, p.32-54, jul./set. 1999.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: DINA, C. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. A análise da implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

DONABEDIAN A. The assessment of need. In: \_\_\_\_\_. **Aspects of medical care administration**. Cambridge: Harvard University Press, 1973.

FEKETTE, M. C. **Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde**. Brasília, DF: OPAS, 1993. (Projeto GERUS).

FELICISSIMO, J. R. Os impasses da descentralização político-administrativa na democratização do Brasil. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 6-15, jan./mar. 1992.

FONSECA, M. I. F. **Programa de Saúde de Beberibe – CE: o processo de implantação e as mudanças obtidas**. 1997. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1997.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa: um estudo da pesquisa sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

GOYA, N. **O SUS que funciona em municípios do Ceará**. Fortaleza: AMECE, 1996.

GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1017-1025, jul./ago. 2005.

HAGUETTI, T.M. F. **Metodologias quantitativas na sociologia**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1992.

HEIMANN, L. S. et al. **Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2000.

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO DO CEARÁ. **Balanco e perspectiva da descentralização no Brasil: caso do Ceará**. Fortaleza, 1998.

JACOBI, P. **Administração municipal, descentralização e participação**: uma agenda de questões e indagações no contexto da transição. São Paulo: USP, 1989.

KUGELMAS, E.; SOLA, L. Recentralização/descentralização: dinâmica do regime federativo no Brasil dos anos 90. **Tempo Social**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 63-81, out. 1999/fev. 2000.

LEAVELL, S.; CLARCK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. de; MACHADO, C. V. Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, M. A. Descentralização e regionalização das atividades de saúde. In: SIMPÓSIO SOBRE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE, 1979, Brasília, DF. **Anais...** Brasília, DF, 1979.

LOBO, T. Descentralização: uma alternativa de mudança. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 14-24, jan./mar. 1988.

LUCCHESI, P. T. R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde: retrospectiva 1990/1995. **Planejamento e Política Pública IPEA**, n. 14, p.75-56, 1996.

LUZ, M.. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de ‘transição democrática’: anos 80”. **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n.1 , p.77-96, 1991.

LUZ, M. T. A saúde e as instituições médicas no Brasil. In: GUIMARÃES, R. **Saúde e medicina no Brasil**: contribuição para um debate. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MENDES, E. V. **A construção social da vigilância à saúde no Distrito Sanitário**. Brasília, DF: OPAS, 1992. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 10).

\_\_\_\_\_. **Distrito sanitário**: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC, 1993.

MINAYO, M. C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 1996.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio/jun. 2005.

MULLER NETO, J. S. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. **Saúde em Debate**, n. 31, p. 54-66, mar. 1991.

NEVES, G. H. **Descentralização ou desconcentração dos serviços de saúde?.** Rio de Janeiro: IBAM, 1987.

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

NOVAES, H. M.; CAPOT MIR, R. El hospital y la red de los Sistemas Locales de Servicios de Salud. Buenos Aires, [19--].

OPS. **Propuesta de apoyo al desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud y al proceso de descentralización de los países de la Región de las Américas.** Washington, DC, 1987.

PAGANINI, J. M. **El desarrollo municipal.** Washington, DC: OPS, 1995.

\_\_\_\_\_. Los Sistemas Locales de Salud y las acciones integradas de salud: In: \_\_\_\_\_. **Los Sistemas Locales de Salud: conceptos, métodos, experiencias.** Washington, DC: OPS, 1990. (OPS-Publicación Científica, 519).

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Epidemiologia & saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

\_\_\_\_\_. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: DINA, C. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation and research methods**. 2th. ed. Newbury Par: Age Publications, 1980.

RODRIGUES, B. A. **Fundamentos de administração sanitária**. 2. ed. Brasília, DF: Senado Federal, 1979.

SCATENA, J. H. G. **Avaliação da descentralização da assistência à saúde no Estado de Mato Grosso**. 2000. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SCHRAIBER, L. B. Programação hoje: a força do debate. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1993. (Saúde em Debate, 30).

SICOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 101-122, fev. 2003.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1988.

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

SISTEMA de Informação terá dados sobre saúde. **Diário do Nordeste**, 4 fev. 1999. Caderno Regional, p. 3.

SOUSA, F. P. **Enfoque teórico sobre a descentralização**. Fortaleza, 1993.

SOUZA, L. E. P. F.; SILVA, L. M. V. da; HARTZ, Z. M. A. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. da (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas de sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA, 2005.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual pós políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001.

STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”. In: STARFIELD, B. (Org.). **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2002.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 153-162, 2002. Suplemento.

TENDLER, J. **Bom governo nos trópicos: uma visão crítica**. Rio de Janeiro: REVAN, 1998.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 5190-5198, 2004. Suplemento.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

VIANA, A. L. A. et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 139-151, 2002. Suplemento.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; OLIVEIR. A. R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto: lições do caso brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.

## 7. ANEXOS

## ANEXO A - Macro-regiões político-administrativas – Ceará - 2006

Macrorregião	Municípios
Metropolitana de Fortaleza	Fortaleza, Maracanaú, Caucaia, Eusébio, Maranguape, Pacajus, Aquiraz, Horizonte, São Gonçalo do Amarante, Itaitinga, Pacatuba, Chorozinho, Guaiuba.
Litoral Oeste	Amontada, Apuiarés, Itapajé, Itapipoca, Miráima, Paracuru, Paraipaba, Pentecoste, São Luis do Curu, Tejuçuoca, Trairi, Tururu, Umirim, Uruburetama, Acaraú, Bela Cruz, Cruz, Itarema, Jijoca de Jericoacoara, Marco, Morrinhos, Barriquinha, Camocim, Chaval, Granja, Martinópolis, Uruoca.
Sobral/ Ibiapaba	Carnaubal, Sobral, Croata, Guaraciaba do Norte, Ibiapina, Ipu, São Benedito, Tianguá, Ubajara, Viçosa do Ceará, Alcântaras, Cariré, Coreau, Forquilha, Frecheirinha, Graça, Groairas, Hidrolândia, Irauçuba, Massapé, Meruoca, Moraujo, Mocambo, Pacaju, Pires Ferreira, Reriutaba, Santan do Acarú, Senador Sá, Varjota.
Sertão dos Inhamuns	Crateús, Ararendá, Catunda, Independência, Ipaporanga, Ipueiras, Monsenhor Tabosa, Nova Russas, Novo Oriente, Poranga, Tamboril.
Sertão Central	Quixeramobim, Caridade, General Sampaio, Itatira, Paramoti, Santa Quitéria, Banabuiú, Boa Viagem, Choro, Ibaretam, Ibicuitinga, Madalena, Quixadá, Deputado Irapuam Pinheiro, Milha, Mombaça, Pedra Branca, Piquet Carneiro, Senador Pompeu, Solonópolis, Canindé
Baturité	Acarape, Aracoiaba, Aratuba, Barreira, Baturité, Capistrano, Guaramiranga, Itapiúna, Mulungu, Ocara, Pacoti, Palmácia, Redenção.
Litoral Leste/ Jaguaribe	Beberibe, Russas, Fortim, Icapuí, Itaiçaba, Pindoretama, Alto Santo, Palhano, Quixeré, São João do Jaguaribe, Ererê, Iracema, Jaguaratama, Jaguaribara, Pereiro, Potiretama, Limoeiro do Norte, Jaguaribe, Cascavel, Aracati, Morada Nova Tabuleiro do Norte.
Cariri/ Centro Sul	Cariú, Catarina, Jucás, Orós, Quixelô, Baixio, Cedro, Ipaumirim, Lavras da Mangabeira, Umari, Várzea Alegre, Alatneira, Antonina do Norte, Araripe, Assaré, Campos Sales, Nova Olinda, Potengi, Saboeiro, Salitre, Santana do Carir, Tarrafas, Caririaçu, Farias Brito, Granjeiro, Jardim, Juazeiro do Norte, Abaiara, Aurora, Barro, Brejo Santo, Jati, Mauriti, Milagres, Missão Velha, Penaforte, Porteira, Iguatu, Crato, Barbalha, Acopiara, Icó.

Fonte: Anuário do Ceará – 2006

## ANEXO B - Microrregiões geográficas – Ceará - 2006

<b>Microrregião</b>	<b>Municípios</b>
Baixo Curu	Paracuru; Paraipaba; São Gonçalo do Amarante
Baixo Jaguaribe	Alto Santo; Ibicuitinga; Jaguaruana; Limoeiro do Norte; Morada Nova; Palhano; Quixeré; Russas; São João do Jaguaribe; Tabuleiro do Norte
Barro	Barro; Aurora; Mauriti
Baturité	Acarapé; Aracoiaba ; Aratuba; Baturité; Capistrano; Guaramiranga; Itapiúna; Mulungu; Pacoti; Palmácia; Redenção
Brejo Santo	Abaiara; Brejo Santo; Jati; Milagres; Penaforte
Canindé	Canindé; Caridade; Itatira; Paramoti
Cariri	Barbalha; Crato; Jardim; Juazeiro do Norte; Missão Velha; Nova Olinda ; Porteiras; Santana do Cariri
Caririaçu	Altaneira; Caririaçu; Farias Brito; Granjeiro
Cascavel	Beberibe; Cascavel; Pindoretama
Chapada do Araripe	Araripe; Assaré; Campos Sales; Potengi; Salitre
Chorozinho	Araripe; Assaré; Campos Sales; Potengi; Salitre
Coreaú	Coreaú; Frecheirinha; Moraújo; Uruoca
Fortaleza	Aquiraz; Caucaia; Eusébio; Fortaleza; Guaiúba; Itaitinga; Maracanaú; Maranguape; Pacatuba
Iguatu	Cedro; Icó; Iguatu; Orós; Quixelô
Ibiapaba	Ipu, Carnaubal, Croatá, Guaraciaba do Norte, Ibiapina, São Benedito, Tianguá, Ubajara e Viçosa do Ceará.
Ipu	Ipu; Ipueiras; Pires Ferreira; Poranga; Reriutaba; Varjota
Itapipoca	Amontada; Itapipoca; Trairi
Lavras da Mangabeira	Baixio; Ipaumirim; Lavras da Mangabeira; Umari; Quitaius
Litoral de Aracati	Aracati; Fortim; Icapuí; Itaíçaba
Litoral de Camocim e Acaraú	Acaraú; Barroquinha; Bela Cruz; Camocim; Chaval; Cruz; Granja; Itarema; Jijoca de Jericoacoara; Marco; Martinópolis; Morrinhos
Médio Curu	Apuiarés; General Sampaio; Pentecoste; São Luís do Curu; Tejuçuoca
Médio Jaguaribe	Jaguaretama; Jaguaribara; Jaguaribe
Meruoca	Alcântaras; Meruoca
Pacajus	Horizonte; Pacajus
Santa Quitéria	Catunda; Hidrolândia; Santa Quitéria
Serra do Pereiro	Ererê; Iracema; Pereiro; Potiretama
Sertão de Crateús	Ararendá; Crateús; Independência; Ipaporanga; Monsenhor Tabosa; Nova Russas; Novo Oriente; Quiterianópolis; Tamboril
Sertão de Inhamuns	Aiuaba; Arneiroz; Catarina; Parambu; Saboeiro; Tauá
Sertão de Quixeramobim	Banabuiú; Boa Viagem; Choró; Ibareta; Madalena; Quixadá; Quixeramobim
Sertão de Senador Pompeu	Acopiara; Deputado Irapuan Pinheiro; Milhã; Mombaça ; Pedra Branca; Piquet Carneiro; Senador Pompeu; Solonópolis
Sobral	Cariré; Forquilha; Graça; Groaíras; Irauçuba; Massapê; Miraíma; Mucambo; Pacujá; Santana do Acaraú; Senador Sá; Sobral
Uruburetama	Itapagé; Tururu; Umirim; Uruburetama.
Várzea Alegre	Antonina do Norte, Cariús, Jucás, Tarrafas e Várzea Alegre.

Fonte: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Microrregi%C3%A3o\\_da\\_Ibiapaba](http://pt.wikipedia.org/wiki/Microrregi%C3%A3o_da_Ibiapaba) (em 01.08.06)

## ANEXO C - Macrorregiões e Microrregiões de Saúde – Ceará - 2006

Macrorregiões	Microrregiões	Municípios
Fortaleza	Fortaleza	Aquiraz; Eusébio; Itaitinga
	Caucaia;	Itapajé; Paracuru; Paraipaba; Pentecoste; Apuiarés General Sampaio; General Sampaio; Sao Luiz do Curu; Tejussuoca; São G. do Amarante
	Maracanaú;	Maranguape; Palmácia; Pacatuba; Redenção; Acarape; Barreira; Guaiúba
	Baturité	Aracoiaba; Aratuba; Capistrano; Itapiuna; Pacoti; Guaramiranga; Mulungu
	Canindé	Itatira; Boa Viagem; Madalena; Caridade; Paramoti
	Itapipoca;	Miraima; Tururu; Amontada; Trairí; Uruburetama Umirim
	Aracati;	Amontada; Trairi; Uruburetama; Itaiçaba; Fortim ; Icapuí
	Quixadá;	Quixeramobim; Banabuiú; Choró; Ibaretama; Pedra Branca; Senador Pompeu; Milhã; Solonópole
	Russas;	Palhano; Jaguaretama; Jaguaruana; Morada Nova Ibicuitinga
	Limoeiro do Norte	Alto Santo; Quixeré; São João do Jaguaribe; Taboleiro Do Norte; Iracema; Ererê ; Potiretama Jaguaribe; Jaguaribara; Pereiro
	Iguatú;	Jucás; Saboeiro; Acopiara; Catarina; Dep. Irapuan Pinheiro; Piquet Carneiro; Cariús; Mombaça; Quixelô
	Icó;	Cedro; Baixio; Ipaumirim; Umari; Lavras da Mangabeira; Orós
	Tauá	Aiuaba; Arneiróz; Parambu
Cascavel	Pindoretama; Horizonte; Pacajus; Chorozinho Beberibe; Ocara	
Sobral	Sobral;	Ipú; Pires Ferreira; Alcântaras; Cariré ; Forquilha Frecheirinha; Groairas; Irauçuba; Massapê; Meruoca; Senador Sá; Uruoca; Coreau; Moraújo; Mucambo; Graça; Pacuja; Reriutaba; Varjota; Santana do Acaraú; Santa Quitéria; Catunda. Hidrolândia
	Acaraú;	Cruz; Jijoca de Jericoacoara; Itarema; Marco; Bela Cruz; Morrinhos
	Tianguá;	São Benedito; Carnaubal; Croatá; G. do Norte; Ibiapina; Ubajara; Viçosa do Ceará
	Crateús;	Ararendá; Independência; Ipaporanga; Novo Oriente; Quiterianópolis; Ipueiras; Poranga; Monsenhor Tabosa; Nova Russas; Tamboril
	Camocim	Barroquinha; Chaval; Granja; Martinopole
Cariri	Brejo Santo;	Abaiara; Barro; Jati ; Penaforte ; Porteiras; Aurora Mauriti; Milagres
	Crato;	Altaneira; Assaré; Nova Olinda; Santana do Cariri. Tarrafas; Araripe; Potengi; Campos Sales; A. do Norte; Salitre; Farias Brito; Várzea Alegre
	Juazeiro do Norte	Barbalha; Granjeiro; Caririaçu; Jardim; Missão Velha

Fonte: SESA/ 2006

## ANEXO D - Microrregiões de Saúde e Módulos Assistenciais

MR	Módulos Assistenciais		
	Municípios Sede e Pólo	Município Sede	Município Satélite
<b>1ª MR Fortaleza</b>	CASCADEL ( 58.268)		
	FORTALEZA (2.183.612)		
		AQUIRAZ (62.326)	
		HORIZONTE (35.693)	
		PINDORETAMA (15.376)	
		EUSÉBIO (32.867)	ITAITINGA (30.001)
	PACAJÚS (45.307)	CHOROZINHO (19.106)	
		OCARA (21.704)	
<b>2ª MR Caucaia</b>	CAUCAIA (260.700)		
		ITAPAJÉ (41.947)	UMIRIM (17.588)
		PARACURU (28.314)	
		PARAIPABA (26.004)	
		PENTECOSTE (32.517)	APUIARÉS (12.911)
		SÃO G. DO AMARANTE (36.301)	GENERAL SAMPAIO (4.780)
		SAO LUIZ DO CURU (11.602)	
		TEJUSSUOCA (13.733)	
<b>3ª MR Maracanaú</b>	MARACANAÚ (176.741)		
	MARANGUAPE(89.742)		PALMÁCIA (9.980)
		PACATUBA (53.591)	
		REDENÇÃO (25.269)	ACARAPE (13.256)
			BARREIRA (17.255)
		GUAIÚBA (20.168)	
<b>4ª MR Batutité</b>	ARACOIABA (24.234)		
	BATURITÉ (30.140)		MULUNGÚ (9.020)
		ARATUBA (12.575)	
		CAPISTRANO (15.857 )	
		ITAPIUNA (16.671)	
	PACOTI (11.018 )	GUARAMIRANGA (5.763)	
<b>5ª MR Canindé</b>	CANINDÉ (70.531)		ITATIRA ( 15.735)
		BOA VIAGEM (50.578)	MADALENA ( 15.120)
		CARIDADE (15.983)	
		PARAMOTI ( 11.033)	
<b>6ª MR Itapipoca</b>	ITAPIPOCA (96.437)		MIRAIMA (11.580)
			TURURU ( 11.668)
		AMONTADA (33.236)	
		TRAIRÍ ( 45.533)	
	URUBURETAMA ( 16.810)		
<b>7ª MR Aracati</b>	ARACATI (62.385)		ITAIÇABA (6.683)
		BEBERIBE (43.032 )	
		FORTIM ( 12.383)	
		ICAPUÍ (16.344)	
<b>8ª MR Quixadá</b>	QUIXADÁ ( 70.493)		BANABUIÚ (16.400)
			CHORÓ ( 12.145)
			IBARETAMA (12.811)
	QUIXERAMOBIM (58.896)		
		PEDRA BRANCA (40.958)	
	SENADOR POMPEU( 27.302)	MILHÃ (13.131)	
		OLONÓPOLE ( 16.974)	

## Continuação (ANEXO D - Microrregiões de Saúde e Módulos Assistenciais)

MR	Módulos Assistenciais		
	Municípios Sede e Pólo	Município Sede	Município Satélite
9º MR Russas	RUSSAS (58.607)	JAGUARETAMA ( 18.098)	PALHANO (8.184)
		JAGUARUANA ( 30.204)	
		MORADA NOVA ( 65.067)	IBICUITINGA ( 9.530)
10º MR Limoeiro do Norte	LIMOEIRO DO NORTE (50.548)		ALTO SANTO (15.611)
			QUIXERÉ (17.231)
			SÃO JOÃO DO JAGUARIBE (8.715)
			TABOLEIRO DO NORTE ( 27.343)
		IRACEMA ( 13.036)	ERERÊ (6.283)
JAGUARIBE (35.386)		POTIRETAMA ( 5.747)	
PEREIRO (15.201)		JAGUARIBARA (8.851)	
11º MR Sobral	IPÚ ( 39.445)		PIRES FERREIRA (8.539)
	SOBRAL (158.513)		ALCANTARAS (9.664)
			CARIRÉ (18.755)
			FORQUILHA (17.775)
			FRECHEIRINHA (12.066)
			GROAIRAS (8.817)
			IRAUÇUBA (19.859)
			MASSAPÊ (30.240)
			MERUOCA (11.450)
			SENADOR SÁ (5.629)
			URUOCA ( 11.628)
11º MR Sobral		COREAÚ (20.270)	MORAÚJO (7.110)
		MUCAMBO ( 14.029)	GRAÇA (14.838)
		RERIUTABA (21.691)	PACUJA (5.722)
		SANTANA DO ACARAÚ (26.655)	VARJOTA (16.983)
		SANTA QUITÉRIA ( 42.588)	CATUNDA (9.343)
12º MR Acarauá	ACARAÚ (49.448)		HIDROLANDIA (17.648)
		CRUZ (20.452)	JIOCA DE JERICOACOARA (12.843)
		ITAREMA (30.952)	
12º MR Acarauá		MARCO (20.386)	BELA CRUZ ( 28.666)
			MORRINHOS (18.338)
13º MR Tianguá	SÃO BENEDITO (40.264)		CARNAUBAL (15.437)
	TIANGUÁ (59.744)		
		CROATÁ (16.214)	
		G. DO NORTE (35.535)	
		IBIAPINA (22.406)	
		UBAJARA (27.449)	
	VIÇOSA DO CEARÁ (45.924)		
14º MR Tauá	TAUÁ (52.010)		AIUABA (14.580)
		PARAMBU (32.533)	ARNEIRÓZ (7.559)

## Continuação (ANEXO D - Microrregiões de Saúde e Módulos Assistenciais)

MR	Módulos Assistenciais			
	Municípios Sede e Pólo	Município Sede	Município Satélite	
15ª MR Crateús	CRATEÚS (71326)		ARARENDÁ (10.088)	
			INDEPENDÊNCIA (25.395)	
			IPAPORANGA (11.285)	
			NOVO ORIENTE (25.957)	
			QUITERIANÓPOLIS (18.515)	
	CRATEÚS (71326)	IPUEIRAS (38.586)	MONSENHOR TABOSA( 16.445)	PORANGA (11.817)
				NOVA RUSSAS (29.435)
				TAMBORIL (25.928)
				BARROQUINHA (14.019)
				CHAVAL (12.340)
				GRANJA (49.322)
				MARTINOPOLE (8.869)
17ª MR Icó	CEDRO (24.204)			
	ICÓ (62.743)		BAIXIO (5.757)	
			IPAUMIRIM (11.551)	
		LAVRAS DA MANGABEIRA (31.145)		UMARI (7.394)
	ORÓS (21.935)			
18ª MR Iguatú	IGUATU (86.976)		JUCÁS ( 22.799)	
			SABOEIRO (16.297)	
		ACOPIARA (46.838)		CATARINA ( 15.991)
				DEP. IRAPUAN PINHEIRO ( 8.435)
				PIQUET CARNEIRO ( 13.135)
	CARIÚS (18.557)			
	MOMBAÇA ( 41.243)			
	QUIXELÔ (15.584)			
19ª MR Brejo Santo	BREJO SANTO (38.976)		ABAIARA (8.441)	
			BARRO (20.097)	
			JATI (7.315)	
			PENAFORTE ( 7.086)	
			PORTEIRAS (15.733)	
		AURORA (25.559)		
	MAURITI (43.033)			
	MILAGRES ( 27.323)			
20ª MR Crato	CRATO ( 106.078)		ALTANEIRA (5.790)	
			ASSARÉ (21.136)	
			NOVA OLINDA (12.168)	
			SANTANA DO CARIRI ( 17.012)	
			TARRAFAS ( 9.146)	
		ARARIPE ( 19.845)		POTENGI (9.210)
				A . DO NORTE ( 6.667)
				SALITRE ( 14.068)
	FARIAS BRITO (20.657)			
	VÁRZEA ALEGRE (35.230)			
21ª MR Juazeiro do Norte	BARBALHA (48.049)			
	JUAZEIRO DO NORTE ( 216.560)		GRANJEIRO (5.366)	
		CARIRIAÇU (26.274)		
		JARDIM ( 26.770)		
		MISSÃO VELHA ( 32.569)		

## ANEXO E – Roteiro Entrevista

Município:

Secretário Municipal de Saúde:

### 1. Atenção Básica em Saúde

- a. Quantas equipes do PSF existem no seu município?
- b. Cobre todo o município?
- c. Existe unidade básica de saúde sem PSF? Por que?
- d. Existe um território definido de atuação das equipes do PSF? Como e quando foi definido?
- e. Existe um território definido de abrangência das unidades de saúde sem PSF? Como e quando foi definido?
- f. Existe uma população adscrita a estas unidades de saúde? Como e quando foi feita esta adscrição?
- g. Foram identificados os problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais a população está exposta? Como e quando foi feita esta identificação?
- h. Que problemas foram identificados e o que foi proposto para o seu enfrentamento?
- i. Está sendo feito um monitoramento destes problemas? Como?
- j. Existem dados atualizados de morbi-mortalidade por área de atuação do PSF? Como são atualizados?
- k. São executados procedimentos de vigilância à saúde para os diferentes ciclos de vida? Quais são estes procedimentos?
- l. O município está capacitado para resolver todos os problemas de saúde no nível de atenção básica para os diferentes ciclos de vida?
- m. Há garantia de acesso para a continuidade do tratamento dentro de um sistema de referência e contra-referência para os casos de maior complexidade ou que necessitem de internação hospitalar?
- n. As equipes do PSF organizam e coordenam grupos de educação para a saúde? Que grupos?
- o. É incentivada e apoiada a criação de grupos de patologias específicas como de hipertensão, de diabéticos, de saúde mental? Que atividades/ ações são desenvolvidas nestes grupos?

- p. São promovidas ações intersetoriais em parcerias com organizações formais e informais para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados?
- q. Você identifica mudanças na forma de atuação destas unidades de saúde?
- r. Que tipo de mudança?
- s. Como e onde podemos verificar estas mudanças ?

## 2. Regionalização/ Hierarquização

- a. O Sistema Municipal de Saúde garante as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: crianças, adolescentes, mulher, adulto e idoso?
- b. Além de consultas médicas nas clínicas básicas são realizadas algumas consultas especializadas? Por exemplo: Existe garantia de Rx de tórax para todas as solicitações? E ultrassonografia ginecológica? Existe um mecanismo de controle das realizações e regulação das solicitações?
- c. Como as Unidades Básicas de Saúde se vinculam aos serviços de maior complexidade?
- d. Existe um fluxo formal de referência entre as unidades de complexidade crescente?
- e. Existe fluxo formal de contra-referência entre as unidades?
- f. Como funciona este fluxo no município?
- g. Como é feito o agendamento?
- h. Qual o tempo médio de espera para o atendimento agendado?
- i. Como funciona entre os outros municípios da micro-região?
- j. Como funciona entre outros municípios?
- k. O município realiza todos os procedimentos do PAB – A?
- l. Para onde o município encaminha o procedimento que ele não realiza?
- m. Como encaminha? Qual o instrumento?
- n. Melhorou a atenção á saúde no seu município?
- o. Onde e como você percebe e verifica esta mudança?

## 3. Atenção à saúde da criança:

- a. Existe um acompanhamento de 100% das crianças menores de 1ano, e com é feito este acompanhamento:

- b. É realizado o esquema vacinal de rotina? É feita, de rotina, a busca de faltosos?
- c. Qual a proporção de menores de 1 ano de idade com esquema completo de vacinação?
- d. É feito o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento?
- e. Qual a percentual de nascidos vivos pesados ao nascer?
- f. Qual a percentual de nascidos vivos com baixo peso ao nascer?
- g. Qual o percentual de crianças menores de 4 meses, com aleitamento materno exclusivo?
- h. Quais as atividades desenvolvidas de promoção ao aleitamento materno
- i. Existe um monitoramento das doenças diarréicas?
- j. Qual a proporção de hospitalizações em menores de 5 anos por diarreia?
- k. Existe um monitoramento das IRA's?
- l. Qual a proporção hospitalizações de menores de 2 anos de idade com IRA?
- m. Que atividades educativas são desenvolvidas para promoção da saúde e prevenção das doenças?
- n. Existe garantia de acesso ao ambulatório especializado, para exames laboratoriais e atendimento hospitalar?

#### 4. Atenção à saúde da mulher:

- a. Qual o coeficiente de mortalidade materna?
- b. Qual a principal causa da mortalidade?
- c. Existe um cadastro e acompanhamento de todas as gestantes e puérperas?
- d. Existe uma vinculação para o parto?
- e. Qual a média de consultas no pré-natal? É feito, de rotina, a busca de faltosos?
- f. O município tem um serviço de prevenção de Ca. Ginecológico?
  - i. Faz diagnóstico clínico e laboratorial?
  - ii. Há garantia de acesso a referência ambulatorial especializada, para exames laboratoriais e hospitalar?
  - iii. É garantido e realizada a seqüência de atenção garantindo a integralidade do atendimento?

#### 5. Atenção ao hipertenso

- Existe um cadastro dos portadores de hipertensão?
- É feito busca ativa de casos?
- Existe um acompanhamento ambulatorial e domiciliar?
- É fornecida a medicação de rotina?
- É realizado ou garantido exames laboratoriais complementares?
- É realiza ou garantido ECG e RX de tórax?
- É realizado ou garantido atendimento às crises hipertensivas e outras complicações?
- São realizadas ações educativas para controle de condições de risco (obesidade, vida sedentária, tabagismo) e prevenção de complicações?
- É incentivada e apoiada a criação de grupos visando a adoção de hábitos saudáveis para a promoção da saúde? Que tipo de grupos? Como foram organizados? Que atividades/ ações são desenvolvidas nestes grupos?

#### 6. Controle de tuberculose:

- São identificados e examinados todos os sintomático respiratórios?
- É realizado exame clínico dos SR e comunicante?
- Como é acesso aos exames para diagnóstico e controle laboratorial? Onde são realizados a Baciloscopia e exame radiológico em SR com baciloscopias negativas ? No município ou referenciado? É feita a contra-referência?
- Qual a proporção de tuberculoso que realizou exame de escarro?
- È feito o cadastro e acompanhamento de todos os portadores de tuberculose?
- O tratamento é:
  - Supervisionado?
  - Auto-administrado?
- Os medicamentos são fornecidos de forma sistemática contínua?
  - As intercorrências são atendidas no município?
- Qual a proporção de tuberculosos que comparece à consulta agendada?
- É feita a busca ativa de faltosos?
- É realizada pesquisa de comunicantes? É feito a quimioprofilaxia de rotina?
- Qual a proporção de comunicantes de tuberculosos examinados?
- É desenvolvida ações educativas?
- Existe registro do controle de tuberculose?

- Qual a incidência e prevalência da tuberculose no município?
- Qual o percentual de abandono do tratamento por local e tratamento?