

RESUMO

A pesquisa objetiva: a) compreender o novo papel dos Estados subnacionais, especialmente de nível regional, no contexto de globalização, fragmentação, enfraquecimento do estado-nação e emergência de instâncias supranacionais de poder; b) suprir a carência de estudos atuais voltados para a regionalização da gestão da saúde - dado que a ênfase vem recaindo sobre o processo de municipalização; c) analisar experiências inovadoras visando subsidiar a formulação de propostas de reforma que levem em conta as mudanças recentes no padrão de relacionamento estado-sociedade e as novas formas de provisão dos serviços de saúde, as quais demandam um maior esforço de coordenação ao nível regional. É analisado o papel desempenhado pela Secretaria de Estado da Saúde na implantação dos “Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde” no Estado do Ceará a partir de 1998. A escolha deste Estado justifica-se dada sua boa colocação em termos de políticas públicas e sua postura inovadora, além do sucesso de alguns de seus programas - com grande impacto nos indicadores de saúde. A proposta de “Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde” por sua vez, contribui com a visão intersetorial e inova em termos de regionalização. O referido programa possui o município como protagonista, embora uma atuação mais efetiva do nível estadual no espaço de gestão tenha se mostrado estratégica.

PALAVRAS-CHAVE

Gestão estratégica; Políticas públicas em saúde; Descentralização; Gestão microrregional; Estado do Ceará; Inovação.

ABSTRACT

This research aims a) to understand the new role of the state government in the process of globalization, fragmentation weakening of Nation-state and the strengthening of the supranational level of power; 2) to fulfill the absence of updated studies on the regional level of health care management – because emphasis has been given to local level; 3) to analyze reform propositions that consider recent changes in the patterns of state-society relationship and new offers of health services, in which it could be signed a great effort of regional co-ordination. It will be analyzed the role assumed by the Health Secretary of Ceará State in the implementation of the Health Services Network since 1998. The choice of Ceará State is given by its good performance in health indicators, upon the National Health Ministry. The Health Services Network renews the sense of regionalization. This program has the municipality as the main actor, yet the regional action could be considered as strategic.

KEY WORDS

Strategic management; Health public policy; De-centralization; Under-regional management; Ceará State; Innovation.

SUMÁRIO

I.	Introdução	5
II.	A descentralização enquanto estratégia para o fortalecimento da capacidade de governança.....	8
	1. A política de saúde no Brasil: o Sistema Único de Saúde	10
	2. Descentralização e municipalização.....	14
	3. O papel do nível estadual neste contexto	16
III.	A política de saúde do Estado do Ceará	17
	1. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) como forma de estruturação da atenção primária.....	24
	2. A implantação do Sistema Microrregional de Serviços de Saúde como estratégia de reorganização do nível secundário.....	28
IV.	Conclusões	57
	1. Política de saúde e o papel do nível estadual	59
	2. Modelo de gestão.....	61
	3. Centralização, descentralização e o conceito de local	65
	4. Intersetorialidade	67
	5. Negociação e controle social	69
	6. Considerações finais.....	71
V.	Bibliografia	73

VI. Anexos	75
VII. Quadro	217
VIII. Figuras.....	219

GESTÃO ESTRATÉGICA DE POLÍTICAS PÚBLICAS PELOS GOVERNOS SUBNACIONAIS: ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA “SISTEMAS MICRORREGIONAIS DE SERVIÇOS DE SAÚDE” NO ESTADO DO CEARÁ*

Tania Margarete Mezzomo Keinert

I. INTRODUÇÃO

O presente relatório objetiva apresentar os resultados da pesquisa realizada no Estado do Ceará nos meses de agosto de 2000 a janeiro de 2001, conforme objetivos e metodologia propostos no projeto de pesquisa aprovado pelo NPP/EAESP/FGV em julho de 2000.

Conforme o colocado no projeto de pesquisa o trabalho tem como **objetivos gerais** discutir o novo **papel das instâncias regionais de poder** (governos subnacionais) na formulação e implementação das políticas públicas de saúde, frente ao processo de **descentralização** em andamento no Brasil, num contexto paradoxal de fortalecimento das instâncias locais de poder e enfraquecimento dos Estados-Nacionais em função da globalização.

Ainda, objetiva **fornecer subsídios**, através da análise das "melhores práticas", no caso, as experiências de implantação dos Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde no Estado do Ceará, para a elaboração de estratégias de intervenção destinadas a tornar efetivo o **papel de coordenador e de articulador** dos Estados

* O NPP agradece às alunas que participaram da pesquisa que originou o presente relatório como auxiliar de pesquisas, Tereza Etsuko da Costa Rosa, e como monitora de pesquisas, Silvana Mingone.

subnacionais na formulação de políticas públicas e na organização dos serviços de saúde ao nível microrregional e regional .

Pretende-se, desta forma, resgatar experiências fundadas na idéia de **parceria** entre as partes componentes do pacto federativo, recuperando as noções de **cooperação intergovernamental** e de **solidariedade territorial e social**, componentes essenciais da idéia de federação. Concretamente, objetiva-se demonstrar que houve, nas experiências analisadas, uma redefinição dos papéis de cada nível na formulação e execução das políticas sociais, com vistas a uma ação conjunta e coordenada.

Em relação à experiência analisada, como **objetivos específicos**, pretendeu-se demonstrar que o modelo de Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde avança no sentido de fortalecer o papel **coordenador** do Estado ao nível municipal e possui um potencial muito grande no sentido de **articulação microrregional** e de implementação de uma política de saúde neste nível.

Buscou-se mostrar, ainda, que o planejamento intersetorial e a articulação microrregional, podem ser aliados à subcontratação da prestação dos serviços, desde que submetidos à uma clara **política de saúde**, coordenada por um Estado forte, especialmente na regulação e coordenação das ações de nível regional e microrregional.

Neste sentido enfatiza-se que o objetivo do trabalho não foi o de efetuar uma avaliação de impacto das experiências segundo indicadores sócio-econômicos ou epidemiológicos, mas sim, fornecer subsídios para a discussão sobre o novo papel das instâncias regionais de poder na formulação e implementação das políticas públicas de saúde, tendo em vista o processo de descentralização/municipalização ora em curso. Buscou-se, portanto, destacar alternativas de redesenho institucional e estratégias de gestão.

É por esta razão que serão estudadas, a cada seis meses, diferentes experiências bem sucedidas de estados da federação na redefinição do papel das secretarias estaduais de Saúde na implantação e coordenação de modelos descentralizados de gestão que trabalhem em parceria com os governos locais.

Na Seção II - A Descentralização enquanto Estratégia para o Fortalecimento da Capacidade de Governança retoma-se alguns princípios norteadores da política de saúde no Brasil, problematizando, especialmente, a atuação dos governos subnacionais no contexto de descentralização e municipalização. Destaca-se, ainda, as características inovadoras que o Estado do Ceará vem apresentando na gestão de políticas públicas.

Como estratégia metodológica foram entrevistados, conforme consta no projeto de pesquisa aprovado “atores-chave do processo de gestão da saúde - em nível regional e microrregional”. Estas entrevistas tinham como objetivo principal “demonstrar o que foi feito em nível estadual e compreender o que levou os municípios a aderir ao programa”.

Destaca-se, portanto, que a visão dos atores de nível estadual, local e microrregional foi captada através de entrevista gravada e documentada, cuja estrutura se apresenta nos anexos 1 e 2 (roteiros). O anexo 3 registra a íntegra das entrevistas e cujos resultados são discutidos na Seção III - Política de Saúde do Estado do Ceará.

Destaca-se, por fim, que o período de duração do projeto, bem como as limitações orçamentárias, especialmente, de equipe de pesquisa, somente permitiram abranger na análise aspectos relacionados ao **modelo de gestão**, não tendo sido proposta a avaliação da experiência estudada e seu impacto na saúde da população. Isto poderá ser realizado em estudos complementares cruzando-se, por exemplo, com alguns indicadores de saúde, dado, inclusive o período recente de implantação da proposta.

Posteriormente, dando seguimento à pesquisa, estudar-se-ão experiências de outros estados da federação, o que permitirá que se avance em análises comparativas sobre os modelos de gestão de vários estados, São Paulo, inclusive.

II. A DESCENTRALIZAÇÃO ENQUANTO ESTRATÉGIA PARA O FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE GOVERNANÇA

Nos países de primeiro mundo, depois da II Guerra, implantaram-se os Estados de Bem-Estar Social, onde, por um lado, os Estados intervêm nas relações sociais para regular as atividades econômicas e, por outro, garantem alguns direitos sociais dos cidadãos. No início dos anos 70, os Estados de Bem-Estar Social, intervencionistas e centralizados em grandes aparelhos burocráticos, começaram a dar sinais de esgotamento. O conceito de descentralização se desenvolve fortemente nesse contexto como resposta à crise dos Estados de Bem-Estar Social (MENDES, 1998; VIANA, 1998).

Pode-se dizer que o desenvolvimento da descentralização no Brasil, influenciada por esse processo internacional, inicia-se no final da década de 70 com o movimento municipalista. Considera-se que o forte movimento de prefeitos aliados a alguns governadores e as mudanças na repartição de recursos pró-instâncias subnacionais de governo, que ocorreram neste período, foram elementos fundamentais do processo de descentralização, catalisado pela crise do Estado brasileiro e pelo processo de democratização no país. O processo fica fortalecido com a eleição de diversos governadores, em 1982, que tinham como lema, a descentralização. Entretanto, sem uma iniciativa de coordenação do processo de descentralização, esta vai se consolidar somente com a constituição de 1988.

É nesse contexto que na formulação e implementação da política pública de saúde no Brasil, a partir dos anos 80, foi adotada a estratégia da descentralização, tanto ao nível do processo decisório, quanto da prestação direta dos serviços.

Em 1987, iniciou-se no Brasil o desenvolvimento de Sistemas Locais de Saúde (SILOS), especialmente motivado pelo documento "Health for All in the Year 2000" da WHO. Particularmente, o processo de descentralização toma forma com a proposta de organização de "distritos sanitários", base organizacional e operativa do reordenamento dos serviços de saúde em nível local, elaborados com o objetivo de fundamentar o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)¹.

Este foi o início de uma tentativa de unificar, sob um controle gerencial centralizado, a responsabilidade de intervenção na área de atenção à saúde, operacionalmente dispersa entre os vários níveis de governo.

A Constituição de 1988, através da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) com princípios tais como a universalidade e integração das ações; prioridade à prevenção e participação popular; descentralização da gestão e fortalecimento do papel dos municípios - unificando a gestão dos serviços ao nível local ; formula a política pública de saúde atualmente em vigor no Brasil² (KEINERT, T. M. M. & CERQUEIRA, M. B. 1995).

¹ - Vilaça Mendes, E. "Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde", Hucitec/Abrasco: São Paulo-Rio de Janeiro, 1995.

² - O Sistema Único de Saúde, como foi mencionado acima, constitui-se na política pública de saúde, definida na Constituição Federal e em Lei Complementar. Além disto, constitui-se também na rede de prestação de serviços do Estado. Assim, quando se fala do SUS pode-se estar falando tanto da política pública, quanto do Sistema Estatal de prestação de serviços. Temos no Brasil um sistema plural de atenção à saúde, composto pelo subsistema estatal (rede do SUS), pelo subsistema de atenção médica supletiva (conveniada e contratada pelo SUS) e pelo subsistema de desembolso direto (convênios, seguros e pagamento individual pelos serviços). Neste texto estamos nos referimos à "**política SUS**" a qual deve se submeter o sistema de saúde como um todo.

1. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O modelo hegemônico de saúde no Brasil desde o final do século XIX até a metade dos anos sessenta, foi o sanitarismo campanhista. O sistema de saúde, neste período, era determinado por “uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação” (MENDES, 1995:20). Este modelo respondia adequadamente à economia brasileira de modelo agroexportador. O aparecimento da Previdência Social está relacionado com o fim do modelo econômico agroexportador e o surgimento do processo de industrialização no país. A ênfase do saneamento dada ao espaço de circulação das mercadorias passa a ser dada, agora, às massas de trabalhadores nos centros urbanos. Simultaneamente ao crescimento da Previdência Social desenvolve-se e torna-se hegemônico o modelo médico-assistencial privatista. Modelo este que dá sinais de esgotamento no final da década de 70, por sua inadequação à realidade sanitária brasileira e pela crise da Previdência Social, seu principal sustentáculo.

O Brasil experimentou grandes transformações na área de saúde nos últimos anos, as quais se caracterizaram por uma grande mobilização popular e consequente aumento da participação na área da saúde, não somente de caráter reivindicatório, como também decisório e gerencial. Também verificou-se uma maior participação dos profissionais da área, intensificando as demandas por treinamento e formação, aumentando sua importância estratégica. Da atuação destes atores, notadamente movimentos sociais e profissionais da saúde, surge, ainda, uma ampliação do conceito de saúde, que passa a englobar não somente aspectos relativos ao processo saúde-doença, como também aqueles relativos à qualidade de vida, tais como, educação, habitação, saneamento básico.

Estas iniciativas consolidaram-se no projeto do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovado na Constituição Brasileira atualmente em vigor (1988) e regulamentado,

posteriormente, pela Lei Orgânica da Saúde. Desta forma, a Saúde, no Brasil, passa a ser uma responsabilidade constitucionalmente assumida pelo Estado e um direito civil do cidadão.

O Sistema Único de Saúde conforma-se a partir de três princípios básicos: universalização da assistência, descentralização das ações e controle social, os quais serão descritos brevemente a seguir:

- A Universalização da Assistência

O princípio da universalização da assistência à saúde estabelece livre acesso aos serviços por toda a população, rompendo com a lógica contributivista anterior - onde apenas os setores da sociedade vinculados ao mercado de trabalho recebiam assistência.³ Isto representou, obviamente, um grande avanço, dadas as características sócio-econômicas do país; ou seja, ampliaram-se enormemente as possibilidades de acesso aos serviços, especialmente para as camadas desvinculadas do mercado formal de trabalho.

No entanto, a universalidade proposta pelo sistema implicou em maiores investimentos por parte do Estado, o que, num contexto onde ainda imperam estruturas pouco flexíveis e carência de recursos, constitui-se num grande dilema. Logo, aquilo que deveria tornar-se um direito exequível pela população adquiriu um

³ - A universalização é garantida na Lei 8080/90: “Art. 2º. A Saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário de ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Pode-se afirmar, então, que o avanço substancial ocorrido no SUS foi o reconhecimento de que a saúde é um direito fundamental do ser humano e não uma contraprestação de serviços devida pelo Poder Público ao contribuinte do sistema da seguridade social. Daí o acesso à assistência ser universal e igualitário, pois enquanto direito humano fundamental não pode haver condicionantes para o seu exercício. Ver CARVALHO, G.I. de e SANTOS, L. “Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica de Saúde”. Hucitec, São Paulo, 1992, p. 55 e 61.

caráter, muitas vezes, apenas pró-forma. O atual estágio de desenvolvimento do SUS pode ser caracterizado, por um lado, por uma radical transformação na concepção do sistema de saúde; por outro, e, paradoxalmente, por lentas mudanças na sua organização e no aumento efetivo da qualidade dos serviços à população. Isto ocorre, ou porque a demanda aumentou exponencialmente, ou ainda devido à queda da qualidade ocasionada pela pressão da demanda e a falta de investimentos. Há carência de critérios de prioridade, deixando-se a cargo das "filas" esta tarefa.

- A Descentralização

O fortalecimento das instâncias locais de poder, e, em especial, dos municípios, constitui-se numa mudança importante operada pela Constituição de 1988. O novo texto constitucional fortaleceu os municípios à medida em que prevê maior participação na divisão de recursos tributários, designa novas atribuições e competências, e lhes delega maior poder decisório.

A descentralização, no caso da saúde, operou-se através implantação do SUS, que objetivou devolver às instâncias locais de poder autonomia e capacidade de gestão; estratégia destinada a dinamizar e fortalecer os serviços de saúde através do processo de municipalização.

Se, por um lado, esta proposição é coerente com a conjuntura atual - caracterizada por um movimento de globalização e pelo enfraquecimento dos estados nacionais bem como, e, paradoxalmente, por um processo de "localização"⁴, - destinando (ou gerando) recursos e recursos alternativos ao nível local; por outro, traz consigo algumas dificuldades, como, por exemplo, a efetivação deste projeto em cidades de grande porte, dada a complexidade de sua rede assistencial, de suas demandas e dos

⁴ Keinert, T. M. & Castro Silva, C. de. "Globalização, Estado Nacional e Instâncias Locais de Poder na América Latina", 1995 BALAS (BUSINESS ASSOCIATION OF LATIN AMERICAN STUDIES) Proceedings, Washington.

atores sociais envolvidos. Ainda, nos municípios menores, tem-se o problema da falta de economia de escala.

- O Controle Social

Através da participação social institucionalizada constante na proposta do SUS, objetivou-se transparência na formulação e execução das políticas públicas de saúde, bem como uma maior democratização de sua gestão. Foram criados uma série de mecanismos institucionalizados, como, por exemplo, os Conselhos de Saúde - órgãos consultivos, deliberativos e de caráter colegiado, compostos por representantes do governo, profissionais de saúde e usuários - que atuam na formulação, controle e execução das políticas de saúde.⁵

A democratização das políticas de saúde traz consigo a possibilidade de organizar demandas sociais, podendo criar uma agenda de interesses coletivos capaz de satisfazer direitos de parcelas da população antes excluídas. Não obstante as vantagens políticas que a proximidade e a participação da população trazem consigo, alguns riscos também se colocam, como, por exemplo, o risco de práticas clientelistas e populistas.

⁵ Os organismos colegiados pertencentes ao SUS são basicamente, de dois tipos: as Comissões Intergestores - instâncias de articulação, negociação e decisão dos gestores do SUS, nos diferentes níveis de governo - e as Instâncias de Participação Social - categoria na qual se incluem os Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde. Ver "Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Desenvolvimento Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde. Coordenação de Desenvolvimento e Avaliação dos Serviços de Saúde. Manual: Avançando para a Municipalização Plena da Saúde: O que cabe ao Município", 1995.

2. DESCENTRALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO

Como colocado, o processo de formulação, gestão e implementação de políticas públicas passou por intensa orientação no sentido da **descentralização**. A área da saúde talvez seja aquela onde este processo está mais avançado, seguida pela da educação. Ocorre que a descentralização acabou concentrando-se nos municípios, deixando o Estado ao nível regional como um mero repassador de recursos.

Conforme coloca Vilaça Mendes (1998:38)

*O enfraquecimento das Secretarias Estaduais de Saúde rompeu com o equilíbrio federativo e propiciou um desenvolvimento do SUS caracterizado pela **concentração do financiamento e do poder normativo no governo federal e pela devolução da União diretamente aos Municípios**. (...) Esse processo de descentralização do SUS, mediante **devolução municipalizada, com recentralização do financiamento na União, e sem a participação protagônica dos estados**, em um país grande e desigual, tende a apresentar problemas de equidade e eficiência no sistema como um todo.*

E também como assinala Médici (1996)

*O processo de descentralização do setor saúde no Brasil, desde o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, vem sendo caracterizado por uma **supervalorização do papel do Município** como prestador de serviços de saúde, ao lado de uma **subvalorização do papel dos Estados** como instâncias de organização do processo de gestão, financiamento, fiscalização e controle. Tal comportamento tem acarretado uma série de problemas, onde cabe destacar:*

a) falta de programação e desorganização do processo de localização espacial e operação da rede de serviços de saúde, uma vez que municípios próximos duplicam

ou triplicam funções que poderiam ser integradas caso houvesse coordenação central da rede, trazendo economia de recursos de investimento e custeio;

b) heterogeneidade da oferta assistencial, uma vez que os Municípios com mais recursos institucionais são aqueles que conseguem cumprir os requisitos para captar mais recursos federais, aumentando o hiato assistencial em relação aos Municípios que, por não terem recursos institucionais, são os que mais precisam fortalecer sua capacidade técnica e operacional para oferecer serviços à população.

E, ainda, continua Vilaça(1998:39)

A municipalização autarquizada, conjugada com a fragilidade regulatória das Secretarias Estaduais de Saúde, fez com que se perdesse a dimensão da regionalização, indispensável a um federalismo sadio, especialmente a região estadual, formada pelo encontro dos espaços subestaduais e supramunicipais. É aí, nesse espaço regionalizado de pertença econômica, social cultural e sanitária que se constróem redes de relações intermunicipais e se recupera uma escala necessária ao desenvolvimento econômico e social.

Este modelo, que também foi chamado de “federalismo dual” ou “**modelo de assistência municipalista**” quando observado especificamente na perspectiva da gestão de políticas públicas de saúde, demonstra ineficaz e inequívito.

“Nesse modelo, o município expande a atenção médica sem nenhuma articulação regional, pulverizando recursos públicos e gerando brutais ineficiências. Some-se a esse processo assistemático de fragmentação de equipamentos sanitários, a perda de escala decorrente da autarquização municipal, e se terá, necessariamente, a implantação de sistemas ineficientes” (Oliveira:1995).

3. O PAPEL DO NÍVEL ESTADUAL NESTE CONTEXTO

Dado o processo **descentralização** na formulação, gestão e implementação de políticas públicas, muitas vezes entendido como simples municipalização, cabe questionar e repensar o novo papel do nível estadual neste contexto. Destaca-se, ainda que a área da saúde talvez seja aquela onde este processo está mais avançado, seguida pela da educação. Ocorre que a descentralização acabou concentrando-se nos municípios, deixando o Estado ao nível regional como um mero repassador de recursos, polarizando a relação em torno do eixo federal-municipal.

Neste sentido, entendemos que o Estado subnacional, especialmente o de nível regional:

- tem papel relevante e imprescindível na formulação de políticas públicas de saúde dado que possui condições privilegiadas para fazer a coordenação das atividades ao nível regional e microrregional;
- pode inovar, mesmo na atual conjuntura de crise fiscal e do pacto federativo, onde ocorre, simultaneamente a redefinição do papel do nível regional, o fortalecimento das instâncias locais de poder e o enfraquecimento dos Estados Nacionais.

A experiência analisada pode ser considerada inovadora em termos de construção de uma proposta de regionalização e microrregionalização da gestão das políticas de saúde, com participação efetiva do nível estadual. A proposta abrange uma **região** ou microrregião com características demográficas, epidemiológicas e sócioeconômicas com alguma **homogeneidade**; é mais abrangente que as propostas de municipalização pura e simples, propiciando **ganhos de escala** por parte das políticas públicas.

O estudo de **experiência inovadoras** têm sido muito difundido nos últimos anos, inclusive incentivado por agências internacionais do porte do Banco Mundial, como

uma maneira de fomentar a busca de soluções alternativas, que guardem uma boa relação custo-benefício, contribuindo para a elevação da qualidade de vida em âmbito geral. Trata-se de experiências que procuram dar conta do **esgotamento do chamado modelo de gestão burocrática** e que visam incentivar, na prática, a construção de um novo referencial.

O **Estado do Ceará**, juntamente com o Paraná e Bahia são alguns dos poucos Estados brasileiros que estão conseguindo protagonizar um novo papel para o nível estadual, em que pese a crise fiscal e do pacto federativo.

III. A POLÍTICA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ

Conforme expressa a SESA:

“O modelo de atenção à saúde em implementação no Estado do Ceará tem como base norteadora os princípios da regionalização e hierarquização preconizados pelo SUS. A Secretaria da Saúde (SESA) como órgão gestor do SUS/CE, com o apoio de representantes de universidades, sociedades médicas, órgãos de classe e outras associações ligadas à saúde, definiu as estratégias de organização dos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário) e as ações e serviços de saúde prioritários a serem oferecidos à população em cada nível de atenção, considerando o perfil epidemiológico, o grau de complexidade e os recursos existentes.” (Secretaria Estadual da Saúde, p.8, revista SUSTENTAÇÃO).

Desde que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído em 1988, seus princípios e diretrizes exigem a necessidade de reorganização desses serviços de modo descentralizado e hierarquizado.

A partir de então, o processo de descentralização do setor saúde, em todo o país, desencadeou-se, ocorrendo de forma lenta e gradual (em 1994 apenas 24, do total de

mais de 5000 municípios no país, aderiram à gestão semiplena, passando para 137 em 1996) e heterogênea (o processo foi mais acelerado nas regiões Sudeste e Nordeste). A partir da NOB96, em menos de um ano a descentralização abrange 93,28% da totalidade dos municípios brasileiros. (Terence, M e Junqueira, V., 2000)

Ocorre que a descentralização acabou concentrando-se nos municípios, deixando o Estado ao nível regional como um mero repassador de recursos, polarizando a relação em torno do eixo federal-municipal.

O processo de municipalização impunha um novo cenário onde as funções de execução de serviços de saúde pública e de atenção médica são retiradas das Secretarias Estaduais de Saúde. A municipalização demanda modificações nos métodos e nas estruturas tradicionais das secretarias estaduais de saúde.

O estudo realizado por HEIMANN e colaboradores (2001) sobre a estruturação do SUS entre municípios que haviam assumido a condição de gestão semiplena, estabelecida pela NOB 01/93, demonstra de forma clara as dificuldades encontradas pelos gestores em estabelecer formas institucionalizadas de relação negociada entre os diversos níveis de governo. Segundo o relato dos gestores municipais entrevistados naquela pesquisa, a discussão nas bipartites com os gestores estaduais se dava de maneira conflituosa e quase sempre se restringiram às questões financeiras, relacionadas ao teto dos repasses. No estado do Ceará, observou-se a exceção: houve uma relação de apoio e cooperação do gestor estadual aos municípios, indicando articulação entre os gestores municipais e estadual no processo de planejamento e programação das ações de saúde em todo o estado (HEIMANN e col. 2001).

A descentralização, a partir da exigência do SUS, foi tomada como estratégia de reorganização dos serviços de saúde no Estado do Ceará, conforme fica claro na fala do secretário estadual da saúde:

Eu acho que todos concordamos, porque está na Constituição, com a descentralização, inclusive com pactuação muito efetiva dos municípios. É evidente que nesses anos todos aprendemos que foi dado muito poder ao município, inclusive naquilo que não é responsabilidade dele. Acho que o município tem obrigação de cuidar, dentro da sua capacidade, dos seus munícipes, mas existem ações que a capacidade resolutiva não está dentro do município, e conseqüentemente a responsabilidade não pode ser dele, a não ser os municípios bem maiores, que teriam uma capacidade de resolver quase todos os seu problemas de saúde, quer seja do ponto de vista eminentemente de assistência ou sobre outras áreas, quer seja vigilância sanitária ou controle e avaliação, ou outro tipo de ação. Eu estava conversando com os Secretários, nessa proposta do Ministério de regionalização. Vendo a experiência do Ceará se observa que realmente, na municipalização de toda a atenção à saúde, principalmente no que diz respeito a colocar os municípios em Gestão Plena de sistema municipal, se viu realmente que os municípios, além de ficarem com a responsabilidade e com o dinheiro, de atuarem atendendo a sua população, ficaram com a responsabilidade e o dinheiro de atenderem as comunidades que não são pertencentes ao seu município. Isso não vem ocorrendo, e quando se tenta mexer nesse recurso a responsabilidade termina se diluindo e os recursos continuam ficando. Isso realmente tem trazido muitas dificuldades.

E justamente nessa discussão, se imaginou, ao mesmo tempo não tirar o poder do município - e nem se deveria, nem se deve, naquilo que é obrigação dele - mas ao mesmo tempo criar mecanismos que possam fazer com que se fortaleçam as ações de saúde, unindo a força dos municípios.

(Anastácio de Queiroz Souza – Secretário da Saúde do Estado do CE)

Sabe-se que muitas vezes as reformas administrativas não “saem do papel” e que na maioria das vezes elas viram um novo organograma mas elas não são na prática assumidas. A garantia de que a remodelagem na estrutura organizacional fosse assumida na prática implicou na definição de várias medidas. Medidas estas que, por um lado, se traduziram em diversos treinamentos não só visando a capacitação como também uma tentativa de mudança cultural para a nova estrutura da secretaria. Por outro, houve um esforço no sentido de melhorar as condições de trabalho oferecendo melhorias nas condições físicas de trabalho.

Começamos com uma idéia de que a Secretaria normalmente não tinha muita agilidade, que ela tinha um peso burocrático muito grande, e que ela tinha que se adaptar a esse novo modelo de descentralização que está aí presente para Saúde.

Em março de mil novecentos e noventa e sete, trouxemos duas consultorias para nos apoiar, que iam nos mostrar o quê deveríamos fazer, ou pelo menos ajudar a definir isso. Trouxe o Eugênio Vilaça, e para organizar a Secretaria, para fazer o quê a gente devia fazer, a trouxemos a Rosa Fischer, com a Fischer e Dutra, que é uma consultoria conveniada com a FEA, Universidade de São Paulo.

Então essas duas consultorias nos ajudaram a construir esse modelo de gestão. Tivemos um apoio forte, entre outros parceiros, do DFID, que é o Departamento para Desenvolvimento Internacional, vinculado ao Conselho Britânico. Então, com essa estrutura de apoio montada, começamos o processo de modelagem. Essa consultoria teve as informações do Governador, quer dizer, qual era a visão do Governador quanto ao que ele queria da Saúde, o quê ele imaginava, como Governador, para Saúde. Tiveram várias entrevistas com vários técnicos da Secretaria e aí fomos buscar os nossos clientes que são das Secretarias Municipais e o cidadão de maneira geral. A gente fez entrevistas com mil

e duzentas pessoas nas filas, no leito, nas nossas Unidades, e entrevistamos cento e quatorze; fizemos oficina com cento e quatorze dos cento e oitenta e quatro Secretários Municipais. Assim tivemos um diagnóstico da situação.

Paralelo a isso, o Eugênio Vilaça estava trazendo essas realidades, essas propostas de Microrregiões, de incentivo cada vez mais ao Programa de Saúde da Família e algumas realidades de estruturas tecnológicas, que ele estava vendo aí fora, e estava querendo trazer para propor aqui para nós.

*Então, quando começamos o trabalho, construímos essa transparência. Para ter um modelo de gestão definimos focos estratégicos; durante essas discussões, quais foram os focos estratégicos que ficaram definidos por essas entrevistas e por workshops que foram feitos na Secretaria. Definimos como focos cooperação técnica e financeira, esse é um foco estratégico da Secretaria, articulação e integração política, institucional, intersetorial, atenção integral à saúde da população; política estadual de saúde, principalmente com participação do Conselho Estadual de Saúde; formação profissional; busca da participação da sociedade; Sistema de Informações e descentralização. Esses são os nossos focos estratégicos.
(...)*

Vimos políticas que por si só não se sustentam, temos que criar um escopo, uma base sólida para que essas políticas se sustentem, e essa base é essa engrenagem. Quer dizer, temos Recursos Humanos, modelo organizacional, modelo de gestão, comunicação, visão organizacional e tecnologia de Sistema de informação, para dar base para Política de Saúde. Quando começamos a trabalhar Política de Saúde, depois de tudo definido partimos para esses trabalhos de base. De tecnologia, o quê fizemos em tecnologia? Buscamos um processo de informatização mais

consistente - atualização dos computadores, atualização das impressoras, scanners e outros equipamentos. Investimos pesado em material médico-hospitalar de ponta, para que realmente ele pudesse dar resposta na atenção integral à população. (...)

Sobre as condições de trabalho, a gente sempre imaginou que não temos condição de dar uma boa qualidade no nosso atendimento se não tivermos o grupo que trabalha essa qualidade, e também qualidade de trabalho. Então renovamos toda a frota da Secretaria - essa frota até hoje está sendo renovada- para dar condição para que as pessoas possam viajar com mais qualidade para o Interior do Estado, com toda a frota com ar condicionado. Melhoramos as condições físicas do trabalho; boa parte do que você vê hoje já passou por um processo, era diferente, passou por um processo. Existe uma outra obra grande que estamos fazendo, toda a estrutura de telefonia hoje é atual, você consegue ligar daqui para um hospital fora mas que faz parte da rede, com ramal. Então algumas melhorias tecnológicas foram feitas pra dar condição de trabalho para as pessoas.

E, por fim, a estrutura organizacional teve uma base também. Logicamente tivemos que definir os mecanismos legais, leis, estrutura, decreto e tudo o mais. Estamos tentando ajustar a estrutura organizacional com as condições de trabalho, e já dentro da visão mais ampla, mais aberta. Só para você ter uma idéia, aqui, hoje, você já consegue ver a proposta que a gente está fazendo, que é uma utilização de espaço e uma, vamos dizer assim, uma racionalização até das ações. Assim está sendo nas outras Unidades, nas outras áreas. Estamos num processo de dimensionamento de pessoal. Isso é uma coisa mais complicada, mas estamos, junto com o Recursos Humanos, estruturando o dimensionamento e a redefinição do quadro gerencial. Quando passamos para essa estrutura, mudamos talvez vinte e cinco por cento dos Gerentes,

já nessa perspectivas de trazer pessoas que tenham um perfil gerencial, não necessariamente só técnico.

Essa estrutura foi construída por todo o grupo. A consultoria, na realidade, trouxe a técnica, a teoria, mas a gente construiu junto essa estrutura. A idéia é que nós tivéssemos uma área que fizesse planejamento, uma área que fizesse a execução, a área que fizesse auditoria e uma área que fizesse o suporte. Logicamente todos planejam, todos avaliam as suas ações, mas planejamento estratégico, as coisas mais estratégicas puxados para uma área, as políticas, estivessem mais concentradas numa área e tal. Com isso criamos seis Coordenadorias; logicamente que os Secretários, os Sub-Secretários, e seis Coordenadorias, toda parte de política, de normatização, de planejamento estratégico está sendo articulado por esse grupo. Isso não quer dizer que a coisa não seja horizontal, que as pessoas migrem e as ações funcionem horizontalmente, mas esse grupo é o grupo responsável por isso. As execuções propriamente ditas estão nas Unidades de Saúde ou nas Microrregiões, através da assessoria técnica. Nós estamos com um grupo que dá apoio à implementação dessas ações, seja através das Ciências Farmacêuticas, seja através do Núcleo de Apoio Tecnológico, mas essa dá apoio à execução. Nós temos uma Coordenadoria que faz toda a avaliação e controle do quê nós fazemos. Passa a ser um papel de Auditoria mas também um papel de Vigilância Sanitária, e a Coordenadoria de Apoio Administrativo-Financeiro. Assessorando o Secretário temos uma Assessoria de Educação e Comunicação em Saúde. E o controle interno que faz toda a parte de Auditoria Operacional. A Assessoria de Articulação de Instâncias colegiadas, é o pessoal da Bipartite, Comissão Intergestora Bipartite, e o conselho Estadual de Saúde.

(Luis Eduardo – Sub-Secretário da Saúde do Estado do CE)

Em termos de política de saúde, foram adotadas, basicamente, duas estratégias para a reorganização da atenção à saúde no Estado do Ceará: o Programa de Saúde da Família como eixo estruturante da atenção primária e a estratégia da organização das Microrregiões de Saúde na atenção secundária.

1. A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) COMO FORMA DE ESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O PSF desenvolveu-se no Estado do Ceará a partir da experiência pioneira do Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS). Este programa foi criado com o intuito de atingir as populações mais distantes das regiões metropolitanas e mais pobres com ações capazes de impactar na mortalidade infantil.

“O programa Agentes de Saúde, referência Nacional para as estratégias em atenção primária, contribuiu decisivamente para a tendência decrescente do indicador mais sensível em expressar as condições de vida da população, a taxa de mortalidade infantil, reduzida de 80/1000 para 35,5/1000 no período de 1994-1999.” (SESA, 2000, Sistema Microrregional de Serviços de Saúde de Baturité, p.3).

Apoiado neste e em outros resultados positivos da atuação do PACS, a SESA elegeu a estratégia da implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em todos os municípios para organizar a atenção primária no Ceará. O conceito de Programa Saúde da Família adotado por esta secretaria é aquele conforme formulação de Mendes (1996). “Uma equipe de saúde da família, (que) em território de abrangência definido, desenvolve ações focalizadas na saúde; dirigidas às famílias e ao seu hábitat; de forma contínua, personalizada e ativa; com ênfase relativa no promocional e no preventivo sem descuidar do curativo-reabilitador; com alta resolubilidade; com baixos custos diretos e indiretos, sejam econômicos, sejam

sociais e articulando-se com outros setores que determinam a saúde.” (SESA, Programação Pactuada e Integrada do Estado do Ceará, 2000, p. 17)

O Programa de Saúde da Família veio para o Estado do Ceará através do Programa Agente Comunitário de Saúde, que é o PACS, que é uma experiência que praticamente nasceu aqui no Estado do Ceará, como a tentativa de levar às populações mais distantes e mais carentes, um profissional que pudesse estar prestando algumas orientações que pudessem impactar, principalmente em situações voltadas à mortalidade infantil no nosso Estado, que eram as questões ligadas à diarreia e às infecções infantis, respiratórias infantis. Então foi inicialmente com essa visão de cuidados básicos de saúde, e para melhorar os indicadores primários, que foi formado o Programa Agente de Saúde, bancado até hoje pelo Governo estadual e, somado a esse processo de descentralização, nós também começamos a sentir que o Agente de Saúde tinha um nível de resolutividade para os problemas muito pequeno. Até porque são pessoas de nível de formação elementar, então se fazia necessário colocar outros profissionais também próximos a essas populações, que pudessem garantir uma complexidade maior, e aí nasceu a proposta do Médico e da Enfermeira, se somou ao Agente de Saúde. Com isso o programa de Saúde da Família começou a ser esboçado,(...) compondo nível primário, na questão da assistência, pelo PSF.

Evandro Teixeira Lima – Coordenador da Implantação do SMSS da SESA

Esse programa atua com uma equipe mínima formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 a 10 agentes de saúde em uma área de abrangência de 600 a 1000 famílias.

Em 1994 o estado contava com 81 equipes do PSF em 20 municípios. Em janeiro de 2000 são 816 as equipes cadastradas em 177 municípios. A meta de implantar 1500

equipes para a universalização do programa é reiterada pelo Secretário da Saúde e por diversos elementos importantes da Secretaria.

... Quais são as nossas estratégias? Em atenção primária, universalizar o Programa de Saúde da Família, quer dizer, a idéia é 100% Saúde da Família até 2002 no Estado do Ceará.

Luis Eduardo – Sub-Secretário da Saúde do Estado do CE

Na política estadual da Secretaria de Saúde foi colocado para o Conselho Estadual de Saúde, após uma participação ampla dos vários parceiros que implantou o Sistema Único aqui no Estado - envolvendo Secretarias Municipais de Saúde, através de Secretários, Conselhos Municipais de Saúde-representação da própria Secretaria de Saúde no nível regional e no nível central. Tomamos como diretrizes políticas a questão da organização dos Sistemas e dos Serviços de Saúde do Estado num nível primário, com base na atenção prestada pelos Programas de Saúde da Família, e tendo como estrutura mínima dessa equipe profissional Médico, uma Enfermeira, dois Auxiliares de Enfermagem, Agentes de Saúde, e o Conselho Estadual sugeriu, e nós também aprovamos, que fosse incluído um THD, Técnico de Higiene Dental, como parte dessa equipe, no nível da atenção primária.

Evandro Teixeira Lima – Coordenador da Implantação das Microrregionais

...Porque como um dos pactos e uma das metas que nós estamos estabelecendo para as Microrregiões é 100% de cobertura de Saúde da Família, e se eles fizerem cem por cento de cobertura, e de um modo geral os Prefeitos que têm realizado essa ação, têm dado prioridade realmente à Saúde. E eles ouvem, então esse grupo discute realmente as condições de vida da população, discutem por que aquela população tem mais diarreia, a água de má qualidade. A intersetorialidade, se a Saúde da Família funcionar bem, é o único mecanismo que vai fazer com que realmente aquilo que deve ser discutido com

a Saúde - porque aí vem de baixo pra cima - vai subindo; e pode ser que um dia chegue ao nível federal.

(Anastácio de Queiroz Souza – Secretário da Saúde do Estado do CE).

Em todo o Estado parece existir uma homogeneidade na idéia da implantação do Programa Saúde da Família como estratégia de reorganização dos serviços primários de saúde nos municípios. Isto pode ser percebido em algumas entrevistas realizadas com os secretários de saúde de diversos municípios do Estado.

Os municípios têm avançado muito no que tange à gestão, à forma de gestão. A maioria dos municípios, quase todos já estão na gestão plena do sistema municipal e paralelamente a essa organização da atenção secundária, também tem se dado a organização da atenção primária, compreendendo que essa organização até tem que ser primeira mesmo, como o nome está dizendo, para que desafogemos o nosso Sistema. Então os municípios estão investindo nisso. É tanto que se fizermos uma análise das equipes do Programa de Saúde da Família, de unidades na área de atenção básica, veremos que o último ano teve um crescimento e os municípios têm compreendido isso e procurado fortalecer a atenção primária, todos conjuntamente, com apoio do pessoal do Estado, da Regional, que tem puxado essa questão técnica, levado aos municípios. E essa compreensão nos leva a crer que sem organização da atenção primária nós não temos uma atenção secundária fortalecida e consolidada, então acho que está todo mundo caminhando nesse sentido.

(Robério – Secretário Municipal de Baturité/CE)

Acho que tudo emanou dessa decisão do Governo do Estado, do Programa de Saúde da Família ser o eixo estruturante da organização dentro dos municípios. Então o Programa de Saúde da Família está sendo estimulado pelo Secretário Estadual, pela Secretaria Estadual de Saúde, pra que o Programa

de Saúde da Família seja universalizado, e com isso estamos conseguindo inverter o modelo de atenção, que foi sempre centrado na doença e no hospital. Estamos invertendo e centrando mais na promoção da saúde, na prevenção de doença. O foco sempre é a família e a comunidade, não o indivíduo em si.

(Maria Vilalva Lopes – Secretária Municipal de Aratuba/CE)

A SESA normatiza, dá o suporte técnico e faz o acompanhamento do processo de implantação das equipes. Nesse processo a Escola de Saúde Pública do Ceará⁶ tem o papel fundamental de viabilizar as estratégias de qualificação dos profissionais para atuar no PSF e na gestão de sistemas locais de saúde. (SESA, Sistema Microrregional de Serviços de Saúde de Baturité p.4).

2. A IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA MICRORREGIONAL DE SERVIÇOS DE SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE REORGANIZAÇÃO DO NÍVEL SECUNDÁRIO

Os “Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde” (SMSS) começaram a ser implantados no Ceará no ano de 1998 como uma tentativa de implantar um novo paradigma para a organização dos sistemas de serviços de saúde no nível local⁷, que superasse os dois paradigmas organizacionais do nível local no sistema único de saúde anteriores.

⁶ A Escola de Saúde Pública do Ceará é uma autarquia da administração indireta a ela vinculada e pode-se destacar diversas atividades realizadas por ela no período de 1995-1998: Curso Básico em Saúde da Família para 1234 médicos e enfermeiros, Curso de Especialização em Saúde da Família para 183 médicos e enfermeiros, Curso de Capacitação para 1857 agentes de saúde, Curso de Auxiliar de Enfermagem para 2816 profissionais, Curso de Especialização em Gestão de Silos para 111 técnicos, Curso de Especialização em Medicamentos Essenciais para 29 técnicos e o curso para 921 Conselheiros Municipais.

⁷ VILAÇA MENDES, Eugênio. “Sistemas Microrregionais De Serviços De Saúde: Um Novo Paradigma Para A Organização Dos Sistemas De Serviços De Saúde No Nível Local”, Documento preparado para a Organização Pan-Americana da Saúde, Representação do Brasil, como contribuição ao processo de alinhamento conceitual sobre Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde, em agosto de 1999.

Até a metade dos anos 80 observa-se predominantemente o paradigma da descentralização estadualizada. Neste, o Ministério da Saúde detém a maior parte do poder normativo e do financiamento mas a execução é feita pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

No Paradigma da Municipalização Autárquica, ainda em vigor, o Ministério da Saúde detém a maior parte do poder normativo e do financiamento mas parte da regulação e a execução dos serviços são municipalizados, com transferência de recursos diretamente do Ministério para os municípios.

Assim como na maioria dos municípios brasileiros, a descentralização no Ceará tornou-se um processo importante e irreversível. Quase a totalidade dos municípios cearenses estão em sistema de gestão Plena da Atenção Básica (156) e importante proporção (28) em Gestão Plena do Sistema. Desta forma, no Estado do Ceará a organização dos serviços em atenção primária tem como pressuposto principal a descentralização. Os Programas de Saúde da Família, totalmente de âmbito municipal, funcionam como portas de acesso mais próximo ao sistema. Ao contrário, para a organização dos serviços de atenção secundária e terciária esta Secretaria optou por uma estratégia de centralização. Os princípios organizativos dessa estratégia centralizadora foram:

1- Economia de Escala – considerando-se que existe pouca disponibilidade de recursos humanos especializados, materiais e organizativos nos municípios, a criação de formas de articulação inter-municipais pode viabilizar uma atenção à saúde que seja resolutiva, de qualidade e de custo acessível.

2- Negociação – a microrregião deve ser um espaço democrático de negociação entre os municípios, entre eles e o Estado e deles com organizações não-governamentais. A negociação vai garantir, no âmbito da microrregião, o acesso das populações às atividades de maior complexidade tecnológica, nos níveis secundário e terciário.

(SESA, Programação Pactuada e Integrada do Estado do Ceará, 2000).

“Define-se Microrregião Assistencial de Saúde como um espaço territorial composto por um conjunto de municípios com forte sentimento de integração e interdependência, com auto-suficiência primária e secundária, com uma população em torno ou superior a 100 mil habitantes, e com vontade política para consorciarem-se na busca para a solução dos problemas comuns.” (SESA, Programação Pactuada e Integrada do Estado do Ceará, 2000).

Pode-se dizer que a estratégia centralizadora foi bastante adequada considerando-se que mais da metade dos municípios cearenses possui menos de 20.000 habitantes. Em recente estudo realizado em um conjunto de oito municípios de pequeno e médio porte foi observada ociosidade nos leitos hospitalares e nos aparelhos de ultra-sonografia com uma busca significativa de atendimento aos problemas mais complexos em Fortaleza.

“Como alternativa para superação dessas distorções deve-se instituir um movimento dialético de descentralização/centralização para a organização do Sistema de Serviços de Saúde no SUS, sem que isso implique em retrocessos quanto ao cumprimento de seus princípios bem como em relação aos resultados já alcançados em relação à gestão pactuada entre o Estado e os Municípios. Este é o princípio fundante da microrregionalização dos serviços de saúde. (...) A decisão de implantar a microrregionalização no sistema está respaldada no trabalho da equipe da SESA desenvolvido a partir dos estudos sobre experiências universais bem sucedidas e realizado especialmente com o suporte da cooperação técnica e financeira propiciada pelo Department for International Development do Reino Unido – DFID.” (SESA, 2000, Sistema Microrregional de Serviços de Saúde de Baturité).

Entre o desenho final das microrregiões e a sua operacionalização a SESA “realiza dois movimentos táticos: um para adequar sua estrutura organizacional à missão de gestão do sistema estadual de saúde com foco na função de regulação para a equidade pautada na pactuação com o nível local, o outro, integrando o conjunto de

ações realizadas com apoio de consultores externos – nacionais e internacionais – e agências de fomento internacionais, em articulação com a Escola de Saúde Pública e, conduzido pelo Grupo Técnico assessor da Coordenadoria das Microrregiões, para viabilizar a implantação de 21 sistemas microrregionais de serviços de saúde.” (SESA, 2000, Sistema Microrregional de Serviços de Saúde de Baturité).

Pode-se observar que a iniciativa de criar as microrregiões visando a reorganização dos serviços de atenção secundária à saúde partiu do esforço realizado pela SESA em remodelar a sua estrutura, o que gerou um efeito sinérgico em termos de interligação de esforços com vistas à microrregionalização. Esta constatação se verifica na fala do sub-secretário de saúde:

A implantação do Sistema Microrregional de Saúde saiu desse trabalho inicial de consultoria, de discussão. Quando começamos a preparar o modelo surgiu essa coisa que foi o que o Eugênio trouxe para gente discutir: “Que tal se a gente trabalhasse de uma forma microrregional?”. Isso no processo de construção do modelo, e a partir desse momento, aceito pelo Secretário, aceito pelo governador; nós começamos a construir o modelo com a visão microrregional. A estrutura teve a visão microrregional, tudo teve essa visão, mas ela surgiu durante o processo, a gente não tinha a idéia microrregional quando chamamos as consultorias, nós não tínhamos isso. A hora que a gente chamou as consultorias, começamos a trabalhar; foi aí que surgiu: “Que tal a Microrregião, que tal essa idéia, por que não implementar?”, e aí começou a trabalhar nessa visão.

Luis Eduardo – Sub-Secretário da Saúde

Como percebemos as microrregiões não foram formadas por uma iniciativa dos municípios, mas partiu do nível estadual, sob sua coordenação e inicialmente a participação dos municípios nas microrregiões foi “impositiva”.

Este é o termo utilizado por Eugênio Vilaça Mendes, idealizador e consultor para a implantação das microrregiões.

Primeiro garante-se de forma impositiva, quer dizer, para esses sistemas funcionarem não pode ser (como) a organização do Consórcio que vem de baixo voluntária, quem quiser entra ou não entra, não. A Secretaria pegou e dividiu o Estado do Ceará em vinte e uma Microrregiões e ali o cara entra, não tem jeito dele sair de uma Microrregião e ir para outra, e nada vem para Bipartite estadual que não passou antes pela Bipartite microrregional. Portanto a Bipartite é um órgão, a instância oficial do SUS. Quer dizer então, não há possibilidade do sujeito não entrar na Bipartite e não participar da Bipartite, porque a Bipartite é onde vão se dar as negociações, enfim. Agora, essa Bipartite, pra funcionar do jeito e num sistema microrregional, ela tem que ir muito além da Bipartite tradicional que vemos aí. Que é apenas uma mesa de negociação que se reúne de uma vez por mês certo? Ela tem que ser isso e mais. Ela tem que ser um ente efetivamente gerenciador do sistema. Para isso então, que é a consultoria que vocês assistiram (palestra de um consultor espanhol), quer dizer, como é que nós vamos fazer a Bipartite funcionar, com quê estrutura, como é que a PPI se transforma num instrumento de gestão cotidiana, certo? Quer dizer, como é que vai ser esse lugar ainda que é um lugar virtual; porque a Bipartite não é um ente jurídico. A Bipartite microrregional tem o poder derivado da Bipartite Estadual – como é que ela vai funcionar como gestor de sistema.

E isso é que nós vamos quebrar a cabeça agora, para instituir esse sistema, porque eu insisto, as Bipartites que vemos aqui são apenas mesas de negociação, não são lugares de gestão de sistema.

Eugênio Vilaça Mendes – Consultor para a implantação das Microrregiões e seu idealizador.

Em relação aos critérios de delimitação, as microrregiões foram definidas com base em diversas pesquisas realizadas pela SESA, como podemos constatar nos materiais de divulgação produzidos por ela:

“Pesquisa realizada pela Secretaria Estadual da Saúde, tendo por base a malha viária do Ceará, mostrou as rotas das ambulâncias e para onde elas levam os doentes. Outro estudo fez um levantamento dos serviços de saúde oferecidos por cada município, registrando a capacidade instalada, qualidade do atendimento proporcionado, fluxo de pacientes e os tipos de tratamentos realizados. O cruzamento das informações obtidas praticamente definiu a nova Regionalização, que será a base física do Sistema de Saúde do Estado do Ceará.

Com base nesse estudo o Ceará foi dividido em vinte e uma microrregiões – que responderão pela atenção secundária – e três macrorregiões, responsáveis pela atenção terciária (Ver Figuras 1, 2, 3 e 4).

Assim, “as microrregiões de saúde são espaços territoriais compostos por um conjunto de municípios, formadas em conformidade com um processo espontâneo e natural de integração e interdependência, com vontade política unificada e capacidade de gerar soluções para problemas comuns na área da saúde.” (SESA, 2000, Microrregiões de Saúde – Uma opção do Ceará).

Pode-se observar na entrevista concedida pelo Secretário Estadual da Saúde Anastácio de Queirós Souza a descrição de como foram definidas as microrregiões e a preocupação em se fundamentar tecnicamente para que a negociação política com os municípios se desse de modo mais tranquilo. Além do papel coordenador da implantação das microrregiões que o nível estadual assumia, colocou para si a tarefa de instrumentar os municípios, através de treinamentos, na capacitação dos gestores municipais da área da Saúde:

Observou-se o seguinte, que para resolver os problemas de doença, os pacientes têm um fluxo dentro do Estado, e olhando esse fluxo nós vimos que as coisas tentavam se resolver a nível de espaços que nós chamamos de Microrregiões e verificando, dividimos isso em vinte e uma Microrregiões. Muitas vezes uma Microrregião tem um município X ou Y, por causa da malha viária ou coisa dessa natureza. Então, estudando o fluxo dos pacientes, se verificou que eles os municípios tentavam resolver os seus problemas. Tentavam resolver porque na realidade a capacidade resolutiva dessas Microrregiões que nós estamos chamando era e ainda é muito pequena em alguns momentos, para algumas áreas.

Então se viu o seguinte: por quê não sentarmos com todo o corpo técnico dos municípios e com os Prefeitos e discutir essa questão, a tal ponto que nós possamos negociar e, conseqüentemente, investir um pouco mais nas Unidades ou nos serviços e fazer com que essa Microrregião se torne auto-suficiente pelo menos até a atenção secundária? E isso foi uma proposta bem discutida ao nível da Secretaria; -tivemos várias assessorias, consultorias, etc. - e todos concordaram que é uma proposta muito lógica e que seria uma maneira realmente de manter a descentralização sem nenhum prejuízo para os municípios, mas fortalecendo os municípios, fortalecendo o Estado e fortalecendo o Sistema e beneficiando mais a população.

Então a partir do momento que nós concordamos com essa idéia, nós começamos a trabalhar na lógica da capacitação dos Gestores municipais na área da Saúde, dos técnicos, dos nossos técnicos; passamos a fazer seminários temáticos que resultou num entendimento muito claro da proposta, e num treinamento, inicialmente na região de Baturité, e hoje nós estamos trabalhando para fazer o mesmo tipo de treinamento na área de mais cinco outras Microrregiões.

Ao mesmo tempo estamos trabalhando nesse processo com os nossos Gerentes Microrregionais; são vinte e um. Ao mesmo tempo que nós trabalhamos hoje as cinco novas Microrregiões, com exceção de Baturité - estamos trabalhando em Tianguá, Crateús, Iguatu, Maracanau, Quixadá, e Baturité são seis. Acreditamos que fizemos um projeto piloto e agora estamos trabalhando nestas Microrregiões, mas nós pretendemos já, em treinando os nossos Gerentes e os técnicos das nossas Microrregionais, poder depois expandir para as vinte e uma Microrregiões.

Temos a compreensão de que isso é um processo que requer inicialmente negociação, primeiro um fortalecimento técnico muito importante, porque sem ele nós não vamos ter condições de fazer a negociação política. Discussão técnica muito bem fundamentada, depois a negociação política, para que nós possamos então fazer os investimentos, tanto em estrutura física quanto em equipamento e pessoal. Eu entendo que esse é um processo que leva algum tempo, mas esperamos que nesse final de ano e principalmente o ano que vem, que os novos Prefeitos ou os (mesmos) Prefeitos (re)eleitos possam contribuir para que esse processo realmente possa se consolidar.

Anastácio de Queirós Souza – Secretário da Saúde

“O município permanece prestando a atenção básica de saúde, através do Programa de Saúde de Família (PSF), “porta de entrada” do usuário no Sistema, e deverá realizar ações básicas de promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamentos dos casos mais simples, que não necessitem da participação de médico especialista. Os casos ambulatoriais e hospitalares de média complexidade para os quais os municípios não tenha condições de resolver sozinho, compreendendo as especialidades prioritárias de pediatria, gineco-obstetrícia, cirurgia geral, psiquiatria, traumatologia-ortopedia, urgência e emergência de porte secundário, sem prejuízo de outras especialidades necessárias à assistência aos grupos de risco

locais, deverão ser resolvidos no âmbito da microrregião a qual este mesmo município pertença.” (SESA, 2000, Microrregiões de Saúde – Uma opção do Ceará).

Ao mesmo tempo, nós estamos trabalhando com nível secundário, e aí já dentro da organização do Sistema Microrregional, assegurando algumas especialidades, que nós estamos trabalhando como especialidades básicas, no nível secundário, que seriam asseguradas pela Secretaria Estadual. Seriam as ações ligadas à Pediatria, à Clínica Médica, Gineco-Obstetrícia, área de Psiquiatria, a Urgência e Emergência, incluindo a Traumato-Ortopedia, e a Cirurgia Geral. A Secretaria de Saúde, tanto na área hospitalar quanto na ambulatorial, assegurados, através, claro, de todo um processo, de um estudo que referenciava que as pessoas buscavam esse tipo de assistência através de históricos de deslocamento sistemático (...) da população em busca desta assistência.

(...) Nós temos a convicção de que na política de saúde, quando descentralizamos para municipalização autárquica (hoje, fazendo essa avaliação, alguns serviços estão em excesso e outros estão em falta) um fator fundamental era exatamente rediscutir essa relação, o que estava em excesso, mal utilizado, deficitário, com dificuldades, e aquelas que precisavam ser implementados no nível microrregional; então, na realidade, o Sistema Microrregional deve estar propiciando fazermos uma nova escala dos serviços que estão em uma revisita à municipalização, assegurando, no nível da Microrregião, todas as ações e serviços de nível primário e secundário que as pessoas que habitam aquela região necessitam. Então, na realidade, é reavaliar e desenvolver instrumentos e ações que possam assegurar que essa população tenha a garantia da qualidade de vida que se busca no nível estadual.

Evandro Teixeira Lima – Coordenador da Implantação das Microrregiões

Em síntese, o processo de implantação dos sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde foi concebido através de três momentos básicos: Diagnóstico, Curso de Aperfeiçoamento de Gestores dos Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde e Câmara Técnica. Para o Curso de Aperfeiçoamento de Gestores, a Escola de Saúde Pública da Secretaria Estadual de Saúde teve papel fundamental, como fica claro na entrevista com duas das “facilitadoras” da Escola, Goreti Andrade e Nágela Norões:

Bom, o processo de implantação, de estruturação das Microrregiões tem basicamente três etapas. Quer dizer, ele tem um primeiro momento que é um momento de diagnóstico, tem um curso em si e esse curso tem que dar conta de três dimensões: a dimensão afetiva, porque partimos do princípio que essa junção não é um amontoado de municípios, é uma relação nova que vai se criar, onde você vai ter que romper com alguns tipos de comportamentos e paradigmas, e implantar uma nova, realmente uma nova cultura que se pensar em organizar serviços de saúde. E isso passa pela relação de pertencimento, de solidariedade, de deixar aquela história: “é meu”, deixando aquela visão muito dentro do próprio município para ter uma visão mais ampliada. É a questão de ativar a sensibilidade das pessoas, de que os problemas deles são problemas comuns e que eles coletivamente podem resolver dessa forma.

Então ele tem que dar conta desse lado afetivo, da descoberta, do sentimento de pertencer, do que eles têm em comum, a origem deles; quer dizer, tem um lado que eu chamaria lado afetivo mesmo, a questão um pouco romântica mas que é importante nesse processo.

E ele tem o outro viés que é a questão técnica. Fazemos num primeiro momento um realinhamento conceitual, discutimos com as pessoas os temas que são trabalhados nas sessões e ao final de cada sessão temos um prosseguimento da elaboração das Câmaras Técnicas, que na verdade é um grupo de trabalho que vai dar conta da elaboração de um programa-proposta de intervenção. Cada

sessão tem um produto, que é esse desenho preliminar desse projeto de intervenção, que tem como base o diagnóstico inicial. E a outra dimensão é uma dimensão política, porque trabalhamos lidando com o jogo de interesses, e vamos ter todo um processo de pactuação que as cinco Microrregiões vão ter que dar conta, e a PPI também vai ter que dar conta disso.

É este, em linhas gerais, o formato do que se pensa nesse curso. Ele foi desenhado tentando atender basicamente quatro grandes áreas. Nós já trabalhamos porque nós tomamos como referência a experiência do ano passado, quando nós tivemos a experiência de Baturité e fizemos então os ajustes necessários pra ele tomar uma formatação realmente de um curso. Então ele tem quatro grandes áreas, tratando no Módulo Um, o sistema Microrregional de Sistemas de Saúde, a questão política; ele trata da política, a questão do controle público, da mobilização social. Tem a outra área que é a questão das intervenções na área de saúde pública, entra vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, controle de endemias. Tem a outra questão que é a organização da atenção, a atenção primária, atenção secundária, controle e avaliação... Saúde Bucal (completa Nágela)... E sistema de apoio, que é a questão do apoio diagnóstico laboratorial e aquele controle e avaliação.

Pois bem, então ele foi estruturado nesses quatro grandes módulos, cada um tem as sessões que são trabalhadas e existe uma discussão, a metodologia adaptada do PPBL, que é aprendizado baseado em problema, é a metodologia base da Escola de Saúde Pública mas que nós trabalhamos uma adaptação. Também trabalhamos muito a questão interativa, utilizando vídeo, transparência, e também trabalhamos muito em grupo, temos muita discussão em grupo. Trabalhamos estudo de caso e análise de situação problema com uma pequena adaptação da metodologia do PPBL. Temos uma participação muito estreita dos especialistas, da Secretaria da Saúde. São aquelas pessoas que no dia-a-dia do serviço da saúde tomam conta das áreas em termos do nível

estadual e prestam a assessoria, a cooperação técnica junto aos municípios. Então essas pessoas discutem conosco o conteúdo, a atenção secundária.

Então discutimos coletivamente esse conteúdo, a Escola propõe toda a parte metodológica e esses especialistas têm uma participação durante essas sessões. Nós temos facilitadores, cada Microrregião conta com dois facilitadores, que foram capacitados pela Escola de Saúde Pública; tem uma pessoa do Grupo Técnico que é quem coordena o processo a nível local e tem uma pessoa da Escola de Saúde Pública. Em linhas gerais é isso.

Esse curso não é um curso para capacitação. É mais uma tentativa de organizar serviço. (Acrecenta Nágela)

É, e ele tem um produto bem definido.

Não é para capacitar as pessoas, dizer o quê é assistência farmacêutica e sim discutir, por exemplo, a assistência farmacêutica no âmbito daquela Microrregião, que ela existe, que o diagnóstico existe, e no final de cada sessão dessa eles fazem uma proposta de como seria essa assistência farmacêutica na Microrregião, e após essa sessão se formam Câmaras Técnicas. São as equipes, representantes de municípios, com especialistas, representantes da Microrregião, que é a instância da Secretaria, e eles vão discutir e elaborar o projeto de assistência farmacêutica naquela Microrregião. E depois ele é pactuado na Bipartite microrregional. (finaliza Nágela)

Maria Gorete Macêdo L. de Andrade - Escola de Saúde Pública da SESA

Nágela Maria dos Reis Norões – Escola de Saúde Pública da SESA

O processo da implantação do SMSS iniciou-se no maciço de Baturité (fase final de implantação) e vem se estendendo para a região de Tianguá e Quixadá (fase inicial de implantação). Dentre alguns dos secretários municipais de saúde dessas microrregiões com os quais tivemos contato, eles são unânimes em apresentar vantagens na participação no SMSS. O principal argumento apresentado, além da reorganização dos serviços num sistema de referência/contra-referência claro, num território geográfico mais “lógico” e prático, é a resolutividade nas ações de saúde em nível secundário.

Estamos há 10 anos experimentando a municipalização do Ceará e se sente a necessidade de cada dia mais de integrar políticas no nível local e no nível microrregional. O processo da microrregião é capaz de fazer essa integração, de encurtar o caminho para pactuação, ou seja, reúne os Secretários para discutir o problema numa visão mais ampliada, o Secretário da cidade vizinha deixa de pensar dos problemas no seu nível local, e sim passa a discutir numa visão mais ampliada de microrregião, como unir forças políticas e idéias para poder, nessa somatória de valores, poder de fato operacionalizar o SUS de maneira mais resolutiva.

Para mim a avaliação subjetiva que eu faço desse processo é poder unificar idéias e forças políticas e vontade dos gestores, que de fato enfrentam problemas na maioria das vezes homogêneo e daí então dá uma resolutividade. A microrregião, tem esse poder, ela faculta essa possibilidade para que os gestores discutam os problemas de saúde daquela microrregião adstrita, dentro daquele espaço geográfico de gerência.

Moacir de Souza Soares - Secretário de Saúde de Crateús, município sede da Microrregião e também presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Ceará, COSEMS.

A primeira vantagem que estamos percebendo é a reorganização dos serviços, porque quando nós municipalizamos achamos que estávamos organizando os serviços, mas depois da municipalização nós descobrimos os pontos falhos, ou seja, os problemas que nós não conseguíamos resolver por si só enquanto município isolado. A microrregionalização permitiu que nós nos organizássemos de uma forma que conseguíssemos juntos, não só o município, mas a Microrregião, com problemas idênticos e situações idênticas e com potencial idênticos também, unidos nós conseguíssemos resolver os nossos problemas no nosso próprio raio de atuação, que era os nossos municípios.

Então acho que um dos nossos maiores avanços é a resposta que estamos podendo dar ao usuário dentro da nossa própria Microrregião, dentro do seu próprio espaço.

Marcos Machado - Secretário de Saúde de Banabuiú, sertão central do Ceará – Microrregião Quixadá

Primeira vantagem é a questão de dar resolutividade aos casos, é dentro de um território menor economizar os recursos humanos, recursos financeiros, para que realmente seja possível oferecer uma saúde de qualidade, no nível de referência secundário e terciário também; que a partir do princípio que o município se responsabiliza pela atenção primária, o secundário ficaria já na responsabilidade da Micro, dentro da Microrregião, pelos municípios; isso dentro de uma pactuação da PPI, contanto que haja a garantia da resolutividade para os casos que são necessários encaminhar, que atualmente não temos para onde mandar.

Maria Vilalva Lopes – Secretária Municipal de Saúde de Aratuba – Microrregião do Maciço do Baturité

As vantagens maiores é a questão da resolução, é a economia dos recursos, aproveitamento melhor dos recursos humanos, dos recursos materiais existentes na região enfim, dos recursos como um todo. E a facilidade de encaminhamento dos pacientes.

Vamos ter um acompanhamento melhor, a economia de transporte, de ambulância, menores riscos, o paciente não vai ser tão jogado aí nas portas dos hospitais da Capital, não vai ficar numa fila de espera... E enfim, eu acho que principalmente isso aí, tem muitas outras vantagens, mas principalmente isso aí.

Robério – Secretário Municipal de Saúde de Baturité – Município-sede da Microrregião

Uma das principais vantagens é que, como foi levantado há pouco tempo, o nosso paciente, o nosso usuário, se sente mais seguro porque, quando ele se desloca do nosso município, ele já vai com uma referência, já vai assegurado o seu atendimento. É o que não ocorria antes, os nossos doentes ficavam numa ambulância pulando de hospital em hospital até eles conseguirem uma vaga.

Antonio Camilo Matos – Secretário Municipal de São Benedito – Microrregião de Tianguá

Primeiro vamos ter que voltar um pouco e ver que, embora tenha avançado bastante na questão da atenção primária de saúde, aqui no Ceará, sobremaneira com a implantação de Agente de Saúde e depois com PSF, nós temos tido dificuldade de organizar atenção secundária, de maneira que você tem Fortaleza como o grande centro receptor dessas transferências de paciente de atenção secundária porque os municípios não têm condições de montar serviços. E essa idéia da Microrregião veio fortalecer esse aspecto.

Eu acho que hoje, com essa perspectiva de a curto prazo ou a médio prazo se ter organizado nessas Microrregiões, vamos diminuir distância, vamos organizar serviços nas Microrregiões, portanto deixando o paciente mais próximo de casa, reduzindo despesas e principalmente pelo fato de você poder utilizar todo o potencial de cada município de maneira mais racional.

Portanto, o nosso município participa com muita determinação desse processo, achando que esse é o caminho que nós teremos para resolver problemas graves que nós temos hoje lá.

Jurandir Frutuoso, médico – Secretário Municipal de Saúde de Pedra Branca – Microrregião de Quixadá

As microrregiões foram organizadas, conforme descrição anteriormente referida, mediante pesquisa que levantou a malha viária do Ceará e os “caminhos” trilhados pelas ambulâncias com seus doentes. Ainda tendo como base tal pesquisa, os serviços já existentes nos municípios foram considerados, principalmente quando a sua localização geográfica era privilegiada em relação ao acesso dos outros componentes da microrregião. Os secretários entrevistados atribuíram bastante importância a essa forma de organização, denominando-a Microrregião Policêntrica. Neste sentido podemos entender que a formação das microrregiões não se constituiu em construção de novas estruturas de serviços necessariamente, e sim numa organização racionalizadora e de aproveitamento das capacidades dos municípios, estimulando as idéias de parceria, solidariedade territorial e social.

“As potencialidades de cada localidade também foram levantadas. Se o hospital de uma determinada cidade tem boa estrutura para atenção neonatal, ele permanecerá ofertando esse atendimento, independentemente de aquela cidade ser ou não sede da microrregião. De forma similar, outro município já poderá ter uma unidade hospitalar com maior potencial para traumatologia. É importante ressaltar que o sistema, sempre que possível, investirá nessa vocação, aproveitando a infra-

estrutura e os recursos humanos existentes e estimulando a descentralização dos serviços.” (SESA, 2000, Microrregiões de Saúde – Uma opção do Ceará).

Os grandes tinham que ser sempre grandes, os pequenos ficavam fadados a ser sempre pequenos, diminuídos e dependentes.

Com o processo da microrregião, os pequenos podem de fato demonstrar vocações em que facilitem, em que ocupa-se aquele lugar que o grande fazia, então o processo das microrregiões equaciona os municípios de menor porte porque de fato resgata nele ou dá à eles condição de oferta de serviço. Hoje o praxe é que, quanto menor o município maior é a dependência. O município de menor porte não oferece nada, só demanda, e esse processo das microrregiões, pode ser um município que referencia algum serviço, levando em consideração a posição geográfica que ele está inserida dentro da Micro, levando em consideração algum serviço já instalado. É o que se chama de centralização relativa, você tem alguns serviços... em vez de ter pulverizado, em cada cidade ter aquele serviço, você define aonde ele deve ficar, e leva em consideração sobretudo, porque está subjacente a isso, a questão da localização geográfica. Não adianta a minha cidade, é sede de microrregião e para alguns serviços eu não posso ser detentor de toda oferta porque isso pode dificultar o acesso, e o quê que eu tenho que fazer? Avaliar o que Crateús pode oferecer, mas sem inviabilizar que outros municípios possam oferecer serviço. É a oferta policêntrica de serviços de saúde que se faz tão necessário no processo das Microrregiões.

Moacir de Souza Soares – Secretário Municipal de Saúde de Crateús, município-sede da Microrregião e também presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Ceará, COSEMS

O que caracterizou mais a questão da Microrregião, dessa Microregião foi o caminho do paciente, o caminho que o paciente vinha há tantos anos

percorrendo, ou seja, o fluxo dele para poder resolver as suas questões de saúde. Então conseguimos delinear um fluxo, e vimos que quase a maior parte dos municípios correm para Baturité e alguma coisa para Aracoiaba, então primeiro foi o caminho. Acredito que a questão cultural também está muito forte. Baturité tem a característica de receber, ser receptiva, então a questão do fluxo, a cultura, acho que é o que foi considerado.

A quantidade de serviços, o aporte de serviços, de equipamentos, fez com que se fosse delimitando a Microrregião de uma forma que ela fosse crescendo dia a dia dentro daquilo, que se fosse reconhecendo, se fazendo reconhecimento. É tanto que têm alguns serviços que não serão prestados aqui em Baturité, serão prestados em Itapiúna, Capistrano, porque se procurou também até pela questão política e de viabilizar realmente a Microrregião sem fazer com que outros municípios pudessem ter esse sentimento de perda ou... “Ah, eu não vou ser nada, eu não sou nada, não represento nada dentro da Microrregião”. A própria questão de nosso consultor principal, que foi o Eugênio, é uma pessoa que trouxe a proposta de uma Microrregião policêntrica, para que nós discutissemos e realmente foi o que acabou vingando, dentro da viabilidade também. Policentrismo dentro de uma viabilidade, não é uma coisa também solta. Eu acho que essas coisas marcaram muito o processo.

Robério – Secretário Municipal de Saúde de Baturité, Microrregião do Maciço de Baturité

Aqui no Ceará não vai ter um município sede. Não é unicentro, ele é policentro, não se pode ter. Nós vamos utilizar a tendência que cada um já tem hoje, e o município que tiver, por exemplo, uma história de ser o município que trabalha bem com Obstetrícia, vai ser lá aquela sede, o outro que tiver uma história de trabalhar bem a Traumatologia vai ser lá aquela sede. Então todo município pode ser sede de alguma coisa, não vai ser um só que vai sediar isso.

O meu município, por ele ter uma desvantagem grande, por ser um município de ponta, ele é um município de Gestão Plena, gestão municipal. Só são vinte e sete no Estado, mas nós temos a desvantagem de ser um município de ponta (situação geográfica fora dos eixos de transporte); nós não somos rota, porque aqui no Ceará um dos aspectos que foram utilizados para delimitar essas Micros foram as estradas, a questão do fluxo dos carros. As séries históricas das AIHs de cada município (foram levadas em consideração) mas o nosso, por ser um município de ponta, quer dizer, ele fica totalmente fora de rota para você sediar qualquer tipo de serviço.

Deveremos ficar talvez com a questão que não demanda fluxo: laboratório, fisioterapia, fitoterapia, talvez... eu não sei qual outro serviço poderia ter... Pretender que seremos pólo para, por exemplo, emergência não dá porque é totalmente fora de rota, não dá para ser referência em Obstetrícia porque é fora de rota. Quer dizer, a nossa situação geográfica nos prejudica hoje.

*Jurandir Frutuoso – Secretário Municipal de Saúde de Pedra Branca,
Microrregião de Quixadá*

“Para que o sistema funcione a contento, faz-se necessária uma pactuação entre as partes envolvidas, estabelecendo-se como se processará a distribuição dos serviços e recursos financeiros. Cada microrregião terá uma Comissão Intergestores Bipartite Microrregional, que funcionará como um espaço de negociação entre os municípios e destes com o Estado.” (SESA, 2000, Microrregiões de Saúde – Uma opção do Ceará).

De maneira geral, observou-se que existe um entusiasmo dos secretários municipais de saúde em participar das microrregiões, apontando este processo como uma maneira de proporcionar a formação de parcerias asseguradas pelo pacto entre os gestores.

O principal instrumento de pactuação entre os gestores municipais é a Programação Pactuada e Integrada (PPI), adotada na NOB96. “A Programação Pactuada e Integrada-PPI explicita e formaliza o acordo estratégico e a divisão de atribuições e responsabilidades entre as três esferas de governo – municipal, estadual e federal – para o gerenciamento eficaz do Sistema Único de Saúde-SUS no âmbito estadual.” (SESA, 2000, Programação Pactuada e Integrada do Estado do Ceará).

A maioria dos secretários municipais mencionam em suas entrevistas a PPI como instância de negociação e pactuação entre os municípios e se referem a ela com um certo entusiasmo tomando-a como instrumento capaz de garantir o funcionamento da microrregião, e assim, a cobertura de serviços de saúde do município.

Nós costumeiramente fazíamos uma PPI baseada em ofertas de serviços, quem tinha mais serviços “apertava” mais e com isso barganhava mais recursos. Com a microrregião despojamos dessas coisas e discutimos assim: esse é o bolo de dinheiro que tem na microrregião. O quê fazer dele, para onde vai e como vai, e quem recebe o quê, compromisso político, se compromete em resolver.

Então nós estamos nesse processo da PPI, estamos fechando agora a PPI da minha microrregião, e posso avaliar que foi a PPI que mais se aproximou do objetivo que é racionalizar os recursos, equacionar, distribuir melhor, sem que um fique mais do que o outro simplesmente pelo fato de ter uma densidade populacional mais elevada. Então vai discutir o rateio desses recursos dentro daquela necessidade de oferta, e obedecendo sobretudo a questão do espaço geográfico. Fazer PPI com a microrregião com certeza fica mais operativo, fica mais viável.

Moacir de Souza Soares – Secretário Municipal de Saúde de Crateús, município-sede da microrregião e Presidente do COSEMS, Ceará.

A primeira coisa que nós fizemos na PPI foi o levantamento das nossas necessidades reais, dentro das áreas de controle que nós iremos atuar no município, ou seja, o quê era prioridade para o município, quais eram os problemas: era tuberculose, era hanseníase, era imunização, era atenção à saúde da mulher? Qual era o problema mais gritante? Então selecionamos cinco áreas, quatro, cinco áreas de prioridade, nós traçamos os procedimentos que iríamos precisar dentro delas e depois desses procedimentos nós fomos para a mesa de negociação, ou seja, entre gestores dizer quem faria o quê.

Qual município poderia receber, de forma organizada, até o fluxo também do usuário e evitando que ele fosse para uma unidade que não tinha resposta ou evitando deslocamentos desnecessários.

Por exemplo, o município negociou Maternidade de alto risco, porque nós priorizamos atenção à saúde da mulher. O município de Banabuiú historicamente era campeão em mortalidade materna do estado do Ceará. A partir da nossa gestão, em dois anos nós começamos a trabalhar essa reversão desse indicador que eu achava altamente triste para o município, que dista duas horas e meia da Capital.

Então nós começamos a reverter e estamos com a mortalidade materna altamente controlada. Nos últimos dois anos não tivemos um óbito materno, mas para poder continuar é preciso não só fazer o pré-natal, que é feito no PSF, com baixo risco, mas precisamos assegurar também um pré-natal de alto risco e um acompanhamento ao parto de alto risco. Para quê? Para evitar que a gestante, que nós também fizemos a triagem no pré-natal, se perdesse na hora que chegasse na maternidade.

Também nós pactuamos, por exemplo, a consulta maternidade de alto risco, pactuamos ações específica da hanseníase porque nós não temos demanda para o município ficar com esse tipo de programa. Nós temos três pacientes no município, então não justificava ter um médico para atender só esse paciente, nós pactuamos isso com o município de Quixadá. (...)

Então dessa forma nós conseguimos racionalizar recursos e também - tanto recursos financeiros como recursos humanos - quando nós garantimos uma melhor resposta ao usuário.

Marcos Machado – Secretário Municipal de Banabuiu, microrregião de Quixadá.

A responsabilidade do município é atenção primária, e atenção secundária é responsabilidade no momento ainda do Estado. Então quando for repactuado, aí é que o município passará a ter a responsabilidade secundária.

Quando for realizada essa pactuação, existirão problemas políticos, por determinado município de maior porte tentar absorver os serviços, mas mediante uma negociação eu acredito que conseguiremos resolver esse problema.

Com relação a atenção secundária, algum município de grande porte, poderá tentar segurar atendimento ou então especialização, que às vezes ele dá mais recurso para o município. Aí é onde está o problema principal; os municípios pequenos poderão ter algum prejuízo no fator político, mas talvez com uma negociação este fator se resolva. Existirá medições de força; um município que tem um Deputado forte poderá tentar ficar com algum serviço e aquele município pequeno poderá ter algum prejuízo.

(Mas), eu acredito que em sua maioria, a Microrregional, a pactuação beneficiará a maioria da população e dos municípios. É claro que essas pequenas desigualdades sempre existirão, mas no âmbito geral os municípios ficarão satisfeitos.

Antonio Camilo Matos – Secretário Municipal de Saúde de São Benedito, microrregião de Tianguá

Como referimos anteriormente, a inclusão dos municípios nas microrregiões é a princípio impositiva, entretanto este tipo de organização permite um relacionamento entre o nível estadual e municipal muito mais estreito. A Comissão Intergestora Bipartite, mesa de negociações entre esses dois níveis, passa a funcionar como “um ente gerenciador do sistema” (entrevista de Eugênio Vilaça Mendes). Este fato pode ser constatado na entrevista do Secretário Municipal de Saúde de Crateús:

Eu diria que com as microrregiões o Estado se aproxima mais dos municípios. Antes o Estado ficava muito no nível diretivo central, os municípios vinham até o Estado para de fato “discursar”- as discussões políticas. Mas agora com as microrregiões até usamos essa linguagem, o Estado está descendo, numa linguagem pejorativa, porque não há ninguém embaixo nem ninguém em cima, mas que o Estado está se aproximando mais dos municípios, e com eles sentindo as necessidades de resolver alguns problemas. Quanto mais próximas dos fatos as decisões forem tomadas, há mais chances de acerto. Então o Estado estando mais próximo dos municípios, se sensibiliza mais com as necessidades vigentes na microrregião. Quanto à questão do foro de pactuação que legitima a PPI, foi criado, com o processo das micros, as CIBs regionais, Comissão Intergestoras Bipartites regionais. Avaliam o processo, homologam e encaminham para a CIB estadual e essa faz a homologação final, mas tudo que acontece lá na microrregional a CIB regional é que tem o poder de discussão e de encaminhamento, de tomar decisão, vem para CIB estadual só para homologação.

Então é interessante, porque a composição dela é feita de Secretários da Microrregião e representantes da Secretaria estadual também na microrregião, no caso é o Diretor da microrregião e mais duas pessoas, que são três, composto de três pessoas do Estado e três Secretários Municipais de Saúde, cada qual com seus respectivos suplentes. Então eu acho que é outro ponto positivo porque você consegue discutir o problema lá, quem conhece o problema, e aí está presente município e Estado, chegando aqui só para

homologação, e dificilmente acontece uma determinação, um encaminhamento de uma CIB regional que ela possa ser rastreada na CIB estadual; a CIB estadual legítima porque reconhece que está mais perto do problema, então tem mais capacidade de discutir na sua essência.

Moacir de Souza Soares – Secretário Municipal de Saúde de Crateús, Município-sede da microrregião e Presidente do COSEMS, Ceará.

Outro ponto levantado nas entrevistas foi a questão do controle social. Todos os municípios incluídos em algum tipo de sistema de gestão tem o Conselho Municipal de Saúde, já que este é um critério para que seja concedida a sua habilitação. Entretanto o que se nota é que a atuação desses conselhos diferem de município para município, dependendo da sua composição, do grau de mobilização e consciência dos conselheiros. Por exemplo, a Secretária de Saúde de Aratuba relata as dificuldades pelas quais passou em relação à aprovação no Conselho da implantação do PSF no município. A Secretária relata que a visão de saúde que tem os componentes de um Conselho de Saúde determina o que é aprovado ou não nele:

Quando começamos a trabalhar com PSF, foi uma dificuldade muito grande, inclusive para aprovarmos no Conselho Municipal o Programa de Saúde da Família, inclusive o enquadramento do município no nível de gestão, porque o Conselho Municipal era um Conselho ainda muito manipulado na época- em noventa e oito renovamos esse Conselho – mas o dono do hospital aqui, é o padre, ele manobrava tudo.

Então tudo que se propôs de mudança, a pergunta que se fazia era: “Isso prejudica ou não prejudica o hospital?”; quer dizer, começamos a quebrar esse paradigma e dizer o que ajuda, o que é melhor para a população, e os Conselheiros começaram a entender, a população começou entender. Não é todo Prefeito que tem essa visão, como também não é todo Secretário de Saúde que tem essa visão de mudança, tanto que os municípios estão mais ou menos

avançados de acordo com essa visão de mudança que foi implantada. O Estado sempre estimulou essa mudança através da Bipartite e através do Conselho Estadual; essa mudança de mentalidade, acho que hospitalocêntrica, que saímos daquele período em que o município bom era aquele que tinha um hospital e um médico bom pra encher o hospital. Então saímos para começar a trabalhar a "desospitalização", e hoje não ter doente internado é motivo de alegria para nós, mas os adversários, inclusive políticos que misturam saúde com política, acham que não ter doente internado é perseguição ao hospital, não é saúde.

Vilva Maria Lopes – Secretária Municipal de Saúde de Aratuba, CE.

Outros Secretários Municipais de Saúde reafirmam essa visão, acreditando também que o controle social passa por um processo de “aprendizagem” e de exercício de cidadania dos conselheiros:

Controle social, você tem que ter uma visão bem clara de ver como ele se dá. Você tem Conselho de Saúde e tem outros apenas burocráticos. Em alguns municípios eles vão muito bem e em outros, mal. Depende de quem gerencia também.

(...) Eu acho que todo processo democrático é lento, os processos ditatoriais é que são bem rápidos. Então isso vai ter que passar pelo aprendizado, vai ter que passar por questão de mudança de hábito, de criação de hábitos e reuniões. Depende de nós. Se essas pessoas que serão escolhidas e que já foram escolhidas como Conselheiros sentirem que há uma seriedade desse processo, que o valor que elas dão é respeitado dentro do processo do projeto, elas irão cooperar. A partir do momento que estão sendo manipuladas, que estão ali apenas como fantoche, elas se afastam.

Então eu acho que depende dos Gestores mobilizar a população e incentivar esses Conselheiros a realmente exercer o seu papel. Depende de nós.

Eu acho que se você olhar um pouco pra trás, e nós brasileiros temos uma mania muito chata de fazermos o corte só no presente, mas se você olhar um pouco pra trás você vai ver que já foi muito pior. Hoje está bem mais evoluído e, por exemplo, o nosso de Pedra Branca é um Conselho que funciona. Funciona, não tem mordaca, as pessoas criticam mesmo, bate, mas também propõem, quer dizer, não são só de bater, propõem uma solução. Então se criou esse mecanismo de funcionamento de um jeito que eles funcionam beleza, eu gosto.

Jurandir Frutuoso – Secretário Municipal de Saúde de Pedra Branca, CE.

É uma relação muito boa, também pelo fato de trabalharmos o Conselho como parceiro e não como sendo nosso funcionário. O Conselho não é um órgão que seja manipulado pela Secretaria. Nós consideramos o Conselho Municipal de Saúde como sendo o órgão que discute, que delibera os problemas do município de uma certa forma fria mesmo, inclusive livre das paixões do poder público.

Então estamos trabalhando nessa perspectiva, estamos vendo que o Conselho tem sido o grande parceiro, e o Estado tem visto isso de uma forma também de capacidade: dar uma contribuição pra que os Conselheiros sejam melhor trabalhados para desenvolver melhor a sua função como Conselheiro, como controle social realmente eficaz dentro do município.

Marcos Machado – Secretário Municipal de Saúde de Banabuiú, CE

Além do nível local, a questão do controle social está colocada também ao nível regional/estadual e microrregional:

O controle público no nosso Estado, está muito bem definido como Sistema Único de Saúde, através dos Conselhos Municipais num nível primário, no município, o Conselho Estadual de Saúde como instância dentro do Estado. Acompanha-se todos esses serviços, tanto do nível primário, tanto municipal como no estadual, através do Plano Municipal de Saúde ou Plano Estadual de Saúde, que é colocado para toda população e discutido. Enfim, ele é aprovado dentro dessas instâncias. No nível microrregional, na realidade, como ele é federativo e nós não temos um Estado Microrregional ou Sub-Estadual, na realidade ele é virtual, se chama Microregional de Saúde. Ela é virtual, mas a proposta de controle público aí, trazendo os Promotores, trazendo um representante de casa dos Conselhos Municipais de Saúde, se forma um Fórum Microrregional de Saúde, que terá como base todas as metas pactuadas pelo nível de gestores, ou seja, de todos os Prefeitos e o gestor estadual, através do Governador, definidos claramente que indicadores, quais são as competências desses níveis.

Então esse Fórum é quem vai acompanhar como vai estar se dando a implantação, a implementação das ações e dos serviços de saúde nesse nível; então é um Fórum com representação de Secretários de Conselhos Municipais de Saúde, de Promotores Públicos, que irão acompanhar ou discutir todos aqueles problemas que envolvam a assistência de nível primário, secundário da Microrregião.

Evandro Teixeira Lima – Coordenador da Implantação das Microrregiões

Em termos de Microrregião, já foi eleita uma Bipartite Microrregional, composta por três Secretários Municipais e por três representantes do governo, que serão os membros da Microrregião, os Gerentes da Micro e mais dois técnicos da Micro, então serão seis. Esses Conselhos já foram escolhidos, está faltando só a questão da posse oficialmente e começar a trabalhar, e nos Seminários do Controle Público a gente colocou paralelamente a necessidade

de criar o Conselho, de fortalecer essas Micros com Ouvidoria. Então essa vai ser a relação que vai se dar, Conselho Municipal, que vai ter assento através de alguns membros dentro do Conselho Regional, e alimentado pelas Ouvidorias Municipais, que vai alimentar a Ouvidoria Microrregional.

Jurandir Frutuoso – Secretário Municipal de Saúde de Pedra Branca, CE

O recorte territorial facilita a intersetorialidade já que são discutidos todos os problemas da microrregião e seus conseqüentes impactos na saúde. Há quase que um movimento natural para a elaboração de políticas públicas “saudáveis”:

O Sistema Microregional de Saúde favorece, e até induz a que aquelas ações que têm impacto na saúde da população e que não estão no âmbito só das Secretarias de Saúde, precisam efetivamente se voltar na busca dessas pessoas ou desses outros serviços que podem contribuir. Então, o Sistema Microrregional favorece isso: você aproxima mais todas essas instâncias. No nível mesmo da Microrregional como representação da Secretaria, a idéia quando está sendo formulada e implantada esse sistema aqui no Estado do Ceará, é que de primeiro momento nós já vamos estar trabalhando com Secretaria de Ação Social e a Secretaria de Educação, através de suas representações microrregionais, para que haja um planejamento de ações conjuntas que possam ter repercussão dentro do Sistema, seja na área de Saúde, buscando essas complementações, sejam na área da própria Educação, porque também a Saúde termina podendo colaborar dentro daquele rol de disciplinas que poderiam, a Secretaria de Saúde, estar contribuindo na capacitação de professores, de cuidados básicos de atenção individual das famílias, a questão da higiene, do cuidado com alimentos. E se busca exatamente complementar todos os serviços, sejam no nível dos municípios, sejam no nível da instância estadual.

Então a Microrregional, vai estar compondo a questão da assistência social, da educação, da saúde e do emprego, através do SINE, Sistema Nacional de Emprego, que no Estado do Ceará estariam dentro de uma mesma estrutura, planejando e concebendo ações conjuntas.

O recorte microrregional, pelo número de municípios que compõe isso, é da Saúde, mas há um momento que você junta esses serviços, há pessoas começando a rediscutir áreas, porque na realidade, a Secretaria da Educação, que são chamados os CREDs, os Conselhos Regionais de Educação aqui no Estado do Ceará, têm uma composição geográfica que atende as necessidades exclusivas da Educação. A idéia é que a sede das Microrregionais tenha essa representação do CRED, Educação no caso, Saúde e Ação Social, já trabalhando numa mesma estrutura... Nas Microrregionais de Saúde, na sede das Microrregionais.

Tem uma representação conjunta da Ação Social e do SINE, e emprego, para que eles agora comecem a trabalhar conjuntamente, comecem a identificar o que existe dentro do ambiente geográfico que é comum a eles e de que forma podemos, num futuro próximo, ter o mesmo espaço geográfico comum a essas três instâncias.

A lógica da Saúde é uma, da Educação é outra, da Ação Social é outra, mas no contexto as necessidades são iguais, elas se somam, então o que é preciso haver, é uma disponibilidade de todos em estarem juntos e começar a construir esse novo espaço que é comum a todo mundo. Essa é a discussão que está colocada como desafio para nós.

Evandro Teixeira Lima – Coordenador da Implantação das Microrregiões

Então conseguimos abrir uma ponta para a Secretaria de Administração; estivemos com a Secretaria pra que discutíssemos junto com o DFID (Department for International Development – Reino Unido) uma consultoria, uma discussão para ver a reforma do Estado com a visão da Saúde. O que queremos é que o Estado possa trazer alguém que faça essa discussão da reforma do Estado.

Sentimos, evoluímos, estamos lá na Microrregião; estamos discutindo uma perspectiva de organizações sociais, de cooperativa, e o Estado não acompanhou isso, o Estado de uma maneira geral. Essa é uma visão que temos buscado, uma visão extremamente intersetorial.

Esse processo está envolvendo as pessoas da Ação Social, que já viajaram conosco para fazer algumas discussões, inclusive envolvemos pessoas da Secretaria do Planejamento, Secretaria da Fazenda. Faz parte do nosso papel essa busca da intersetorialidade, porque aqui é o fim da linha. É aqui que chega aquela pessoa que, por não ter tido educação talvez não tenha dado o melhor soro para o filho; aqui chega a pessoa que, por não, ter tido um emprego teve que ir para rua, assaltou machucou alguém que teve que ir para o hospital. Alguém que por falta de assistência social foi para rua, se marginalizou ou está usando droga e tal. Então, nós somos o fim da linha, estamos tentando buscar essa coisa intersetorial em todas as Secretarias.

Luis Eduardo – Sub-Secretário da Saúde do Estado do Ceará.

IV. CONCLUSÕES

Em conclusão pode-se afirmar que o Estado do Ceará constituiu-se num verdadeiro “celeiro de inovação”. A implantação do SMSS com o objetivo de dar sustentabilidade ao processo de descentralização - com uma efetiva coordenação

do nível regional da federação no espaço intraestadual e supramunicipal – pode ser considerada uma consequência de uma postura inovadora adotada há mais de vinte anos na área de saúde no Estado do Ceará⁸.

Pode-se destacar como incubadora deste desenho inovador na formulação e gestão da política de saúde a implantação pioneira, nos anos 80, do Programa Agentes Comunitários de Saúde, que resultou posteriormente no Programa de Saúde da Família, programa considerado hoje prioridade nacional pelo Ministério da Saúde.

Analisando-se em detalhe a postura estratégica da SESA pode-se destacar, na experiência de implantação das microrregiões as seguintes áreas de inovação:

1. Política de Saúde e Papel do Nível Estadual
2. Modelo de Gestão
3. Centralização, Descentralização e Conceito de “Local”
4. Intersetorialidade
5. Negociação e Controle Social

Cada um dos pontos será aprofundado a seguir.

⁸ Um estudo interessante que destaca esta postura inovadora de sucessivas gestões estaduais no governo do estado do Ceará foi realizado por Tandler, J. “Bom Governo nos Trópicos: Uma Visão Crítica”, Revan/ENAP, Brasília, 1998.

1. POLÍTICA DE SAÚDE E O PAPEL DO NÍVEL ESTADUAL

Em relação ao caráter de política pública a proposição dos sistemas microrregionais de serviços de saúde restabelece a idéia de parceria e cooperação entre os níveis da federação. O nível estadual assume-se como co-responsável na implementação de políticas descentralizadas de saúde.

A idéia central é a de *“unir a força dos municípios”* e que expressa bem esta postura do nível estadual de assumir o seu papel de coordenador no espaço intraestadual e supramunicipal. Isto fica bastante claro em uma das falas do Secretário Estadual da Saúde, quando coloca: *”por quê não sentarmos com todo o corpo técnico dos municípios e com os Prefeitos e discutir essa questão, a tal ponto que nós possamos negociar e, conseqüentemente, investir um pouco mais nas unidades ou nos serviços e fazer com que essa Microrregião se torne auto-suficiente pelo menos até a atenção secundária?”*

Estabelece-se assim uma clara distinção entre os conceitos de descentralização e municipalização colocada na perspectiva de se *“manter a descentralização sem nenhum prejuízo para os municípios, mas fortalecendo os municípios, fortalecendo o Estado, fortalecendo o Sistema e beneficiando mais a população”*.

Partindo desta diretriz a SESA começou um processo de capacitação dos gestores municipais na área da saúde, processo este que envolveu tantos os técnicos que atuam nos municípios quanto os que atuam no nível estadual. Esta capacitação teve como objetivo central desenvolver as habilidades necessárias para que estes técnicos passassem a atuar em todas as suas atividades com uma *“visão microrregional”*.

Foram definidos alguns focos estratégicos de atuação da SESA, figurando entre eles, com destaque, a *“cooperação técnico-financeira; a articulação e integração política, institucional, intersetorial; e a atenção integral à saúde da população”*.

Num momento em que a maior parte dos governos estaduais encontra-se em crise quanto ao seu papel no âmbito da descentralização, a SESA demonstrou claramente “ter” uma política estadual de saúde, buscando integrar a participação do Conselho Estadual de Saúde e a sociedade em sua formulação. Preocupou-se em viabilizar a implantação desta política através da organização de um sistema de informações e da formação profissional. Sobretudo procurou implantar esta política de forma descentralizada e buscando a cooperação SESA/Secretarias Municipais de Saúde.

A política de saúde definida pela SESA procurou romper com a visão medico-hospitalocêntrica dando ênfase à promoção da saúde com um foco mais coletivo que individual. Partiu-se do entendimento que *“sem organização da atenção primária nós não teremos uma atenção secundária fortalecida e consolidada”*.

Neste sentido cabe ser destacada a ênfase dada a formatação de programas inovadores e, em alguma medida experimentais, de organização da atenção primária. O melhor exemplo é o Programa Agente Comunitário de Saúde - PACS - uma experiência que praticamente nasceu no Estado do Ceará e que conseguiu *“levar às populações mais distantes e mais carentes, um profissional que pudesse dar algumas orientações que pudessem impactar - principalmente em situações voltadas à mortalidade infantil no nosso Estado - que eram as questões ligadas à diarreia e às infecções respiratórias infantis”*.

Apoiado nos resultados positivos da atuação do PACS, a SESA elegeu a estratégia da implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em todos os municípios para organizar a atenção primária no Ceará, já que constatou-se que somente se a atenção primária (PSF) funcionar bem serão garantidos mecanismos de acompanhamento bastante próximos das necessidades da população, iniciando um processo que *“vem de baixo para cima - vai subindo... (e pode ser que um dia chegue ao nível federal)”*.

A política de saúde adotada também denota uma ênfase em resultados efetivos e uma postura de co-responsabilização do nível estadual - expressa na intenção de se *“desenvolver instrumentos e ações que possam assegurar que essa população tenha a garantia da qualidade de vida que se busca no nível estadual”*. Isto significa assumir efetivamente o papel do nível regional num estado federativo – fazer a coordenação no espaço intraestadual e supramunicipal a fim de evitar desequilíbrios regionais e dar um apoio especial às localidades mais carentes.

Com a implantação das microrregiões o nível estadual atuou preparando e apoiando a descentralização, garantindo maior transparência na pactuação e repactuação dos recursos e responsabilidades. *“A responsabilidade do município é a atenção primária, e atenção secundária é responsabilidade (no momento) ainda do Estado. Então quando for repactuado, aí é que o município passará a ter a responsabilidade secundária.”*

Por fim, a devida ênfase na questão da preparação de gente para dar sustentabilidade à proposta. Para o Curso de Aperfeiçoamento de Gestores, por exemplo, a Escola de Saúde Pública da Secretaria Estadual de Saúde teve papel fundamental. Deve-se destacar a importância de se ter uma escola envolvida com a política de saúde proposta, com uma vinculação orgânica à rede de prestação de serviços e procurando atender às demandas da SESA. Deve-se destacar, ainda, o esforço em desenvolver e adaptar metodologias aos resultados esperados da política de saúde. *“Esse curso não é um curso para capacitação. É mais uma tentativa de organizar o serviço. Ele tem um produto bem definido”*.

2. MODELO DE GESTÃO

Em relação ao modelo de gestão percebe-se um esforço em unir uma reorganização da atenção e dos serviços de saúde ao desenho organizacional da SESA. Definiu-se uma estratégia de ação e buscou-se a estrutura adequada para viabilizá-la. Isto

parece bastante óbvio ou natural, mas não raro verifica-se a definição de diretrizes arrojadas que acabam sendo inviabilizadas por inadequação da máquina administrativa (pessoas, valores, cultura organizacional, estrutura de cargos e funções). Em outras palavras é mais fácil ter-se posturas avançadas ou elaborar políticas públicas inovadoras que efetivamente garantir a efetiva implementação das ações propostas.

Partiu-se, ainda, para a definição desta política de um diagnóstico amplo – considerando-se desde a postura do governador, secretários municipais de saúde até cidadãos nas filas das unidades. Ou seja, ao invés de uma postura “tecnicista” – contratar o “melhor planejador” e fazer o “melhor plano”, procurou-se garantir a legitimidade e o enraizamento da proposta⁹.

Na busca de dar real sustentabilidade ao modelo de gestão proposto realizou-se investimentos em informatização, redesenho e racionalização das ações. Também percebeu-se a importância estratégica de dar-se ênfase à dimensão gestão: *“mudamos talvez vinte e cinco por cento dos gerentes, já nessa perspectiva de trazer pessoas que tenham um perfil gerencial, não necessariamente só técnico”*. Como colocou um de nossos entrevistados: *“a estrutura da secretaria teve a visão microrregional”*.

Entre o desenho final das microrregiões e a sua operacionalização a SESA *“realiza dois movimentos táticos: um para adequar sua estrutura organizacional à missão de gestão do sistema estadual de saúde com foco na função de regulação para a equidade pautada na pactuação com o nível local, o outro para viabilizar a implantação de 21 sistemas microrregionais de serviços de saúde”*.

⁹ Para uma crítica desta visão tecnicista ver Mintzberg, H. *“The Raise and Fall of Strategic Planning”*, Prentice Hall, 1994; além dos diversos trabalhos de Matus, C. dos quais destacamos *“Política, Planificação e Governo”*, Brasília, IPEA, 1993.

Busca-se uma intervenção “real” e negociada na área da saúde, e não apenas formulações expressas “no papel”. Procura-se garantir a proximidade com as condições efetivas de sobrevivência, ao mesmo tempo que busca-se uma ênfase na resolução efetiva dos problemas de saúde, começando pela atenção primária.

Simultaneamente realiza-se uma reorganização no território e inicia-se um processo de racionalização da prestação dos serviços de saúde. *“Quando descentralizamos para municipalização autárquica - hoje, fazendo essa avaliação - alguns serviços ficaram em excesso e outros em falta. Um fator fundamental era exatamente discutir essa relação, o que estava em excesso, mal utilizado, deficitário, com dificuldades, e aqueles que precisavam ser implementados no nível microrregional”*.

O principal aspecto a ser destacado, além da reorganização dos serviços num sistema de referência/contra-referência claro, num território geográfico mais “lógico” e prático, é a conseqüente melhor resolutividade nas ações de saúde em nível secundário. Houve ganhos de escala, maior qualidade, resolutividade.

Para consolidar este processo não foram poupados esforços em termos de capacitação e formação de recursos humanos com uma visão estratégica. Percebe-se como a equipe está integrada e preparada para a implementação da política de saúde proposta. O discurso é afinado, a informação disseminada, “falamos a mesma língua”.¹⁰

A proposta de se implantar uma forma realmente nova de se pensar a organização dos serviços de saúde parece ter sido altamente bem sucedida. Buscou-se iniciar um processo de efetiva mudança na cultura organizacional dos gestores da saúde, trabalhando a questão de seus valores, crenças e ideologias.

¹⁰ Um estudo interessante que coloca a questão da disseminação da informação como um fator estratégico para garantir a flexibilização da gestão é o consagrado trabalho de Morgan, G. “Images of Organization”, Sage, London, 1996 – especialmente no capítulo “Organizações vistas como Cérebros”.

A ênfase nos aspectos simbólicos e intangíveis da gestão não descuidou, tampouco, do lado subjetivo e das questões de poder presentes em qualquer grupo social. Assim, *“um lado afetivo, da descoberta, do sentimento de pertencer, do que eles têm em comum, a origem deles - quer dizer, tem um lado que eu chamaria lado afetivo mesmo, a questão um pouco romântica mas que é importante nesse processo”*. Também enfatizou –se a dimensão política *“porque trabalhamos lidando com o jogo de interesses, e vamos ter todo um processo de pactuação que as microrregiões vão ter que dar conta, e a PPI também”*.

Efetivamente observou-se ganhos qualitativos no processo de pactuação: *“Nós costumeiramente fazíamos uma PPI baseada em ofertas de serviços, quem tinha mais serviços “apertava” mais e com isso barganhava mais recursos. Com a microrregião despojamos dessas coisas e discutimos assim: esse é o bolo de dinheiro que tem na microrregião. O quê fazer dele, para onde vai e como vai, e quem recebe o quê. O compromisso é político, se compromete em resolver”*.

Verificou-se avanços também nos esforços de priorização, ação essencial para garantir melhores resultados e maior equidade, uma vez que consegue-se partir das *“necessidades reais, dentro das áreas de controle que nós iremos atuar no município, ou seja, o quê era prioridade para o município, quais eram os problemas: era tuberculose, era hanseníase, era imunização, era atenção à saúde da mulher? Qual era o problema mais gritante? Então selecionamos cinco áreas, quatro, cinco áreas de prioridade. Nós traçamos os procedimentos que iríamos precisar dentro delas e depois desses procedimentos nós fomos para a mesa de negociação, ou seja, entre gestores dizer quem faria o quê”*.

Por fim esta postura inovadora evitou o isolamento e garantiu permeabilidade à uma discussão mais geral que se processa em âmbito mundial: a questão da reforma do Estado. *“Sentimos, evoluímos, estamos lá na Microrregião; estamos discutindo uma perspectiva de organizações sociais, de cooperativa ou, quem sabe, consórcios”*.

3. CENTRALIZAÇÃO, DESCENTRALIZAÇÃO E O CONCEITO DE LOCAL

O projeto de implantação de sistemas microrregionais de serviços de saúde reconceituou, na prática, o entendimento tradicional de que a centralização deve ser combatida e que a descentralização é necessariamente positiva. Buscou-se, na política de saúde implantada garantir um movimento dialético centralização-descentralização. Isto levou inclusive, à redefinição de conceitos como municipalização e até mesmo “local”.

“Local” passou a ser visto como um espaço que ultrapassa a definição jurídico-institucional de município: localidade, lugar, espaço próximo, entorno. Neste sentido houve também um enriquecimento do termo descentralização, à medida que ele foi desvinculado de uma equação direta com o nível municipal e adquiriu uma conotação relativa: é um “local” em relação a um “regional” ou a um “global” (que podem ser, respectivamente, as macrorregiões, o nível estadual ou federal).

O espaço local passou a ser entendido, portanto, não mais estritamente como sinônimo de municipal - *“o Secretário da cidade vizinha deixa de pensar nos problemas do ‘seu’ nível local”* baseado naquela *“visão muito dentro do próprio município”* para ter uma visão mais ampliada. *“Passa a discutir numa visão mais ampliada de microrregião. A microrregionalização permitiu que nós nos organizássemos de uma forma que conseguíssemos juntos, não só o município, mas a Microrregião, com problemas idênticos e situações idênticas e com potencial idêntico também - unidos nós conseguíssemos resolver os nossos problemas no nosso próprio raio de atuação, que era os nossos municípios”*.

Desta forma viabilizou-se a descentralização do sistema, especialmente da atenção primária - através do PSF - totalmente de âmbito municipal, funcionando como portas de acesso mais próximas da população. Ao contrário, para a organização dos

serviços de atenção secundária e terciária a SESA optou por uma estratégia de centralização.

Procurou-se, por outro lado, garantir a autonomia e o fortalecimento destes atores locais: *“nada vem para Bipartite estadual que não passou antes pela Bipartite microrregional”*. Houve, efetivamente uma descentralização para o nível local: *“tudo que acontece lá na microrregional a CIB (Comissão Intergestores Bipartite) regional é que tem o poder de discussão e de encaminhamento, de tomar decisão. Vem para a CIB estadual só para homologação.”*

Isto resulta, como já se disse numa co-responsabilização do nível estadual, por um lado, e numa postura pró-ativa dos níveis locais (microrregional e/ou municipal) através da descoberta do sentimento de pertencimento, de “comunidade” que compartilha uma cultura, um espaço físico-territorial, problemas e recursos. Neste sentido a população passa a ter garantia de atendimento local: *“o nosso usuário se sente mais seguro porque, quando ele se desloca do nosso município, ele já vai com uma referência, já vai assegurado o seu atendimento”*.

Com isto uma conotação importante de um sistema local de saúde passa a ser resgatada: a idéia de proximidade do usuário com o serviço. *“Com a perspectiva de a curto prazo (ou a médio prazo) se ter organizado essas Microrregiões, vamos diminuir distância, vamos organizar serviços nas Microrregiões, portanto deixando o paciente mais próximo de casa”*. A localização geográfica dos serviços acaba garantindo um acesso mais fácil aos mesmos.

Isto faz com que os municípios, mesmo os menores, sintam-se responsáveis e “empoderados” (*empowermented*): *“o processo das microrregiões equaciona os municípios de menor porte porque de fato resgata neles - ou dá à eles- condição de oferta de serviços.”* A idéia de se trabalhar com microrregiões policêntricas - ou seja, desconcentrando em vários centros os diferentes serviços, investindo em determinada vocação ou tradição local, aproveitando a infra-estrutura e os recursos

humanos existentes – não apenas dá sustentabilidade à descentralização dos serviços como também garante a participação de atores (*stakeholders*) diferenciados.

Também o nível estadual e a formulação da política pública neste âmbito parece estar mais próximo do local. “*O Estado (nível estadual) está descendo*”. “*O Estado está se aproximando mais dos municípios, e com eles sentindo a necessidade de resolver alguns problemas. Quanto mais próximas dos fatos as decisões forem tomadas, há mais chances de acerto*”.

4. INTERSETORIALIDADE

A política de saúde baseada na microregionalização levou ao estabelecimento de uma complementaridade na definição das diretrizes de ação nos vários níveis, à ênfase em resultados e à busca de atuação conjunta.

Como os critérios de delimitação utilizados foram “reais” esta territorialização revelou-se eficiente para evitar a fragmentação típica da organização burocrática. Um estudo inicial analisou a malha viária do estado do Ceará, mostrou as rotas das ambulâncias e para onde elas levavam os doentes. Outro estudo fez um levantamento dos serviços de saúde oferecidos por cada município, registrando a capacidade instalada, qualidade do atendimento proporcionado, fluxo de pacientes e os tipos de tratamentos realizados. O cruzamento das informações obtidas praticamente definiu o novo recorte microrregional, que é a base física do Sistema de Saúde do Estado do Ceará.

Os vários fóruns de pactuação e repactuação criados neste processo também induzem à intersectorialidade, uma vez que fica bastante evidente que a construção de um local saudável depende de esforços integrados. “*Esses grupos discutem*

realmente as condições de vida da população, discutem por que aquela população tem mais diarreia - a água de má qualidade” por exemplo.

No âmbito da reestruturação administrativa que acompanhou a implantação da proposta de microrregionalização a SESA preparou-se para uma abertura intersetorial. *“Vamos estar trabalhando com a Secretaria de Ação Social e a Secretaria de Educação - através de suas representações microrregionais- para que haja um planejamento de ações conjuntas que possam ter repercussão dentro do Sistema; seja na área de Saúde, buscando essas complementações, seja na área da própria Educação. Porque também a Saúde termina podendo colaborar dentro daquele rol de disciplinas que poderiam estar contribuindo na capacitação de professores, de cuidados básicos de atenção individual das famílias, a questão da higiene, do cuidado com alimentos, das crianças, dos doentes etc.*

Buscou-se, portanto, respeitando as especificidades territoriais de cada serviço, alcançar algum nível de cooperação tendo em vista o impacto esperado das ações. Manteve-se *“cada secretaria com a sua regionalização própria mas com algum nível de integração”*.

Neste sentido adotou-se conduta diferenciada de outras propostas que tentam garantir “oficialmente” a intersetorialidade substituindo, por exemplo, um grande número de secretarias por umas poucas coordenações. Como se sabe, isto nem sempre funciona, uma vez que pode se criar “artificialmente” uma coordenação que, internamente, continua funcionando de forma compartimentada, com pessoas e ações agrupadas em torno de “mini-secretarias”.¹¹

O argumento utilizado para não propor uma reestruturação formal com vistas à intersetorialidade é que cada área demanda critérios de regionalização e de

¹¹ Um trabalho que discute esta questão é o elaborado por Mezzomo Keinert, T.M. “Reforma Administrativa nos Anos 90: O Caso da Prefeitura Municipal de São Paulo”, Revista de Administração de Empresas, São Paulo, junho 1993.

implantação de políticas públicas diferenciado. *“A lógica da Saúde é uma, da Educação é outra, da Ação Social é outra, mas no contexto as necessidades são iguais, elas se somam”*.

5. NEGOCIAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

A microrregião foi pensada como um espaço privilegiado de negociação entre os municípios, entre eles e o Estado, e deles com organizações da sociedade civil, associações de usuários e prestadores de serviços.

Esta negociação, mais do que na lei está garantida no acordo entre as partes e na “vontade política” de garantir melhorias na qualidade de vida. *“Agora, essa Bipartite, para funcionar num sistema microrregional, ela tem que ir muito além da Bipartite tradicional que vemos aí, que é apenas uma mesa de negociação que se reúne uma vez por mês certo? Ela tem que ser isso e mais. Ela tem que ser um ente efetivamente gerenciador do sistema”*.

“Como é que nós vamos fazer a Bipartite funcionar, com quê estrutura, como é que a PPI se transforma num instrumento de gestão cotidiana. Quer dizer, como é que vai ser esse lugar ainda que é um lugar virtual; porque a Bipartite microrregional não é um ente jurídico. A Bipartite microrregional tem o poder derivado da Bipartite Estadual – como é que ela vai funcionar como gestor de sistema”. Eis o desafio colocado às formas pós-burocráticas de se administrar, garantir o equilíbrio, ainda que precário e dinâmico.

De maneira geral, observou-se que existe um entusiasmo dos secretários municipais de saúde em participar das microrregiões, apontando este processo como uma maneira de proporcionar a formação de parcerias asseguradas pelo pacto entre os gestores.

A maioria dos secretários municipais mencionam em suas entrevistas a PPI como instância de negociação e pactuação entre os municípios e se referem a ela com um certo entusiasmo tomando-a como instrumento capaz de garantir o funcionamento da microrregião, e assim, a cobertura de serviços de saúde do município.

Com a implantação do sistema microrregional também verifica-se avanços no sentido de envolver a população na gestão pública e no controle social. *“Depende dos Gestores mobilizar a população e incentivar esses Conselheiros a realmente exercer o seu papel”*.

Ampliou-se neste movimento o espaço para uma atuação efetiva dos representantes tanto no sentido de crítica quanto de propostas de encaminhamentos. *“O nosso, de Pedra Branca é um Conselho que funciona. Funciona, não tem mordaca, as pessoas criticam mesmo, batem, mas também propõem, quer dizer, não são só de bater, propõem uma solução”*.

Por vezes é utilizada a expressão *“controle público”* como sinônimo de controle social, o que denota estar havendo realmente um amadurecimento na distinção entre o que é público – bens e valores que são de todos e devem servir à todos – e a formatação jurídica – de direito público ou privado (Keinert, 2000).

Surge assim a noção de parceria entre o governo e os demais atores sociais, ao *“trabalharmos o Conselho como parceiro e não como sendo nosso funcionário. O Conselho não é um órgão que seja manipulado pela Secretaria. Nós consideramos o Conselho Municipal de Saúde como sendo o órgão que discute, que delibera os problemas do município de uma certa forma fria mesmo, inclusive livre das paixões do poder público”*.

Neste sentido os municípios e o estado perceberam o valor estratégico de se investir no envolvimento e na capacitação destes atores sociais co-gestores da coisa pública

(a qualidade de vida da população, a saúde, o meio-ambiente, os recursos existentes). Houve um esforço no sentido de “ *dar uma contribuição para que os Conselheiros sejam melhor trabalhados, para desenvolver melhor a sua função como Conselheiro, como controle social realmente eficaz dentro do município*”. Somente desta forma os conselhos municipais/ microrregionais e o próprio conselho estadual de saúde poderão dar contribuições substantivas e não apenas chancelar os planos municipais e estadual de saúde.

Outro canal importante de participação foi aberto com o envolvimento dos promotores públicos no controle social. Foi criado o Fórum Microrregional de Saúde onde estes profissionais passaram a ter uma atuação conjunta com representantes dos conselhos municipais de saúde. Neste sentido também passaram a funcionar as “ouvidorias municipais” como espaço para a garantia e proteção dos direitos de cidadania, bem como uma aproximação maior entre o ministério público e a população.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência do Ceará colocou em pauta a questão da descentralização com visão regional e microrregional, a ponto de influenciar a política nacional de saúde, que passou a “rever” o processo de municipalização retomando a questão da regionalização. Tal processo concretizou-se na edição, pelo MS da nova normal operacional da assistência social em janeiro deste ano (NOAS 2001).

Em termos de gestão estratégica da política de saúde deve-se destacar a ênfase dada à utilização de uma postura pós-burocrática, baseada especialmente na flexibilidade gerencial, na negociação, na busca de se estabelecer consensos e coalizões, ao mesmo tempo em que não foram deixados de lado os aspectos técnico-operacionais. A fundamentação técnica e teórica, por sua vez, facilitou e fortaleceu o processo de negociação política.

Como foi destacado por Tendler(1998) a gestão pública no Estado do Ceará conseguiu criar uma “aura de missão” e envolver os diversos atores sociais envolvidos (stakeholders) na implantação das políticas propostas.

A descentralização foi entendida como uma oportunidade estratégica para a SESA, e não como um problema. Esta postura facilitou o resgate da atuação do nível estadual restabelecendo a idéia de parceria entre estado-município e garantindo um certo protagonismo do nível estadual em questões que ultrapassem a jurisdição municipal.

Como destacam alguns estudos recentes (Vilaça Mendes, 1996 e Heimann et all (2001) a política de saúde tem negligenciado o papel do nível regional da federação, concentrando-se numa relação dual união-município. Conforme coloca Heimann(2001) como resultado de trabalho de investigação realizado com municípios em gestão semi-plena “uma outra evidência demonstrada na pesquisa, e que o processo de descentralização no SUS põe em relevo, é a grande capacidade indutora de política de saúde pelo gestor federal, mormente pela destinação de recursos financeiros, mas também revelou a sua baixa capacidade de acompanhamento, avaliação e controle da execução destas políticas.” Ou seja, existe uma espécie de vácuo de poder no que se refere à gestão estratégica de políticas públicas: centralizado no nível federal e fragmentado no nível municipal. Como já colocado acima, a experiência de alguns estados da federação com o processo de regionalização, deu impulso para que esta polarização passasse a ser percebida e enfrentada.

Em termos da política de saúde propriamente dita cabe destacar a efetiva junção da atenção básica à uma lógica de territorialização geo-espacial conseqüente através da microrregionalização. A experiência gestada no Ceará quebra a idéia de descentralização entendida como municipalização e amplia os limites da gestão local para além da delimitação político-administrativa municipal.

A estrutura administrativa da SESA, por sua vez, foi preparada adequadamente para realizar a gestão desta política de forma descentralizada, elegendo a idéia de parceria estado-município como sua estratégia de ação.

V. BIBLIOGRAFIA

CARVALHO, G.I. de e SANTOS, L. **“Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica de Saúde”**. Hucitec, São Paulo, 1992, p. 55 e 61.

HEIMANN, L. et alii. **Descentralização do Sistema Único de Saúde: Trilhando a Autonomia Municipal**, São Paulo, SOBRAVIME, 2000.

KEINERT, T. M.M. **Administração Pública No Brasil: Crise e Mudança de Paradigmas**, FAPESP/Annablume Editora, São Paulo, 2000.

_____. “A Reforma Administrativa nos Anos 90: O Caso da Prefeitura Municipal de São Paulo”, **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, jun/1993.

LECHNER, Norbert. La Política ya no es lo que fue. *Nueva Sociedad*, 144, 104-113.

MATUS, C. **Política, Planificação e Governo**, Brasília, IPEA, 1993.

MENDES, E. V. **“Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde: Um Novo Paradigma para a Organização dos Sistemas de Serviços de Saúde no Nível Local”**, Organização Pan-Americana da Saúde, Representação do Brasil, 1999.

_____. **“Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde”**, Hucitec/Abrasco: São Paulo-Rio de Janeiro, 1995.

_____. **A Organização da Saúde no Nível Local**, Hucitec, 1998.

_____. **Uma Agenda Para a Saúde**, Hucitec, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **NOAS 2001**- Norma Operacional da Atenção à Saúde, Brasília, 2001.

MINTZBERG, H. *The Raise and Fall of Strategic Plannining*, Prentice Hall, 1994.

MORGAN, G. *Images of Organization*, London, Sage, 1996.

PUTNAM, Robert D. (1993). *Making Democracy Work*. Princeton: Princeton University Press.

SESA-Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Ceará, **Revista SUSTENTAÇÃO**.

_____. **Programação Pactuada e Integrada do Estado do Ceará**, Fortaleza, 2000.

_____. **Sistema Microrregional de Serviços de Saúde de Baturité**, Fortaleza, 2000.

TENDLER, J. *Good Government in the Tropics*, Johns Hop kins Universiy Press, 1997.

VI. ANEXOS

ANEXO 1

ROTEIRO PARA ENTREVISTA NÍVEL ESTADUAL

- Modelo de gestão (política de saúde)
 1. Que pontos você destacaria na proposta de Modelo de gestão da SESA que caracterizem a descentralização com a participação ativa do nível estadual (dentro da visão de que descentralização não é sinônimo de municipalização e de que é papel fundamental da SESA fazer a coordenação intermunicipal-intraestadual)?
 2. Em que medida a proposta de consórcio se constituiu em instrumento estratégico para conseguir estes objetivos?
 3. E a proposta de cidades saudáveis?
- Intersetorialidade/microregionalização
 4. Em que medida questão de saúde é abordada de uma perspectiva intersetorial? (enquanto princípio ou diretriz e em que medida é a proposta de cidade saudável o catalisador da questão da intersetorialidade?)
 5. De que forma a saúde se organiza no território de abrangência do nível estadual e internamente nas microregiões? Em que medida os consórcios avançam em relação às regionais de saúde? (critérios de definição das regionais, características demográficas, epidemiológicas e sócioeconômicas foram os critérios?) Como se organiza o atendimento dos níveis primário, secundário e terciário?
 6. Dentro das experiências de consórcios e cs qual a avaliação você faria (principais avanços ou conquistas) e quais seriam os desafios para os próximos anos?

ANEXO 2

ROTEIRO PARA ENTREVISTA NOS MUNICÍPIOS

- 1- Quais as vantagens que o município vê em participar do Sistema Microrregional de Serviços de Saúde? (num 1º momento / atualmente)
 - Distinção entre Município e Microrregião, ou, como se dá a relação entre os dois?
- 2- De que forma a saúde se organiza no território de abrangência Microrregional e internamente nos Municípios? (nível de complexidade)
 - Quais os critérios de definição das Microrregiões:
Características demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas foram os critérios ?
- 3- **PPI** – Como é negociada, ou como é realizado o acordo entre os gestores (Municipais, Estadual, Ministério e Microrregião)
 - Existe sintonia entre a política de saúde estadual e o plano de saúde da Microrregião?
- 4- **Há controle social?**
 - Como se dá a articulação dos Conselho Municipal de Saúde e a Microrregião?
 - O Conselho Municipal de Saúde atua na definição de políticas, estratégias e de prioridades?
- 5- Na experiência da Microrregionalização qual a sua avaliação:
 - Em termos de principais avanços e conquistas
 - E quais seriam os desafios para os próximos anos?

ANEXO 3

ÍNTEGRA DAS ENTREVISTAS

- 1- Maria Gorete Macedo L. de Andrade – Escola de Saúde pública da SESA
Nágela Maria dos Reis Norões – Escola de Saúde Pública da SESA
- 2- Robério - Secretário Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Baturité,
Ceará
- 3- Anastácio de Queiroz Souza - Secretário da Saúde do Estado do Ceará
- 4- Maria Vilalva Lopes – Secretária Municipal de Aratuba, Ceará
- 5- Evandro Teixeira Lima- Coordenador das Micro-Regionais de Saúde do Estado do
Ceará
- 6- Jorge Montenegro – Escola de Saúde Pública, Ceará
- 7- Jurandir Frutuoso - médico, Secretário de Saúde de Pedra Branca, Ceará
- 8- Doutor Luís Eduardo - Sub-Secretário, da Secretaria Estadual de Saúde do Estado
do Ceará
- 9- Marcos Machado - Secretário de Saúde de Banabuiu, Ceará
- 10-Moacir de Souza Soares - Secretário de Saúde de Crateús, município sede da
Microrregião e também Presidente do Conselho de secretários Municipais de Saúde
do Ceará, COSEMS
- 11-Francisco Ernesto Lins Cavalcanti - Prefeito da cidade de Pedra Branca, que faz
parte da Micro-Regional de Quixadá, Ceará
- 12-Antônio Camilo Matos - Secretário Municipal de Saúde de São Benedito

13-Eugênio Vilaça Mendes – Consultor para a implantação das Microrregionais e seu idealizador

14-Fátima Ferreira de Oliveira - Gerente da Micro-Região de Baturité, Ceará

1- Maria Gorete Macedo L. de Andrade – Escola de Saúde pública da SESA

Nágela Maria dos Reis Norões – Escola de Saúde Pública da SESA

Tânia: Na verdade, com vocês o objetivo é falar sobre o papel da Escola nesse processo de micro-regionalização, que aí depois o Eugênio sugeriu, se a gente conversasse também com a Sílvia sobre a Escola em si, (...) a gente já acabou conversando aqui com o Jorge. Mas, por exemplo, de manhã vocês falavam dos cursos, dos módulos, e (...).

Gorete: Bom, o processo de implantação, de estruturação das Micro-Regiões tem basicamente três etapas. Quer dizer, ele tem um primeiro momento que é um momento de diagnóstico, tem um curso em si e esse curso tem que dar conta de três dimensões: a dimensão afetiva, porque partimos do princípio que essa junção não é um amontoado de município, é uma relação nova que vai se criar, onde você vai ter que romper com alguns tipos de comportamentos e paradigmas, e implantar uma nova, realmente uma nova cultura que se pensar em organizar serviços de saúde. E isso passa pela relação de pertencimento, de solidariedade, de deixar aquela história: “é meu”, deixando aquela visão muito dentro do próprio município pra ter uma visão mais ampliada. É a questão de ativar a sensibilidade das pessoas, de que os problemas deles são problemas comuns e que eles coletivamente podem resolver dessa forma.

Então ele tem que dar conta desse lado afetivo, da descoberta, do sentimento de pertence, do que eles têm em comum, a origem deles; quer dizer, tem um lado que eu chamaria lado afetivo mesmo, a questão um pouco romântica mas que é importante nesse processo.

E ele tem o outro viés que é a questão técnica. Fazemos num primeiro momento um realinhamento conceitual, discutimos com as pessoas os temas que são trabalhados nas sessões e ao final de cada sessão temos um prosseguimento da elaboração das Câmaras Técnicas, que na verdade é um grupo de trabalho que vai dar conta da elaboração de um programa-proposta de intervenção. Cada sessão tem um produto, que é esse desenho preliminar desse projeto de intervenção, que tem como base o diagnóstico inicial. E a outra dimensão é uma dimensão política, porque trabalhamos lidando com o jogo de interesses, e vamos ter todo um processo de

pactuação que as cinco Micro-Regiões vão ter que dar conta, e a PPI também vai ter que dar conta disso.

É este, em linhas gerais, o formato do que se pensa nesse curso. Ele foi desenhado tentando atender basicamente quatro grandes áreas. Nós já trabalhamos porque nós tomamos como referência a experiência do ano passado, quando nós tivemos a experiência de Baturité e fizemos então os ajustes necessários pra ele tomar uma formatação realmente de um curso. Então ele tem quatro grandes áreas, tratando no Módulo Um, o sistema Micro-Regional de Sistemas de Saúde, a questão política; ele trata da política, a questão do controle público, da mobilização social. Tem a outra área que é a questão das intervenções na área de saúde pública, entra vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, controle de endemias. Tem a outra questão que é a organização da atenção, a atenção primária, atenção secundária, controle e avaliação...

Nágela: Saúde Bucal.

Gorete: E sistema de apoio, que é a questão do apoio diagnóstico laboratorial e aquele controle e avaliação.

Pois bem, então ele foi estruturado nesses quatro grandes módulos, cada um tem as sessões que são trabalhadas e existe uma discussão, a metodologia adaptada do PPBL, que é aprendizado baseado em problema, é a metodologia base da Escola de Saúde Pública mas que nós trabalhamos uma adaptação. Também trabalhamos muito a questão interativa, utilizando vídeo, transparência, e também trabalhamos muito em grupo, temos muita discussão em grupo. Trabalhamos estudo de caso e análise de situação problema com uma pequena adaptação da metodologia do PPBL. Temos uma participação muito estreita dos especialistas, da Secretaria da Saúde. São aquelas pessoas que no dia-a-dia do serviço da saúde tomam conta das áreas em termos do nível estadual e prestam a assessoria, a cooperação técnica junto aos municípios. Então essas pessoas discutem conosco o conteúdo, a atenção secundária.

Então discutimos coletivamente esse conteúdo, a Escola propõe toda a parte metodológica e esses especialistas têm uma participação durante essas sessões. Nós temos facilitadores, cada Micro-Região conta com dois facilitadores, que foram capacitados pela Escola de Saúde Pública; tem uma pessoa do Grupo Técnico que é quem coordena o processo a nível local e tem uma pessoa da Escola de Saúde Pública. Em linhas gerais é isso.

Nágela: Esse curso não é um curso pra capacitação. É mais uma tentativa de organizar serviço.

Gorete: É, e ele tem um produto bem definido.

Nágela: (...) capacitar as pessoas, dizer o quê é assistência farmacêutica e sim discutir, por exemplo, a assistência farmacêutica no âmbito daquela Micro-Região, que ela existe, que o

diagnóstico existe, e no final de cada sessão dessa eles fazem uma proposta de como seria essa assistência farmacêutica na Micro-Região, e após essa sessão se formam Câmaras Técnicas.

Nágela: São as equipes, representantes de municípios, com especialistas, representantes da Micro-Região, que é a instância da Secretaria, e eles vão discutir e elaborar o projeto de assistência farmacêutica naquela Microregião.

E depois ele é pactuado na Bipartite micro-regional.

Tereza: Quer dizer, na verdade vocês chamam de curso mas não é exatamente um curso; as pessoas dos municípios vêm pra resolver na verdade um problema específico .

Gorete: Ele é formatado como um curso. Doutor Eugênio gosta de dizer que ele é um curso.

Nágela: Recebe certificado, diploma, tudo.

Gorete: Ele foi formatado como um curso, só que ele, além de dar conta, não chega a capacitar.

Gorete: Ele tem noções base, porque o nosso público do curso, na verdade, são três grandes públicos, são: público preferencial, que são os Secretários Municipais de Saúde e os assessores técnicos, os Gerentes micro-regionais das outras Micro-Regiões, e nós temos um público que é o público chamávamos de flutuante, agora mudamos, são os assessores específicos, que são aquelas pessoas que trabalham com atenção primária em cada município. Elas não necessariamente participam do curso todo; por quê? Porque são pessoas que convivem com a questão da atenção primária ou mesmo da atenção farmacêutica, que têm condição de fornecer as informações, de complementar esse processo diagnóstico que precedeu essa sessão.

Então ele é formatado como um curso, tem o regulamento de um curso, você tem que ter uma frequência mínima exigida para receber certificação. Mas é um curso diferente, ele tem que dar conta dessas outras coisas, tem que dar conta de um produto. Quer dizer, ao final da sessão ele tem um produto desenhado, que é o que vai alavancar o processo de cooperação técnica que vai fazer o projeto de intervenção, que será levado para Micro-Regional para ser pactuado.

Existe primeiro uma pactuação técnica e depois uma pactuação política. Os técnicos sinalizam, com base na vivência, na experiência deles e com base no diagnóstico, o que precisa ser reorganizado, o que precisa ser mudado dentro dessa nova lógica da Micro-Região. Então eles contribuem dessa forma, e no ano passado já tínhamos alguns produtos, alguns projetos que foram pactuados, e nós vamos ajustando o produto e trabalhando com ele.

No lado também afetivo estamos sempre colocando um termômetro nesse público fixo. Às vezes são um pouquinho down, um pouquinho desanimados, aí colocamos algumas técnicas de motivação, relaxamento, integração, festas. Por exemplo, São João foi comemorado, tem fotos, ou do aniversário das pessoas, tem todo aquele cuidado, aquele carinho, porque acreditamos que nesse ano de convivência o Secretário pode até mudar, alguns técnicos, mas sempre fica um

resíduo, e mesmo que eles mudem, eles migram pra outros municípios e vão ser os reeditores dessa proposta da Micro-Região. Sabemos que vamos ter muita mudança, mas de qualquer maneira estamos formando pessoas que reeditam essa mensagem, reeditam essa lógica nos outros municípios.

Tereza: Quantos alunos já passaram por esse processo?

Gorete: Bom, eu teria que ir na sessão de Escrituração Escolar pra te dar uma idéia do total, mas dá pra gente ter uma idéia, né, Nágela? Nós temos uma base de duzentos alunos fixos. A Escrituração Escolar tem uma planilha que diz todos os Secretários, todos os assessores técnicos, e tem cada assessor específico de área. Você tem uma idéia... apresentar isso no dia da avaliação, e nós temos uma avaliação muito positiva. Eles são extremamente exigentes, acho isso ótimo; eles colocam observações incríveis com relação à metodologia que mudam um pouco o rumo. Mas são cruéis, cruéis no bom sentido, mas tem sido uma experiência muito boa para nós.

Nágela: É, e o curso está acontecendo em cinco Micro-Regiões. Em cada sessão tem dezesseis horas.

Nágela: Existem os participantes fixos que a Gorete falou, fixo é o Secretário Municipal e um assessor técnico, e tem o assessor específico, dependendo de cada tema, ele muda de acordo com o tema abordado, a sessão abordada.

Tânia: Os Secretários Municipais participam?

Nágela: São fixos.

Tânia: Mas eles participam?

Nágela: Participam, participam, sim.

Gorete: Nós estamos prevendo duzentos e cinquenta e seis...

Nágela: São fixos, e é um público fundamental para nós, fundamental. Nós demos uma parada agora porque eles solicitaram, por conta desse processo eleitoral, paramos um mês.

Nágela: Agora em outubro nós vamos reiniciar.

Tânia: E os próprios Secretários participam?

Nágela: Os próprios Secretários.

Nágela: Com certeza. Se o Secretário não participasse o curso não teria razão de existir.

Gorete: Não teria sentido.

Nágela: Então o Secretário, o assessor técnico dele, gerente micro-regional, é importante a participação dessas pessoas.

Tânia: Secretário não é tão fácil assim de ter disponibilidade...

Gorete: Não, mas nós temos uma média boa de participação de Secretário, temos isso inclusive numa planilha. Agora, houve uma queda por causa da preparação da eleição, observamos uma queda considerável da participação do Secretário. Quando aconteceu a demanda, achamos melhor mesmo, porque quando avaliamos a frequência, vimos a participação diminuindo, teríamos um certo prejuízo. Não é que tivesse prejuízo total, mas como a proposta é uma proposta política, não é só um curso. Ela tem uma proposta política de mudar toda uma lógica de organização, então a ausência de Secretário teria um prejuízo.

Tânia: Qual é o atrativo para o Secretário?

Tânia: Ele tem autonomia, não precisa obrigatoriamente aderir a essa proposta.

Gorete: É. Até o momento não tivemos nenhum movimento de rejeição. O que temos observado é que os Secretários estão tomando consciência que sozinhos não vão dar conta do recado. Já existe todo um processo de pactuação que é feita pela PPI e o que a gente percebe, isso é uma coisa de sentimento, pelo menos na minha percepção, que eles se sentem fragilizados. Em depoimento deles, eles colocam assim: “Nós temos um problema que nós... se nós nos juntarmos a gente pode resolver isso”. Nós temos Prefeitura de oposição, nem todas elas são PSDB, entendeu?

Tânia: Lá?

Gorete: Nem todas elas. Lá, eu digo lá, nesse universo que a gente está trabalhando.

Tânia: Nessas cinco?

Gorete: Exatamente. Tianguá, o São Benedito,... Agora, o que a gente percebe também é a necessidade que eles têm de melhorar, eles querem melhorar o atendimento e estão apostando nessa lógica, nessa nova lógica.

Gorete: Eles estão acreditando, e quando colocam a Micro, eu acho que também eles não estão tendo coragem de dizer: “Não vou”, porque correm o risco dos outros que estão agregados ter um salto de qualidade e eles de ficarem isolados. Sentimos à vezes alguma resistência, porque eles ainda têm muita interrogação, mas não ficamos angustiados com isso porque sabemos que isso é um processo, e ao final do curso, pela afetividade na questão política, na questão técnica, esperamos que venham realmente a perceber a importância disso.

Gorete: Tem todo um processo de sensibilização

Nágela: Processo de sensibilização com os Prefeitos, Secretários, e o que a gente nota é que se a Secretaria tivesse condições de expandir o processo pras vinte e uma já estaria acontecendo.

Nágela: Porque o que eles querem realmente é melhoria pra eles, mais investimento pra Micro-Região, então isso é importante pra eles que isso aconteça.

Agora, claro, que no início eles têm aquele sentimento ainda de município autárquico, a visão mais individual. Depois eles passam a ter a visão mais coletiva, de não pensar que os serviços vão ser estruturados para o município deles mas sim para uma discussão entre um colegiado, que vai discutir onde deveria ficar melhor aquele equipamento de saúde. Tudo isso é um processo que aconteceu em Baturité e foi muito bem aceito. E os Prefeitos, na pactuação os Prefeitos participaram.

Gorete: (...) o dia inteiro, ficavam o dia inteiro.

Nágela: E o dia inteiro, não houve nenhum problema, nada em relação às metas que foram colocadas.

Gorete: Olha, tem uma cultura que a maioria das Prefeituras tem uma casa de apoio aqui em Fortaleza, que tem pessoas que acompanham os usuários dos serviços de saúde pra ver essa questão da referência, tem muita referência pra Fortaleza. O que eles querem na verdade é tentar criar mínima estrutura, estrutura possível dentro da própria Micro-Região, para resolver os seus problemas sem estar desgastando, expondo tanto as pessoas a virem para cá.

Gorete: Embora haja a pactuação, há custos para as Prefeituras, quer dizer, há um custo alto, um custo social, de mandar uma pessoa ficar como referência. Não é pelo fato de ter pactuado que garanta necessariamente que seja atendido, porque é um fluxo muito grande. Então sentimos um certo cansaço deles de organizar e dizer assim: “Não, nós vamos”. Nós tivemos depoimentos incríveis de Prefeito que diz assim: “Eu não sei mais o quê que eu faço, porque eu vivo pagando médico pra dar plantão no nosso hospital pra ele dormir, porque toda vida que eu chego lá só tem três pessoinhas... pessoas internadas”.

Gorete: “E meu custo está alto, meu custo está realmente muito alto”. No começo eles tinham um pouquinho o pé atrás, porque tinha sempre aquela história na perspectiva de que: “Eu vou perder”; Tentamos transformar aquele serviço, dar uma outra cara, uma outra missão para aquele prédio público que, que é um hospital que não funciona, então começamos a trabalhar com eles que o importante é atender a necessidade daquela pessoa que está precisando de serviço, interessa que seja com qualidade, com segurança, porque isso vai dar dividendo para ele.

Nágela: Temos algumas coisas, temos alguns recursos já garantidos. Assegurados, equipamentos comprados, mas muito pouco ainda pra sinalizar.

Gorete: A questão é realmente incorporar o objetivo e se tornar um reeditor desse objetivo, começar a trabalhar no seu cotidiano, porque nós não temos produto concreto. Quando você apresenta um diagnóstico que mostra que ele está dando certo, têm alguns movimentos internos do município que já elevam um pouco aquela história deles. Por exemplo, na Micro-Região de Baturité eles organizaram um curso por conta (...) da criança. Foi coordenado pela Marilene em Itapiúna; eles, independente de nós já começam e se organizam: “Como é que nós vamos fazer nossa Conferência...” Quer dizer, tem esse movimento um pouco silencioso, ele acaba acontecendo porque você trabalha o diagnóstico, eles trocam experiência, eles começam a construir laços dentro daquele universo, e quebram aquele isolamento que tem. Ora, de quinze em quinze dias se você colocar todos os Secretários pra tomar café junto, de noite ainda tem a cervejada, entendeu, (...).

Tânia: É um dia a cada quinze dias?

Gorete: Dois dias.

Gorete: Existe a congruência social também, ainda tem o outro lado, que de noite eles vão sair e tomar cerveja e coloca assim: “Olha, mas meu município...”, tem a rodada de piada. Eles criam laços, porque ninguém é tão engessado a ponto de conviver um ano nessa história sem criar laço.

Gorete: E a gente também tem esse papel de incentivar isso, de adotar umas técnicas para isso.

Nágela: Em mil novecentos e noventa e sete nós pedimos uma consultoria para organizar o Sistema de referência e contra-referência. Nós começamos a fazer um traçado do Estado de por onde se deslocava a população, certo, e aí as estradas.

Observando as estradas e as referências em interseção por onde por onde os municípios estavam, como os municípios estavam interligados um ao outro até o nível terciário. Então foram estabelecidas várias rotas, vários trechos no Estado, e através desses trechos foram identificadas três macro-Regiões, três pólos terciários. Então foram identificados treze trechos e se deslocavam pra... pra Fortaleza, pra o sul do Ceará, que é a região do Cariri e para Sobral.

Então esses trechos são bastante grandes pra se formar regiões, aí dizia... mas a Secretaria, a divisão da Secretaria deveria ser nessa lógica e não na lógica anterior, que era administrativa, os municípios fazem a divisão administrativa e não tinha interligação entre eles, a assistência de um município era para outro micro, outra região, não tinha essa lógica assistencial que tinha hoje. Então nós começamos a dividir os trechos em Micro-Regiões, vendo a questão das referências de internação e programação ambulatorial, porque nós não tínhamos como medir as referências de ambulatorio. Quer dizer, o Sistema de Informação Ambulatorial nosso não tem a questão da referência, já no Sistema de Informação Hospitalar nós temos essa dado que nos dá essa informação; por exemplo, o município tal referencia pra tal lugar, recebe de tal lugar, então isso facilitou essa nossa identificação. Então os municípios e os critérios: a malha viária; a contiguidade territorial entre os municípios; referência de internação, programação ambulatorial, cruzou com referência de internação. A existência nessa Micro-Região de pelo menos um hospital que tivesse as quatro clínicas básicas. Que tivesse internação em Pediatria, Clínica Médica, Cirurgia Geral e Ginecoobstetrícia,; que também tivesse um hospital que tivesse essas quatro clínicas e em uma escala mais ou menos de cem mil habitantes no mínimo. Então foi feito essa divisão. Nós temos Micro-Regiões pequenas, muito pequenas, por conta da própria resolatividade; o município só se referencia entre eles mesmos, não referencia para outros, e outros municípios, outras Micro-Regiões grandes que não tem resolatividade e cresceram em torno de um município, dois municípios naquela Micro-Região. Então foi nessa lógica que foi dividido a Micro-Região.

Tereza: Eu queria saber como é a formação dos professores do curso.

Nágela: Os especialistas não são capacitados para dar esse curso, existe uma capacitação dos facilitadores, de como facilitar um grupo, como se colocar diante do grupo.

Nágela: Mas não é curso para capacitação, é um curso mais pra organizar serviços, a estruturação de um módulo desse é mais ou menos a política atual da Saúde Mental, como é a política estadual de Saúde Mental, experiências de um Centro de Apoio Psicossocial já montado numa outra Micro-Região. Isso aconteceu em Baturité, relato de experiências de CAPIS, textos relatando aquela experiência com trabalho de grupo, é mais nessa linha.

É, e tem uma parte de uma exposição, mais dada por especialistas, de política estadual, do que é realmente assistência farmacêutica, do que ela se compõe, etc. Para que os Secretários, os assessores técnicos, entendam o que é realmente assistência farmacêutica,... mas não tem uma capacitação prévia dos especialistas.

Nágela: Eles já são pessoas que já coordenam o trabalho na Secretaria, que entendem do assunto, que são chamados para trabalhar. E esses especialistas além de darem o curso, eles acompanham as Câmaras Técnicas e o desenvolvimento também dos projetos na Micro-Região.

Nágela: Os critérios são a contiguidade territorial; referências e internação, pra onde se desloca a população; programação ambulatorial de referência; existência no mínimo de um hospital nas quatro clínicas básicas e nenhuma Micro-Região tem uma população inferior a cem mil habitantes. Então esses foram os critérios, e como surgiu isso foi através de um consultor que trabalhou com a gente, já definindo os grandes trechos por onde percorria a população. Até a própria atenção terciária, os municípios; município tal referencia pra tal lugar, a gente foi fazendo as linhas até chegar na atenção terciária e a partir daí nós começamos a dividir em menores trechos, que são as Micro-Regiões.

Tânia: Certo. Mas a questão, por exemplo, essas Micro-Regiões têm que ser Micro-Regiões orgânicas, né? Elas não podem ser artificiais, que aí você está me falando que vocês usam mais critérios.

Nágela: Assistenciais.

Tânia: É, assistenciais... epidemiológicos, assistenciais...

Tânia: Então, mas por exemplo, a questão cultural?

Nágela: Nós não levamos em consideração a isso.

Tânia: Vocês pegaram mais a coisa...

Nágela: Mais a parte da assistência mesmo.

Tânia: Porque pode ter municípios que tenham uma maior afinidade política, por exemplo, ou cultural,...

Nágela: Não. Nós não levamos em consideração essa questão, o estudo cultural, nós não fomos buscar isso, nós levamos na verdade, não fizemos isso.

Nós fizemos as referências, as afinidades na área da saúde, como é que elas estão se articulando.

Tânia: E essa pactuação política se faz depois através do curso e tal, daí se cria essa afinidade.

Tereza: Exatamente.

Nágela: E quando você vê essa afinidade vai se dando. Inclusive nós temos, por exemplo, quando você trabalha Sistema de Informação Hospitalar, referência e internação é pra onde o usuário vai realmente, certo? Então a afinidade dele com aquele município ele está na área da saúde é lá naquele município mesmo certo, então teve essa lógica assistencial. Agora, por

exemplo, na Micro-Região de Baturité tem uma afinidade muito grande culturalmente, nesse espírito de integração, e e notamos também que esses municípios estão bastante interligados mesmo, tem essa afinidade realmente entre eles, embora não tenhamos feito um estudo nessa linha, não fizemos isso.

Tânia: Quer dizer que o pressuposto de vocês é que se a população utiliza, existe afinidade entre os município, ...

Nágela: É mais na área de saúde mesmo, porque ninguém viu se o município tem mais afinidade política com outro que está lá e viu, o quê é de referência, o que existe de referência, a contiguidade do município , territorial, tem que ver isso, resolutividade em alguns serviços. Nós vimos nessa linha.

Tânia: Quer dizer, foi mais ou menos tranqüilo esse recorte?

Nágela: Foi, tranqüilo. Nós fizemos aqui um esboço, certo, depois nós convidamos os antigos gerentes dos Departamentos Regionais, que eram Departamentos na lógica mais Administrativa. Nós convidamos pra que eles verificassem se aquela rota que nós traçamos era realmente aquilo ali, aí eles fizeram essa análise, fizeram discussão com Secretários Municipais, e depois nós apresentamos no Conselho Estadual de Saúde, na Comissão Bipartite. Depois começou, foi antes mesmo da remodelagem de gestão da (...), quando os consultores começaram a dizer: “Isso aqui poderia ser as Regionais de Saúde”, digo: “Ei, mas vai mudar”.

Essa lógica que nós estamos hoje, para uma mudança geral, assim perpassando essa Micro-Região seriamente, na instância da Secretaria na Micro-Região, vai ter que fazer uma reforma realmente na estrutura da Secretaria”. Aí aconteceu a remodelagem de gestão e eu participei desse processo também, com o Evandro, na remodelagem das instâncias micro-regionais, e nós colocamos como uma proposta que as instâncias da Secretaria, nas Micro-Regiões, fossem agora, das Micro-Regiões de Saúde, que tinha muito mais lógica do que a que era anteriormente estabelecido. Uma Regional de Saúde desapareceu, nós criamos outra, e uma que existia desapareceu pra se somar à outra Micro-Região, porque ela não tinha resolutividade, os municípios não se interligavam entre eles, se interligava com outros município de outras Micro-Regiões. Então aconteceu isso.

2- Robério - Secretário Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Baturité, Ceará

Tânia: Nessa entrevista com o senhor, que é Secretário Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Baturité, do ponto de vista do município, que é sua função, quais as vantagens que o município vê em participar do sistema Micro-Regional em Serviços de Saúde?

Robério: As vantagens maiores é a questão da resolução, é a economia dos recursos, aproveitamento melhor dos recursos humanos, dos recursos materiais existentes na região e enfim, dos recursos como um todo. E a facilidade de encaminhamento dos pacientes.

Vamos ter um acompanhamento melhor, a economia de transporte, de ambulância, menores riscos, o paciente não vai ser tão jogado aí nas portas dos hospitais da Capital, não vai ficar numa fila de espera... E enfim, eu acho que principalmente isso aí, tem muitas outras vantagens, mas principalmente isso aí.

Tereza: O fato de Baturité ser um município...

Tânia: Sede.

Tereza: Sede e... por ser o município maior, que tinha maior número de equipes, provavelmente, infra-estrutura, quer dizer, isso não soou pra vocês como uma perda também, entrando nesse processo...?

Tânia: Ou pra população... Quer dizer, sei lá, os equipamentos que antes eram usados só pelo município... passam a ser, vamos dizer assim, compartilhados isso?

Robério: Não, porque Baturité também vai ganhar outros serviços, que são do porte de uma atenção secundária, como Centro de Especialidade, e apesar de estar em discussão, mas certamente Baturité vai abrigar esse Centro. A questão do laboratório, também é questão e a consolidação da atenção à gestante, à mulher, com equipamentos de melhor qualidade, e a questão das cirurgias, das seletivas, que os nossos municípios vão continuar tendo, ou seja, o que em resumo, eles vão continuar tendo o que tinha, com melhor qualidade, através de profissionais e equipamentos mais especializados.

Agora, a população não teve essa perda porque praticamente Baturité vai sustentar todos os serviços que continua sustentando, principalmente os de traumatologia-ortopedia. Nós achamos melhor, porque nós temos serviços aqui e ainda vamos ter praticamente quando quiser, apesar da coisa ainda estar se consolidando ainda. É certo que a gente está com um pouco de retardo, esse período é um período muito inoportuno porque as pessoas realmente estão à cata de continuar o trabalho, de continuar sustentando uma política diferente, uma política socialista, uma política que venha de encontro às grandes massas da população.

Tânia: Como que se dá a relação entre o município e o Sistema Micro-Regional de Saúde?

Robério: A população não tem essa distinção, temos procurado educar, fizemos seminário de mobilização, tem algumas pessoas que estão mais relacionadas ao próprio trabalho, à Secretaria de Saúde. Os profissionais de saúde, os Conselheiros Municipais, os presidentes de associações

comunitárias, estão mais ligadas na questão, elas têm um discernimento, a distinção entre o que é município e o que é micro-região.

Robério: As que estão mais próximas, mas o restante da população, mesmo que você vá pra rádio, dê entrevista, elas não têm uma compreensão pelo próprio processo educacional, pela ignorância mesmo educacional, a falta de conhecimento.

Tânia: Eles querem ser atendidos e bem atendidos, né?

Robério: Isso, isso.

Robério: É, a compreensão que eles têm é essa: primeiro o município, aliás, primeiro os municípios, isso que eles têm compreensão. No entanto, nós, como gestores, somos e temos a compreensão de que todos os municípios são irmãos, inclusive já foram um só município um dia, né, nós somos um só município, aqui é só Baturité. Todos esses outros vieram depois, então somos a famosa mãe de todos. Depois foi desmembrando; então temos consciência dessa irmandade. Inclusive tem facilitado, como também eu estou sentindo muita facilidade no município de Aracoiaba, que é o vizinho. Assim é que a gente tem procurado trabalhar ...

Tânia: ..intersetorialidade, né?

Robério: Isso, de facilitar o acesso dessas pessoas. Principalmente pra cá tem vindo de Aratuba. Que é um lugar que se torna longe por conta de muitas curvas que tem, e depois de todas aquelas curvas você chega aqui, na noite, na madrugada, e sai à tarde. Essas coisas tem que ser evitadas, para que eles sejam tratados como se a Micro-Região fosse um só o município, que não fossem vários municípios.

Tânia: OK. De quê forma a saúde se organiza no território de abrangência da Micro-Região e internamente, para os municípios, por nível de complexidade...

Robério: Os municípios têm avançado muito no que tange à gestão, à forma de gestão. A maioria dos municípios, quase todos já estão na gestão plena do sistema municipal e paralelamente a essa organização da atenção secundária, também tem se dado a organização da atenção primária, compreendendo que essa organização até tem que ser primeira mesmo, como o nome está dizendo, pra que desafogemos o nosso Sistema. Então os municípios estão investindo nisso. É tanto que se fizermos uma análise das equipes do Programa de Saúde da Família, de unidades na área de atenção básica, veremos que o último ano teve um crescimento e os municípios têm compreendido isso e procurado fortalecer a atenção primária, todos conjuntamente, com apoio do pessoal do Estado, da Regional, que tem puxado essa questão técnica, levado aos municípios. E essa compreensão nos leva a crer que sem organização da

atenção primária nós não temos uma atenção secundária fortalecida e consolidada, então acho que está todo mundo caminhando nesse sentido. Para onde um vai, todos... Tem alguns que às vezes retardam, mas a tendência é todos os oito grupos caminharem juntos.

Tereza: É, já vi aqui pelos cartazes que vocês têm claro, o Programa de Saúde da Família, vocês já têm cem por cento de cobertura. A gente viu lá em Aratuba que a cobertura é cem por cento, aqui também vocês já...

Robério: Nós estamos com setenta e cinco por cento de cobertura, por conta de que em Aratuba é muito mais fácil arranjar dois médicos do que arranjar seis; no entanto, tem sido uma persistência nossa, inclusive chegar a cem por cento. Por exemplo, acho que há um ano mais ou menos, tínhamos só quarenta por cento, se não me engano, e, quer dizer, de um ano pra cá tentamos avançar na área, e a nossa grande dificuldade realmente é o profissional médico, como é dificuldade de todos os municípios do Ceará. Então temos esse problema e é uma questão muito difícil de se resolver, a rotatividade dos profissionais, a competitividade entre os municípios em convênios.

Robério: O profissional quer cortejo, com certeza, e isso causa muitos problemas. Enquanto não se nivelar, pelo menos por região, a questão de salário, as ofertas, as propostas de cada município, haverá a distorção; isso os municípios ainda não trabalharam. Enquanto houver isso, haverá dificuldade, principalmente os dois municípios maiores, Aracoiaba e Baturité, que tem que ter um perfil um pouco maior de equipe pra poder fazer a cobertura dos cem por cento. Enquanto tiver isso vai ser muito difícil chegarmos lá, porque o que falta mesmo é médico.

Robério: A faculdade é voltada pra isso, ninguém gosta do mato, do verde, tão bonito, calmo, tranquilo, ganhando pão, que o povo fala, o pão, mais simples. Muita dificuldade, muita carência,...Realmente, a gente tem muita fome, muita miséria, mas... tem uns lugares fartos como o Maciço, como a serra, que vocês acabaram de conhecer.

Robério: No Ceará esse ano aconteceu uma coisa extraordinária, não sei se em todo Ceará, mas pelo menos até domingo agora choveu aqui. De janeiro até agora tem permanecendo chovendo.

Vasconcelos: Eu estava dizendo pra elas aqui que... vocês estavam padecendo aqui por falta d'água potável, né?

Robério: É verdade.

Vasconcelos: Era abastecimento, bica, poço artesiano...

Robério: É loucura, estava todo mundo com dor nas costas, carregando latinha d'água. Agora não, os rios também estão todos aí correndo muito, e eu acho que vai chover de novo.

Tânia: E em relação aos critérios de definição das Micro-Regiões, quer dizer, como elas foram agrupadas, o recorte, quer dizer, baseado na população, nos deslocamentos, os critérios demográficos, epidemiológicos, sócio-econômicos, culturais, como... você vê? Quer dizer, você acha que o critério foi mais ou menos acertado ou foi assim um critério possível no momento, que por exemplo, a gente está sabendo de um município próximo aqui, né, Pacoti...

Vasconcelos: Redenção.

Tânia: que está numa outra Micro-Regional. Mas que de certa forma gostaria de estar nesta Micro-Regional de Baturité, porque já tem uma afinidade, vamos dizer assim, cultural. Como você veria isso, o desenho das Micro-Regionais?

Robério: Olha, na verdade Redenção faz parte do Maciço. O que caracterizou mais a questão da Micro-Região, dessa Micro-Região foi o caminho do paciente, o caminho que o paciente vinha há tantos anos percorrendo, ou seja, o fluxo dele pra poder resolver as suas questões de saúde. Então conseguimos delinear um fluxo, e vimos que quase a maior parte dos municípios correm para Baturité e alguma coisa para Aracoiaba, então primeiro foi o caminho. Acredito que a questão cultural também está muito forte. Baturité tem a característica de receber, ser receptiva, então a questão do fluxo, a cultura, acho que é o que foi considerado.

A quantidade de serviços, o aporte de serviços, de equipamentos, fez com que se fosse delimitando a Micro-Região de uma forma que ela fosse crescendo dia a dia dentro daquilo, que se fosse reconhecendo, se fazendo reconhecimento. É tanto que têm alguns serviços que não serão prestados aqui em Baturité, serão prestados em Itapiúna, Capistrano, porque se procurou também até pela questão política e de viabilizar realmente a Micro-Região sem fazer com que outros municípios pudessem ter esse sentimento de perda ou... “Ah, eu não vou ser nada, eu não sou nada, não represento nada dentro da Micro-Região”. A própria questão de nosso consultor principal, que foi o Eugênio, é uma pessoa que trouxe a proposta de uma Micro-Região policêntrica, para que nós discutíssemos e realmente foi o que acabou vingando, dentro da viabilidade também. Policentrismo dentro de uma viabilidade, não é uma coisa também solta. Eu acho que essas coisas marcaram muito o processo.

Tânia: Mas e em relação, por exemplo, a esse município, Redenção, que gostaria de fazer parte desta Micro-Regional, parece que manifestou alguma vontade de participar da Micro-Região de Baturité e está em outra, você veria isso como uma necessidade de um ajuste depois, mais adiante...?

Robério: Redenção faz parte do Maciço mas eu não vejo assim que (...) Redenção voltando. A gente não vê voltando, a gente vê indo, certo?

Vasconcelos: De Redenção pra Baturité, quase meio do caminho, tanto faz você ir pra Fortaleza como ir pra Baturité, está mais ou menos dividido.

Vasconcelos: A questão da afinidade pessoal ou profissional de que as pessoas que trabalham em Baturité e em Redenção, um participa da feira do outro, os daqui vão pra feira de Redenção... Os de Redenção vem pra cá na festa da padroeira daqui, as pessoas vão pra lá ou vem pra cá, aquele intercâmbio constante.

Agora eu não sei como é que vai se comportar quando o processo for aprimorado, se vão decidir por uma mudança, nesse aspecto. Por enquanto o Estado tem a possibilidade de alterar.

Robério: É tanto que, principalmente a questão cultural que ainda é muito forte, essa coisa do começo, da origem.

Robério: Apesar da questão cultural ser muito forte, dessa familiaridade assim de a gente se sentir uma grande casa de que Redenção faz parte, mas a questão do fluxo...

Tânia: Em termos de serviço de saúde você acha que está OK.

Robério: É, eu acho que está OK. Até Palmácia que é pertinho também, não faz parte; a gente sabe que desce pra lá pra ir pra Maranguape, pra Fortaleza, todo município, depois de Pacoti, Palmácia...

Tânia: OK. E em relação à PPI, como é que é negociada, como é realizado o acordo entre os gestores municipal, estadual ou eventualmente Ministério, e... como entra a Micro-Região aí?

Robério: É... agora está sendo levado a sério. Nos momentos de faz-de-conta, todo começo é meio... mesmo assim, né?

Tânia: Mais burocrático, fazia mais burocraticamente?

Robério: Fazia e não acontecia, na prática não acontecia. A Micro-Região e o pessoal do Estado, proporcionaram esse momento, essa integração, essa discussão de oferta de serviço. Por exemplo, eu tive um problema um dia com Itapiúna, ... há quatro anos praticamente que eu conversei com Itapiúna: “Olha, cadê a referência, tal?” Até... aquela última programação que teve com a gente, bancaram e, deixaram tudo não sei aonde e ficamos insistindo, insistindo e chegou um ponto assim: “Ô, arranja uma cirurgia pra mim lá”. Agora, fazem quatro anos que discutimos isso; como é que eu posso, me diga, como é que eu posso?

Vasconcelos: (...) encaminharem sem referência.

Causando até próprio prejuízo para seus munícipes, não é, (...)?

E hoje com essa nova organização, realizamos algumas reuniões onde convidamos os gestores, com a mesa, pra discutir e formalizar, oficializar aquilo que você está encaminhando, quer que você oficialize, sua programação, OK, apesar de que ela ainda não está funcionando na plenitude.

Robério: (...) oitenta por cento.

Vasconcelos: É, mas os munícipes já começaram; pra que eu encaminhe meu paciente de Aracoiaba eu preciso encaminhar pra alguém de referência, é preciso ter programado lá tantos atendimentos/mês, nessa ou naquela área, pra que eu encaminhe meu paciente pra Fortaleza é necessário que eu tenha programado com os hospitais tais e tais, tantos atendimentos, porque ficava aquela coisa: “Não, manda, lá eles atendem, porque ninguém vai deixar alguém morrer”, e eu também não vou (...), eu não me responsabilizei, você está entendendo?

Vasconcelos: Então hoje estamos discutindo, não pode ser mais assim, vamos trabalhar de forma organizada, vamos organizar os nossos serviços pra que não gere até insatisfação entre os próprios municípios, de estar perdendo. Desse ou daquele município da própria região, esteja ficando com prejuízo, porque antes acontecia muito isso. Se você perguntar: “Está perfeito?”. Não. “Melhorou, teve algum avanço?”. Sim. O processo é muito novo, nós estamos na fase embrionária, mas não podemos dizer que nós estamos no ápice do processo. Isso talvez daqui há cinco anos.

Vasconcelos: Agora, existe uma sintonia muito grande para o debate, você pode ter observado, digamos, o nível central, governo do Estado, em termos de Secretaria Estadual e Secretaria Municipal, as Secretarias falando a mesma língua.

Tânia: Sim, mas a que você atribui essa afinidade, essa sintonia na linguagem ou na política de saúde e tal?

Robério: Eu acho que foi principalmente o estudo técnico de todas... o encaminhamento técnico de todas essas...

Tânia: Fundamentação.

Robério:... é, a fundamentação. Eu acho que foi muito em cima disso. Eu acho que o Estado tem procurado muito essa organização nos níveis de atenção e tem discutido muito, debatido com os municípios, e isso amadureceu muito a realidade.

Vasconcelos: Passou-se um ano e quatro meses discutindo num Micro-Região.

Tânia: A partir de noventa e oito.

Vasconcelos: Foi, desde outubro de noventa e oito pelo menos, até quase fevereiro. Hoje esse processo continua sendo discutido, ele não está acabado, é construir fazendo, você está aprendendo fazendo, é o quê está acontecendo. Ninguém tem uma receita fechada: “Você vai fazer assim ou assado”; você vai fazer errando e tentando consertar e continuar fazendo, a verdade é essa. Então no momento em que o Estado, juntamente com a sua equipe, procurou ouvir gestores municipais, procurou ouvir população, procurou ouvir diretores de hospitais, pessoal da Educação, Ação Social, procurou ouvir todos os segmentos da sociedade e foi dizendo: “Isso será assim, o que vocês acham? Desenhem um projeto, como vocês querem que funcione”, e assim que foi sendo feito. Ao final de cada seminário temático era tirado um grupo, o grupo escolhido representado por todos os municípios, para fazer um estudo, desenhar um projeto de como nós gostaríamos que funcionasse esta ação de saúde ou aquela ação, e esses ante-projetos foram consolidados pra dar origem a um projeto... Quer dizer, “Não, vai ser assim e acabou”, não.

Tânia: Isso foi feito em todo Estado ou só aqui na... (...)?

Vasconcelos: Não, esse processo foi trabalhado pra Micro-Região
Hoje está sendo trabalhado no Estado mais cinco Micros. Que é Maracaraú, Crateus, Quixada, (...), a outra não me recordo... bem.

Tânia: Vasconcelos, aí você quer dizer o seguinte, nos quinze, né, conta quinze Micro-Regiões, são vinte e uma, né?

Vasconcelos:São.

Tânia: Nas quinze futuras Micro-Regiões, que ainda esse processo não foi iniciado, quer dizer que o modelo resultante dessas discussões ele pode ser um pouquinho diferente do de Baturité, por exemplo?

Vasconcelos: Acredito que sim, só que hoje o Estado já tem diretrizes, ou seja, já tem um embasamento para nortear, inclusive processo está um pouco aprimorado. Ele não está se dando com o mesmo número de seminários, já foram aglutinados temas, e acredito que até o final da discussão para implantar em todo Estado ele possa sofrer modificações para melhor.

Tânia: OK. A próxima questão é em relação ao controle social. Então como se dá a articulação dos Conselhos Municipais de Saúde e a Micro-Região? E o Conselho Municipal de Saúde atua

na definição de políticas, estratégias e de prioridades? Quer dizer, qual é o novo papel do Conselho Municipal de Saúde nesse contexto de uma Micro-Região?

Robério: O Conselho Municipal de Saúde tem compreensão, acho que um dos que tem mais compreensão política até de máquina, digamos assim, político demais, que você tem que realmente segurar as pontas da exigência ser muito maior sendo que a possibilidade e a velocidade dos entendimentos que deve ser dado. Agora, quanto à questão do processo micro-regional, ainda não está bem contemplada a participação do Conselho na questão desse controle no processo regional. Está definido o papel, praticamente está definido, mas essa atuação ela não está se dando assim...

Tânia: Quer dizer, ainda não está nesse nível da discussão mais municipal mesmo.

Robério: Não, não, mais municipal.

Tânia: Mas você acredita que provavelmente não existirão muitos problemas, tendo em vista que...

Robério: Não, já está definido praticamente o papel do Conselho dentro do processo micro-regional. Eu acho que mais importante era essa discussão maior no começo, se era assim, se era assado, como é que ia se dar esse controle social, e a coisa está mais ou menos definida com o Fórum dos Conselhos Municipais.

Tânia: Esse Fórum dos Conselhos Municipais, na Micro-Região?

Robério: Na Micro-Região. É um Fórum onde esses Conselhos vão participar e levantar as questões relacionadas à oferta de serviço, às questões de saúde relacionadas à Micro-Região.

Tânia: É em paralelo à Bipartite, esse Fórum?

Robério: Eles serviriam não no sentido de deliberar, mas no sentido de discutir e levar questões pra Bipartite. Na verdade, a Bipartite que decide.

Vasconcelos: Aqui na própria Micro já aconteceu Conferência Municipal de Saúde, em Baturité.

Tânia: Então a última pergunta. Nessa experiência de micro-regionalização, dos Sistemas Micro-Regionais de Serviços de Saúde, qual seria a tua avaliação geral em termos de avanços e conquistas, que você já falou algumas, mas em termos de desafios especialmente, o que isso seriam os maiores desafios?

Robério: Acho que avanços estão se dando pouco a pouco. Desafio é dar sustentabilidade a esse Sistema, é garantir o financiamento para o Sistema. Acho que esse é o principal desafio, que está acima de todas as outras coisas. Desafio também é ver não só nós técnicos, mas essa população da Micro-Região tendo a compreensão do que é isso tudo, quê significa isso tudo pra eles. Então, seja questão da educação, acho que também é um desafio que temos procurado enfrentar, mas não tem conseguido, precisa disseminar essa idéia. Acho que a criação de uma identidade da Micro-Região também é um desafio, e acho que essa identidade pode ser até um cartão SUS da Micro-Região.

Tânia: Cartão SUS?

Robério: Sim, cartão que possa identificar todos os componentes da Micro-Região, possam ter acesso a todas as Unidades que fazem parte do sistema de referência da Micro-Região. Eu acho que ter essa identidade é algo no momento subjetivo, ela tem um nome que ela é subjetiva, certo: “Eu sou a Micro-Região do Maciço de Baturité”. Ela é uma coisa subjetiva no momento que você se entende como ser integrante da Micro-Região. Faço parte da Micro-Região de Baturité, certo? E passa a ser uma coisa concreta e objetiva quando você tem um cartão, algo que identifique essa identidade, essa integração da Micro-Região.

Vasconcelos: Apesar dos seminários, em termos da mobilização social, nesse ano de dois mil nós realizamos oficinas de mobilização social em todos os municípios da Micro, convocando a comunidade para participar, além das Conferências Regionais que já aconteceram. Quer dizer, é realmente uma área que precisamos trabalhar melhor, é a área da participação comunitária, como o Robério falou; está um tanto quanto fragilizada, porque mudar a cultura, mudar a idéia na cabeça das pessoas de uma hora pra outra não é muito fácil, então vamos ter que estar constantemente trabalhando a comunidade, envolvendo Conselho, entidades, como igreja, porque igreja tem um poder de fogo muito grande. Para isso o Estado se preocupou com a Micro-Região, em realizar esse trabalho, e não parou; tem que ser um trabalho continuado, porque a gente tem que estar ciente do seu papel junto a esse novo modelo.

Robério: Tem que massificar, né?

Vasconcelos: É, porque não é uma, duas ou três reuniões, ou trezentas pessoas que vão dizer: “Não, o processo...”. Todo mundo de Baturité é muito precisa ficar constantemente sendo envolvido.

Envolvendo todos os segmentos da sociedade, e é isso que a gente está tentando... trabalhar.

Tânia: Vocês gostariam de colocar mais alguma coisa, mais alguma observação? Que... o nosso objetivo, o objetivo do trabalho mais geral, é ver como o nível estadual, em algumas experiências específicas e poucas, raras, pode contribuir com a descentralização, né? Quer dizer,

não é, de certa forma jogar pro município só, apenas, mas que o nível estadual também tenha um papel de coordenação, de organização...

Robério: O que quero dizer é que o convênio do Estado, tem municípios, apesar de não ter essa aliança partidária que pesa, que, claro, é muito levado em conta, mas que ele conseguiu que os municípios acreditassem na idéia, certo. Então, fundamental é que ele realmente consiga chegar nos municípios, fortificar o trabalho, porque realmente o dinheiro é muito pouco, e acho que esse é o ponto, é um calcanhar de Aquiles a saúde no Brasil, e conseqüentemente ser levado no momento como esse, tá certo? Então acho que o quê ele conseguir era que os municípios aceitassem.

Robério: Ele tem que garantir pra que isso aconteça, então estamos assim, de portas abertas pra inserir...

Acreditamos principalmente que esta é uma saída para os municípios. Acho que é a cada dia essa questão da saúde, ela vem se agravando pelo crescimento da miséria, que passa desde a moradia, alimentação, saneamento, então todas essas questões vão colocando cada vez mais tempero, não digo na saúde, mas talvez na doença do povo. Acho que a grande saída é a quem a gente está a serviço

Tânia: Ótimo, ótimo. Vasconcelos, você quer colocar alguma coisa? A gente podia fazer uma entrevista mais formal com você, mas enfim, você já acabou participando aqui... Você queria falar mais algo?

Vasconcelos: Não, eu só queria... realmente dizer que essas visitas nos deixam contentes, porque... é sinal de que algo novo está despertando interesse...

Robério: Lá fora.

Vasconcelos: Lá fora, porque se fosse insignificante a nossa idéia, a idéia do Ceará, a idéia de Micro-Região, talvez ninguém tivesse procurado tomar conhecimento e se inteirar deste modelo, como forma de realizar até estudos, saber se realmente ele é palpável, se é factível. E que a Micro-Região ela está de braços abertos pra todos os organismos que aqui vierem, por todas as instituições, pra colaborar no sentido de receber, responder perguntas e mediar o processo, que eu considero a Micro-Região uma ponte de ligação entre o Estado e os municípios. Então o papel do mediador, aquele que está lá pra negociar nos momentos necessários, assessorar quando for preciso, puxar a orelha também na hora que se fizer necessário, ou seja, chamar a atenção: "Cuidado, porque o, caminho não é esse", e estar ao mesmo tempo aprendendo com o próprio município, porque o Estado não só traz idéias novas ou idéias inovadoras ou científicas, o Estado também aprende com as bases, porque hoje não existiria tecnologia sem existir a origem das coisas. Quer dizer, é da própria natureza que começamos aprendendo, então nós

estamos também nesse processo como aprendizes, juntamente com todos os municípios, com o próprio Estado, com o Brasil como um todo.

3- Anastácio de Queiroz Souza - Secretário da Saúde do Estado do Ceará

Tânia: Nós começaríamos então, Doutor Anastácio, perguntando sobre o modelo de gestão da Secretaria Estadual da Saúde do Ceará, sobre a política de saúde. Que pontos o senhor destacaria, na proposta de modelo de gestão da SESA, que caracterizariam essa descentralização com participação ativa do nível estadual? Dentro daquela visão de que descentralização não é sinônimo de municipalização, e que é papel fundamental da Secretaria Estadual de Saúde fazer esta coordenação intermunicipal e intraestadual, e em quê medida a proposta de Sistemas Micro-Regionais de Serviços de Saúde se constitui num instrumento estratégico pra conseguir esses objetivos?

Secretário: Eu acho que todos concordamos, porque está na Constituição, com a descentralização, inclusive com pactuação muito efetiva dos municípios. É evidente que nesses anos todos aprendemos que foi dado muito poder ao município, inclusive naquilo que não é responsabilidade dele. Acho que o município tem obrigação de cuidar, dentro da sua capacidade, dos seus munícipes, mas existem ações que a capacidade resolutiva não está dentro do município, e conseqüentemente a responsabilidade não pode ser dele, a não ser os municípios bem maiores, que teriam uma capacidade de resolver quase todos os seu problemas de saúde, quer seja do ponto de vista eminentemente de assistência ou sobre outras áreas, quer seja vigilância sanitária ou controle e avaliação, ou outro tipo de ação. Eu estava conversando com os Secretários, nessa proposta do Ministério de regionalização. Vendo a experiência do Ceará se observa que realmente, na municipalização de toda a atenção à saúde, principalmente no que diz respeito a colocar os municípios em Gestão Plena de sistema municipal, se viu realmente que os municípios, além de ficarem com a responsabilidade e com o dinheiro, de atuarem atendendo a sua população, ficaram com a responsabilidade e o dinheiro de atenderem as comunidades que não são pertencentes ao seu município. Isso não vem ocorrendo, e quando se tenta mexer nesse recurso a responsabilidade termina se diluindo e os recursos continuam ficando. Isso realmente tem trazido muitas dificuldades.

E justamente nessa discussão, se imaginou, ao mesmo tempo não tirar o poder do município - e nem se deveria, nem se deve, naquilo que é obrigação dele - mas ao mesmo tempo criar mecanismos que possam fazer com que se fortaleçam as ações de saúde, unindo a força dos municípios.

Observou-se o seguinte, que para resolver os problemas de doença, os pacientes têm um fluxo dentro do Estado, e olhando esse fluxo nós vimos que as coisas tentavam se resolver a nível de espaços que nós chamamos de Micro-Regiões e verificando, dividimos isso em vinte e uma

Micro-Regiões. Muitas vezes uma Micro-Região tem um município X ou Y, por causa da malha viária ou coisa dessa natureza. Então, estudando o fluxo dos pacientes, se verificou que eles os municípios tentavam resolver os seus problemas. Tentavam resolver porque na realidade a capacidade resolutive dessas Micro-Regiões que nós estamos chamando era e ainda é muito pequena em alguns momentos, para algumas áreas.

Então se viu o seguinte: por quê não sentarmos com todo o corpo técnico dos municípios e com os Prefeitos e discutir essa questão, a tal ponto que nós possamos negociar e, conseqüentemente, investir um pouco mais nas Unidades ou nos serviços e fazer com que essa Micro-Região se torne auto-suficiente pelo menos até a atenção secundária? E isso foi uma proposta bem discutida a nível da Secretaria; tivemos várias assessorias, consultorias, etc., e todos concordaram que é uma proposta muito lógica e que seria uma maneira realmente de manter a descentralização sem nenhum prejuízo para os municípios, mas fortalecendo os municípios, fortalecendo o Estado e fortalecendo o Sistema e beneficiando mais a população.

Então a partir do momento que nós concordamos com essa idéia, nós começamos a trabalhar na lógica da capacitação dos Gestores municipais na área da Saúde, dos técnicos, dos nossos técnicos; passamos a fazer seminários temáticos que resultou num atendimento muito claro da proposta, e num treinamento, inicialmente na região de Baturité, e hoje nós estamos trabalhando para fazer o mesmo tipo de treinamento na área de mais cinco outras Micro-Regiões. Ao mesmo tempo estamos trabalhando nesse processo com os nossos Gerentes Micro-Regionais; são vinte e um. Ao mesmo tempo que nós trabalhamos hoje as cinco novas Micro-Regiões, com exceção de Baturité, estamos trabalhando em Tianguá, Crateús, Iguatu, Maracanaú, Quixadá, e Baturité são seis. Acreditamos que fizemos um projeto piloto e agora estamos trabalhando nestas Micro-Regiões, mas nós pretendemos já, em treinando os nossos Gerentes e os técnicos das nossas Micro-Regionais, poder depois expandir para as vinte e uma Micro-Regiões. Temos a compreensão de que isso é um processo que requer inicialmente negociação, primeiro um fortalecimento técnico muito importante, porque sem ele nós não vamos ter condições de fazer a negociação política. Discussão técnica muito bem fundamentada, depois a negociação política, para que nós possamos então fazer os investimentos, tanto em estrutura física quanto em equipamento e pessoal. Eu entendo que esse é um processo que leva algum tempo, mas esperamos que nesse final de ano e principalmente o ano que vem, que os novos Prefeitos ou os mesmos Prefeitos eleitos possam contribuir pra que esse processo realmente possa se consolidar.

Tânia: O.K. Então, a questão seguinte seria justamente sobre as vantagens, que os municípios teriam em aderir a essa proposta. O quê que motiva, motivou os atuais Prefeitos e Secretários à adesão, e especialmente nesse sentido das próximas gestões municipais, não é?

Secretário: Inicialmente numa observação muito superficial, alguns municípios ficam até um pouco relutantes, porque eles vão perder poder. Mas na realidade, quando se verifica, o município vai deixar de gastar recurso com aquele que ele não resolve, que é o que acontece hoje, e ao mesmo tempo ele vai aumentar a satisfação da sua população. É claro que a

preocupação que existe, do ponto de vista dos Prefeitos, é que nós terminamos tendo que fortalecer os municípios com maior capacidade resolutiva e dá impressão que vai fortalecer o Prefeito, mas isso na realidade é uma colaboração de todos. Eu entendo que, como nós temos o início dos mandatos dos Prefeitos em dois mil e um, está muito distante da próxima eleição, então a preocupação muito com fortalecer o outro, até porque a grande maioria dos Prefeitos não competem entre si, na minha compreensão, e acho que numa avaliação, a grande preocupação que eu vejo, que tem sido colocada, é que realmente alguns serviços eles teriam de deixar de funcionar, que na realidade hoje eles não funcionam, quer dizer, não deixam de funcionar. Eu acho que o quê vai acontecer é, os municípios vão economizar recursos. Um dos temas que são discutidos é a questão do financiamento; quando se senta com o Secretário, os técnicos e tem oportunidade de sentar com os Prefeitos, há uma clareza de que realmente eles terão benefício financeiro. Eu acho que esse é um tema que é muito interessante, porque a lógica do atendimento hoje, a lógica do funcionamento do Sistema é de você ter tudo num município, só que ele aparentemente tem mas aquilo não funciona. Hoje os pequenos hospitais nos municípios internam o paciente sabendo que não vão resolver o problema, apenas para angariar aquele recurso, e aquele recurso termina sendo prejuízo para o Sistema e conseqüentemente deixando de utilizar numa ação mais nobre ou mais prioritária.

Então eu vejo por esse processo do ponto de vista técnico, extremamente aceitável, e do ponto de vista político, aceitável também, desde que nós tenhamos a oportunidade de explicar aos políticos toda lógica do trabalho e toda lógica de implementação da Micro-Região. É claro que do ponto de vista técnico às vezes é mais fácil e mais rápido, do ponto de vista político precisa um certo tempo, mas o que eu sinto é que realmente todos os Prefeitos que nós temos tido oportunidade de explicar o processo, eles têm aderido a essa nova lógica micro-regional.

Tânia: Quer dizer, a postura tem sido mais de cooperação que de conflito.

Secretário: É, porque na realidade nós trabalhamos na lógica de não enfraquecer o município, absolutamente, e sim trabalhar pra resolver o problema que ele não resolve. Está um exemplo aqui, todos os Prefeitos querem ter um aparelho de Raio X na sua pequena Unidade, só que ele não tem radiologista, ele não tem médico que sabe Radiologia, ele não faz uma radiografia de qualidade, conseqüentemente ele só gasta dinheiro, aquela radiografia não serve pra nada. Os Prefeitos médicos não têm essa compreensão; os que não são, quando a gente explica eles entendem perfeitamente, e vê que eles estão gastando dinheiro pra irradiar o doente, tem que mandar pra outro local, então ele apenas faz um procedimento que não tem nenhum valor diagnóstico, conseqüentemente não influencia a terapêutica e apenas serve pra gastar dinheiro. Então quando isso é colocado de uma maneira técnica muito bem fundamentada, eles compreendem, agora, eles precisam de explicação. A preocupação deles é que esse processo também tem que ser explicado à população, quer dizer, tem que ser colocado de uma maneira muito clara, porque eles não querem ter desgaste nesse processo. Às vezes você tem que encaminhar, mas hoje os pacientes terminam sendo encaminhados mais tarde. O quê nós

queremos é fazer os encaminhamentos mais cedo, para que realmente não haja prejuízo para o paciente e nem prejuízo financeiro de algo que jamais seria benefício pra população.

Tânia: A Secretaria de Saúde tem algum tipo de programa, algum encaminhamento pensado para trabalhar com os novos Prefeitos e os novos Secretários?

Secretário: Não, nós estamos, inclusive na sexta-feira, amanhã, fazendo uma reunião, mas eu acho que ainda vamos trabalhar com os Prefeitos...

Tânia: Atuais.

Secretário: Atuais. É... todos os Prefeitos novos, inclusive com os Prefeitos atuais, as mudanças de Secretários, acho que começo de janeiro nós convidaremos a todos para discutir, faremos todo esforço pra que eles possam nos ouvir, porque é fundamental nesse primeiro momento. Eu acho que com a área da saúde com certeza todos os Prefeitos fizeram promessas muitas vezes além da sua capacidade. Todos sabem hoje que a saúde é uma das áreas em que a população mais reclama. Então acho que eles estarão abertos a nos ouvir, e nós temos tentado manter uma conduta muito técnica, porque na nossa área é complicado entrar na disputa política, porque senão você cria atritos e fica impossível de trabalhar junto. Acho que nós ganhamos dos Prefeitos esse respeito, essa confiança, e nós tentamos tratar os Prefeitos de tudo, diferentes Partidos, da maneira mais receptiva possível.

Se fala muito de desonestidade de Prefeito, além disso eles são muito despreparados. Essa questão de SUS, eles não entendem e se mantém muito à margem do processo, então a maioria dos Prefeitos não entendem nada de Fundo, da lógica de financiamento. É muito complicado porque o Ministério faz Portaria todo dia, então eles se mantém muito à margem quando você os chama para que eles possam participar, a nossa experiência, que o sistema ficou fortalecido. Eu estou muito confiante de que realmente nós vamos ter ganhos importantes, mesmo sabendo que alguns Prefeitos possam não ser muito qualificados, mas o importante é que eles colaborem, passem a entender que esse trabalho micro-regional vai beneficiar a todos, não é o governo do Estado, não é o Prefeito, e sim toda população.

Tânia: E a questão de autonomia municipal, por exemplo, numa perspectiva mais municipalista...?

Secretário: É, eu acho que os municípios em Gestão Plena, essa proposta do Ministério passar, e na lógica do CONAS é justamente para ações dentro do próprio município, ela não fique no poder do município, mesmo município de referência. Eu acho que aí tem que passar por toda uma negociação, porque na realidade, numa argumentação técnica bem fundamentada, não tem sustentabilidade o município querer ficar com o dinheiro que não é da população dele e que ele não resolve os problemas, tá certo? Eu acho que inclusive ele ficar com aquele recurso fixo, por

exemplo, o município passa, vamos dizer, vinte mil reais mensalmente para possíveis referências, então eu acho que ele deve pagar as referências que acontece, se é dez mil ele paga dez mil, se é quinze mil ele paga quinze mil, se é vinte mil ele paga vinte, e não pagar um valor fixo, quando nós sabemos que há uma flutuação, geralmente, do valor estabelecido pra baixo. Então todos perdem, e nós nunca pudemos beneficiar. Na realidade a lógica que hoje se apresenta, é que existe iniquidade entre os Estados e existe iniquidade entre os municípios, criada pelos próprios municípios. Então acho que nós temos que trabalhar pra que realmente o dinheiro que é do município X seja sobre todo o esforço usado para a população do município X e não município Y, que é o mais forte, que è o quê hoje acontece, termina ficando com toda a sobra dos municípios pequenos. Eu tenho sempre falado para o COSEMS, que eu vejo sempre a discussão na Bipartite, os municípios mais fortes sempre querendo ficar mais forte, eles nunca trabalham na lógica de fortalecer o quê seria obrigação do COSEMS, não do Secretário X, mas do Conselho. Quer dizer, eu nunca vejo o Conselho preocupado com os municípios que não estão bem, que não são bem dirigidos, que têm um Sistema de Saúde desorganizado. Eu acho que essa deve ser uma lógica de todos os presidentes dos conselhos, infelizmente há uma luta muito grande dos municípios mais fortes continuarem mais fortalecidos e nunca se preocupando com aqueles que têm um Sistema de Saúde menos organizado.

Tânia: A questão do financiamento, com a implantação do Sistema Micro-Regional de Serviços de Saúde, como fica essa distribuição dos recursos?

Secretário: É, nós estamos trabalhando. Sabemos que hoje os recursos do SUS não são suficientes pra manter os Serviços de Saúde funcionando, quer seja um serviço de assistência ou serviços de apoio ou outros serviços necessários para o bom funcionamento do Setor Saúde. Então especialmente na assistência, onde há um déficit bem evidente... se você pegar só o dinheiro federal, se quiser atender a população apenas com aquele recurso, ele não é suficiente, tem que haver recurso municipal e tem que haver recurso estadual. Eu entendo que no primeiro momento é muito difícil, do município que é fora do município sede da Micro-Região, ele encaminha um paciente pra patologia X e nós sabemos que o SUS paga um valor abaixo do que será gasto, num primeiro momento vai ser difícil tirar dos municípios esse recurso extra. Nós do Governo do Estado, estamos já com algumas Unidades colaborando com algum recurso mas dentro de uma lógica muito criteriosa, porque você sabe que dinheiro, se você põe X o indivíduo gasta X, se põe Y gasta Y, quanto mais dinheiro mais se gasta. Eu acho que a lógica do Sistema ainda é uma lógica muito deficiente gerencialmente, então o Governo do Estado, nós já negociamos e estamos passando algum recurso. Como foi aprovada, quer dizer, alguns municípios já gastam nos níveis exigidos pela nova Emenda Constitucional. A mudança da Constituição, então eu entendo que vai ser uma necessidade dos municípios alocarem mais recurso, mas primeiro nós temos que mostrar que a Micro-Região funciona. Entendemos que o funcionamento é gradual, porque você vai tentando implementar os serviços onde há uma pressão maior, até pra que você dê uma resposta àquilo que incomoda mais, e conseqüentemente

você ganhar confiança. Eu entendo que num momento depois dos municípios verem o funcionamento, os municípios também alocarão recurso a mais na lógica micro-regional. Nós ainda não chegamos a uma decisão, nós temos as Bipartites Micro-Regionais, que estão sendo instaladas agora, que são formadas por técnicos da Secretaria e Secretários Municipais da Micro-Região. Entendemos que em alguns momentos nós poderemos até ter algumas dificuldades de negociação, no entanto ainda não ficou claro você ter uma estrutura não municipal, não estadual, gerenciando esse processo, eu realmente tenho muita dificuldade com isso. Acho que por exemplo, nós temos a nossa Micro-Região que é o nosso representante lá, eu acho que se nós negociarmos, e isso passa na Bipartite, fica muito difícil do município voltar atrás, até porque na realidade, o município que está na Gestão Plena nós controlamos o teto através da Bipartite. O município que está na Gestão Básica nós é que controlamos o serviço, a não ser o básico, então eu não vejo assim essa urgência de nós criarmos uma instância outra, porque até pra poder criar instância tem... Eu acho que só vai criar a instância depois que tiver uma negociação, antes da negociação não tem instância, ela não tem força. Acho que é preferível criar confiança.

Felizmente nós estaremos, num momento mais rico da nossa implantação das Micro-Regiões, num momento em que os Prefeitos estão assumindo, então eu acho que se nós trabalharmos bem dois mil e um nós poderemos realmente garantir uma lógica micro-regional muito fortalecida. Eu estou muito confiante nesse processo.

Tânia: Uma continuidade...

Secretário: Continuidade, porque aí nós podemos criar alguma instância, que eu não sei se é Consórcios, se é... Ou talvez nem precise, se a Secretaria se comportar de uma maneira muito técnica, sempre muito aberta à discussão, ela pode até gerenciar esse recurso sem conflito, desde que tudo seja muito transparente e pactuado.

Eu vi que o Paraná está trabalhando muito a lógica do medicamento, da assistência, pelo menos do ponto de vista prático, não é isso que está acontecendo ainda, mas medicamento é outra coisa, porque todo mundo quer economizar recurso. Na lógica da assistência é mais complicado, eu vejo. De qualquer modo, como é experiência nova, eu acho que é preferível fazê-la funcionar e então negociar. Esse dinheiro vai ficar num Fundo de dinheiro que é dos municípios todos e uma coisa que terá que ser melhor avaliada, até pra que a proposta que nós fizemos ela seja realmente fundamentada numa experiência já vivida e não numa coisa teórica que hoje nós imaginamos. O pensamento que eu tenho.

Por outro lado, nós estamos criando também uma instância, talvez um Fórum, que é uma instância que vai fazer o quê nós chamamos Controle Público, que não está normatizado por Lei. Mas eu acho que o próprio Conselho Estadual e se nós tivermos esse Fórum de Controle Público bem fortalecido eu acho que vamos realmente ter não só os representantes da Saúde, como nos Conselhos, digamos assim. A idéia de envolver a mídia, envolver o Clero, envolver as instâncias da Justiça, seja através do Ministério Público ou mesmo os próprios Juizes que são dos

municípios, então eu vejo com muita... porque aí fica mais difícil dos Prefeitos, depois deles terem negociado, eles barrarem esse processo.

Tânia: Isso em nível micro-regional?

Secretário: Em nível micro, porque nós podemos criar um Conselho. É complicado um Conselho, mas se você cria uma Comissão, seja a instância que for, mas que a gente faça isso formalizado depois, através de Portaria e que realmente isso funcione numa periodicidade, com funções bem definidas. Principalmente ter o controle bem transparente, de tal modo que esse grupo, que será reconhecido como representante legítimo dessa Micro-Região, possa cobrar e que sejam pessoas que inclusive não apenas representam o setor Saúde, mas representam a sociedade como um todo, tendo, evidentemente, o setor Saúde bem representado nessa instância.

Tânia: O.K. Já que o senhor falou de outros setores, a questão da intersetorialidade nessa proposta toda, ela estaria sendo contemplada inicialmente pela via... o Programa de Saúde da Família?

Secretário: É, intersetorialidade, eu acho que todos nós reconhecemos a dificuldade de colocar isso na prática. Mesmo o nosso Governador tem dado todo apoio. Só pra você ter uma compreensão, a nossa Constituição diz que a questão do saneamento é uma responsabilidade da Saúde, mas as nossas Secretarias de infra-estrutura nem nos chamam pra discutir a questão de saneamento. Quer dizer, as pessoas criaram um hábito tão arraigado de fazer as coisas, quer dizer, são os vícios, que na hora de discutir saneamento não chama o pessoal da Saúde, como o pessoal na hora de discutir acidente de trânsito não chama o pessoal da Saúde. Como a questão da droga, é sempre uma pessoa da Saúde, mas sempre quem comanda é uma pessoa da Segurança, quer dizer, você trata a droga como questão de polícia, você trata a violência do trânsito como uma questão só de trânsito, você trata o saneamento como uma questão só de engenharia.

Então acho que são erros que estão sendo corrigidos, mas os vícios são uma cultura já muito estabelecida, que precisa não apenas dos governantes, mas das próprias pessoas que cuidam dos setores se conscientizarem e chamar isso pra si.

Quer dizer, é muito mais uma função do Secretário de Infra-estrutura chamar a Saúde, porque nós inclusive fizemos agora, pelo CONAS, um evento em Recife discutindo saneamento, inclusive com pessoal da fundação, e houve alguns compromissos. Nós não queremos construir esgoto, nós queremos que o planejamento, quer dizer, no momento de fechar essas questões que nós participamos das discussões, que nós opinemos, para que realmente a discussão seja melhor. Se você põe Saúde e o pessoal que conhece saneamento junto para decidir, com certeza a decisão será melhor, então eu acho que isso está começando a funcionar mas precisa talvez a própria sociedade se envolver mais, não é? Precisa, na realidade, se cobrar dos governantes não apenas a realização disso.

Secretário: (continuação)... Quando eu falei de outras áreas em relação ao controle público, é porque eu acho que é importante você ter pessoas da área jurídica, você ter pessoas do Clero, é importante. Acho que o Clero tem uma função, o Bispo tem uma força muito grande dentro da região, e se ele tem uma força muito grande, geralmente são pessoas que a tendência é decidir pelo benefício da população, de um modo geral, sem muita interferência política. Existe o Padre envolvido, mas pelo menos a nossa escolha terá que ser em pessoas que sendo fora do setor Saúde tenham o menor envolvimento político possível, pra que eles sejam mais neutros, quer seja um Juiz, que seja... Sempre vai haver o interesse político, mas pelo menos se nós estabelecermos funções bem específicas pra esse grupo, vai ser muito bom.

Tânia: E ainda um pouco nessa linha um pouco, pensando numa possível intersetorialidade, quanto, na verdade até a própria resolutividade dependente disso, né.

Secretário: Sem dúvida.

Tânia: de saneamento, de alimentação, de intervenções. De uma perspectiva do Governo do Estado do Ceará esse recorte micro-regional, está sendo feito pela Secretaria da Saúde e não necessariamente ele tem equivalência em outras Secretarias, por exemplo, Secretaria da Educação tem uma regionalização própria... no Estado...

Secretário: Correto.

Tânia: Quer dizer, existe alguma... ?

Secretário: Não. Mas só voltando ainda até de fechar isso, você falou em intersetorialidade da Saúde da Família. Eu acho que a Saúde da Família é o elemento mais importante para mobilizar o município em relação à intersetorialidade, porque como um dos pactos e uma das metas que nós estamos estabelecendo para as Micro-Regiões é cem por cento de cobertura do Saúde da Família, e se eles fizerem cem por cento de cobertura, é de um modo geral os Prefeitos que têm realizado essa ação, têm dado prioridade realmente à Saúde. E eles ouvem, então esse grupo discute realmente as condições de vida da população, discutem porque aquela população tem mais diarreia, a água de má qualidade. A intersetorialidade, se a Saúde da Família funcionar bem, é o único mecanismo que vai fazer com que realmente aquilo que deve ser discutido com a Saúde - porque aí vem de baixo pra cima - vai subindo; e pode ser que um dia chegue ao nível federal. Hoje, só pra você ter uma idéia, saneamento do Governo federal se discute em vários Ministérios e eles não se comunicam entre si.

Então voltando à sua pergunta, evidente que na nossa área a necessidade de intersetorialidade é bem maior do que em outras áreas. Nós precisamos muito da Educação para trabalhar saúde, educação e saúde. Mas a Educação precisa de nós muito mais, pra deixar as crianças saudáveis

pra aprender melhor. Nós precisamos muito mais da Ação Social, muito mais da Educação, quer dizer, eu acho que nós é que temos de procurar, porque nós não melhoraremos se esses setores não melhorarem. Quer dizer, você pode até ter um sujeito com grande conhecimento, até com a saúde um pouco prejudicada. Há até o exemplo daquele cientista, o Steve, que nem consegue andar e quase não tem nenhuma saúde, mas o conhecimento dele, científico, não deixa de crescer. É apenas um exemplo, o que quero dizer o seguinte, é que realmente nós precisamos muito mais de que o Trânsito nos escute, do que a Segurança nos ouça, do que eles acham que não precisam da gente. Então nós é que temos que realmente procurá-los. Eu acho que jamais vamos tirar da cabeça de um General ou um Coronel que a questão da droga é uma questão de polícia, nós entendemos que não é. Por isso que os Estados Unidos não resolveu até hoje o problema da droga, como a Colômbia não resolveu... Tem questão de polícia no meio, mas a questão da Educação, a questão dos outros setores, todas estas repercussões muito negativas pra Saúde. Por isso que nós temos que ser os profissionais que têm que puxar esse processo, pressionar pra que ele realmente seja intersetorial.

Tânia: E voltando pra aquela questão, isso é mais... do ponto de vista do Governo, né, no caso aí, o senhor falando como um...

Secretário: Certo, representante do Governo.

Tânia: Isso. Como vocês imaginariam a continuidade desse processo de micro-regionalização... tendo em vista essa função de Governo, quer dizer, essa intersetorialidade justamente? Se por exemplo, hoje a Secretaria da Saúde está pensando em vinte e uma Micro-Regiões, está trabalhando pra isso e tal, não sei com quê estrutura a Educação trabalha, não sei com quê estrutura outras Secretarias trabalham, como o senhor vê essa questão?

Secretário: É, só existe regionalização hoje na Saúde ou existe as Regiões como Administrativas, que o Governo definiu pra algumas ações, mas em termos de Secretaria nós temos a Saúde e a Educação, assim, como representantes. Os territórios são mais ou menos o número de Micro-Regiões hoje, de Regiões, são mais ou menos semelhantes, o número. Mas os territórios ocupados são diferentes, porque nós fizemos muito na lógica da assistência, e nós trabalhamos em cima de estruturas que já existiam, da malha viária e outras coisas mais. De qualquer modo, eu entendo que se não é nem necessariamente trabalhar os mesmos territórios, é que a lógica do Governo usar o potencial dos municípios pra que eles possam se fortalecer, eu acho isso muito importante.

O governo em si tem tentado trabalhar, do ponto de vista intersetorial. Nós temos até um projeto no Ceará, financiado pelo BIRD, que é um projeto chamado PROARES, Projeto de Apoio às Reformas Sociais, que é trabalhar dando atenção especial à criança de risco. A lógica termina não sendo bem assim mas o fato que esse era o objetivo, que a Secretaria de Saúde, Educação, Trabalho e Ação Social, Cultura... e a Secretaria que está fora disso, que não é a do

Planejamento. Então nós formamos um Comitê que fazemos um plano para os municípios. Hoje nós temos apenas vinte municípios nesse processo, no nosso caso especificamente nós trabalhamos... Saúde da Família... e aí vem todas as outras Secretarias trabalharem junto. Hoje está muito mais intersetorial, mas é um aprendizado, não é fácil trabalhar intersetorial, até porque a demanda é grande. Mas o grupo sempre está sentando, nós estamos nos reunindo. Mesmo outro dia falando de se fazer uma quadra esportiva, você não sabia se a quadra esportiva era da Secretaria da Educação, se era da Ação Social ou era da Cultura. Mas esses são momentos, é um certo conflito, mas importante. O fato é que eu acho que fazer o discurso do trabalho intersetorial, não é muito complexo, agora, realizar o trabalho é bastante difícil e requer pessoas que não tenham o poder como algo inseparável.

Eu acho que aqui nós estamos trabalhando numa lógica em que realmente... eu sempre tive isso muito claro. Quer dizer, eu estou aqui hoje como, honestamente, posso estar amanhã fora daqui com toda tranquilidade, porque isso não me importa. Quer dizer, se você trabalha muito em cima da minha lógica, é muito complicado, mas se você trabalha na lógica que aquilo é do Estado, que eu sou uma figura passageira, mas enquanto eu estiver presente eu tenho que trabalhar pra fortalecer o Sistema. Mas ainda é um aprendizado, porque na realidade, com muitas exceções, mas pela própria cultura, as pessoas ainda não se soltaram dessa lógica de trabalho.

Tânia: Dos feudos, né, (...).

Secretário: É, é. A minha coisa, né?

Tânia: É. A minha Secretaria, área, a minha...

Secretário: É. O meu hospital. Às vezes os Diretores, né, tal...

Tânia: É. Ótimo. É então mais duas perguntinhas só. É... primeira, eu acho que pra terminar essa lógica que a gente está trabalhando. A questão dos Sistemas Micro-Regionais, o senhor acredita que essa implantação seja viável também em outras regiões do Estado do Ceará, com a mesma ou relativa facilidade, aceitação que foi nessa primeira região do piloto, de Baturité e nas outras cinco, o senhor acredita que...?

Secretário: É, evidente que existe Micro-Regiões que um Prefeito não tem uma relação tão boa com outro Prefeito, isso pode criar algumas arestas, né? O nosso grande desafio é negociar essas questões, eu acho que aí o Governo do Estado, a Secretaria de Saúde, têm um papel muito importante, de se chamar o Prefeito e negociar realmente, porque esse é um desafio grande.

Eu acho que em algumas Micro-Regiões talvez nós tenhamos algumas dificuldades, até porque em algumas Micro-Regiões existem estruturas hospitalares, por exemplo, acima da necessidade, e é evidente que mesmo beneficiando a população, beneficiando o município; mas muitas vezes o Prefeito ou pessoas ligadas ao Prefeito têm interesses que serão contrariados nesse processo,

porque quando você não tem um processo que só traz benefício, alguém perde alguma coisa. Se a população vai ganhar sempre, alguém que se beneficia do prejuízo da população vai perder. Então eu acho que em algumas regiões nós teremos que ter momentos de negociar, talvez até com a interferência do Governador, de conversar com os Prefeitos. Isso não aconteceu ainda, mas eu tenho certeza que em alguma Micro-Região...

E é claro que nessas Micro-Regiões o processo caminhe mais lento, mas se o Prefeito vê que a adesão é grande e se nós conseguirmos passar essa informação pra dentro da sociedade, ela mesmo vai pressionar o Prefeito. Se nós fizermos essa Comissão, esse Fórum de Controle Público fortalecido, quando esses representantes poderão, em situações de dificuldade, nos ajudar na negociação ou mesmo fazendo pressão de uma maneira bastante importante, mas sem ser uma pressão que desacredencie o Prefeito, que tente denegri-lo, mas sim mostrar que ele será fortalecido se ele participar desse processo.

Tânia: Então a última... questão. E em outros Estados do Brasil, às vezes... enfim, é uma área maior ou com maiores diversidades internas ao Estado, o senhor acredita que é viável a implantação desse Sistema?

Secretário: Pelo quê eu conheço dos outros Estados, e evidentemente ninguém nunca conhece bem determinadas áreas que não se viveu, mas pelo quê que conheço, esse tempo todo e conversando com os Secretários, e pelo quê a gente conhece das desigualdades do Brasil, que elas existem em todos os Estados, mesmo os Estados ricos, temos o Estado como São Paulo, tem município que é muito mais beneficiado do que outro. Eu acho que essa lógica tem mais valor nas regiões mais pobres, eu não tenho dúvida, mas com certeza mesmo os Estados mais ricos terão benefício com o trabalho micro-regional. Até porque, veja bem, você pega aqui São Paulo, muitas vezes o sujeito vai ter que ir pra Capital. Eu sei que vai pro Hospital das Clínicas, uma maluquice. O sujeito sai do município pequeno... e para o doente é um sofrimento muito grande, ele chega num mundo totalmente diferente do quê ele conhece, sem identidade, então... e muitas questões, às vezes não é um transplante, é coisa simples que pode ser resolvido lá embaixo, mas como não se resolve... Então eu acho que a população vai ser beneficiada, o prefeito vai ficar satisfeito. Eu acho que essa é uma lógica com adaptações.

Esse erro que se cometeu, de ou o poder é centralizado demais ou é descentralizado demais, ela precisa ser modificada, isso é um erro, o município é uma instância. Todos nós devemos satisfações, se não a todos pelo menos a um grupo.

Então eu acho que essa lógica fortalece o município porque ela beneficia população, então eu vejo que ela não tira poder daquilo que é o poder municipal, mas ela tira o município de uma ação extra-municipal.

Tânia: É, e não é... competência, né, (...).

Tânia: O senhor gostaria de fazer mais alguma colocação?

Secretário: Não, acho que está bom, acho que está.

Tânia: Está bom? Ótimo.

Secretário: Você perguntou... você é que é a pesquisadora.

Tânia: Ótimo.

Secretário: Está certo?

Tânia: Está ótimo.

Secretário: Tá O.K. Eu acho que na realidade esse é um trabalho que vai trazer um benefício grande, porque pegando essas experiências, alguém vai ter a oportunidade... e você vai consolidar isso. A gente pode aperfeiçoar o nosso processo, como outro pode aperfeiçoar. Eu acho que meu modelo é perfeito, mas esse nosso modelo, ele sendo adaptado e sendo discutido; eu acho que isso é um processo novo, não existe... ele tem que ser criado, não existe algo já funcionando plenamente.

4- Maria Vilalva Lopes – Secretária Municipal de Aratuba, Ceará

Tânia: Primeira questão seria: quais as vantagens que o município de Aratuba, no caso, vê em participar do sistema Micro-Regional de Saúde?

Dra. Vilalva: Primeira vantagem é a questão de dar resolutividade aos casos, é dentro de um território menor economizar os recursos humanos, recursos financeiros, pra que realmente seja possível oferecer uma saúde de qualidade, no nível de referência secundário e terciário também; que a partir do princípio que o município se responsabiliza pela atenção primária, o secundário ficaria já na responsabilidade da Micro, dentro da Micro-Região, pelos municípios; isso dentro de uma pactuação da PPI, contanto que haja a garantia da resolutividade para os casos que são necessários encaminhar, que atualmente não temos para onde mandar.

Tânia: E a relação entre o município e a Micro-Regional, como acontece?

Dra. Vilalva: A Micro-Região tem uma função de coordenar, saber quem vai fazer o quê, e coordenar esse fluxo de pacientes e esse fluxo de informações.

Tânia: Quer dizer, a política de saúde, vamos dizer assim, a autonomia municipal fica...

Dra. Vilalva: Fica mantida. Lógico, porque tudo é feito no pacto entre os gestores, com aval dos Prefeitos, e saber quem vai fazer o quê, e de que maneira; da melhor maneira possível que queremos que seja feito, mas que eu tenha essa garantia: que ao mandar um paciente do município de Aratuba para o município de Aracoiaba, dentro daquilo que Aracoiaba se propôs a fazer, que haja realmente resolutividade. Se não houver condições lá, que vá pra Macro-Região, se for o caso de atendimento em nível terciário, mas que Aracoiaba garanta essa transferência e essa referência.

Tereza: A senhora podia exemplificar um pouquinho? Só pra gente entender. Como é o sistema, antes e agora, com a criação (...)?

Dra. Vilalva: Começamos a trabalhar muito com essa história da Micro-Região como se fosse algo virtual ainda, quer dizer, realmente na Micro-Região já existe os Coordenadores. Nós demos uma parada no processo vínhamos trabalhando, por conta desse momento político eleitoral, pois mexeu muito com a cabeça dos Prefeitos e dos adversários dentro do município, e começamos a fazer algumas mudanças, quebrar alguns paradigmas. Então houve uma parada nesse período; eu acredito que depois de outubro retomaremos esse processo, e que a partir de janeiro realmente funcione, porque... exemplificando, eu tenho uma paciente aqui que precisa de trabalho de parto, detectei que precisa fazer uma cesárea imediatamente; quero ter a garantia que, ao mandar essa paciente pra Baturité, essa paciente vai ser atendida, porque hoje não funciona ainda assim; quando eu mando, dizem: "Ah, hoje não tem médico, o médico que está não faz cesárea", aí tenho que mandar para Fortaleza. Outro exemplo: o paciente acidentado, que vai ser em Aracoiaba. Acidentou-se, eu mando pra Aracoiaba com a garantia que vai ter médico traumatologista, que vai ter médico anestesista, e aqui o que for necessário para atender; eu não preciso estar correndo, porque hoje ainda corro com paciente dentro de uma ambulância, pedindo socorro no hospital e outro pra atender, hoje ainda acontece isso.

Tânia: De que forma a saúde se organiza no território de abrangência micro-regional. De certa forma a senhora já respondeu, e nos municípios, para o nível de complexidade.

Dra. Vilalva: O município seria responsável pela atenção primária, e aqueles hospitais secundários dentro da Micro, que ficaram determinados quais são as atividades secundárias que eles vão fazer, darão conta daquele processo, daquela atividade, com garantia de programação na PPI. Que Aracoiaba me atenda tantos acidentes por mês, eu já programado na minha Programação Pactuada Integrada aquela quantia, o recurso necessário pra que Aracoiaba atenda aquela minha demanda. E retirarei isso da Macro de Fortaleza, que muitos hospitais de fortaleza, como o IJF, fica com muitos recursos dos municípios; quando você vai fazer o teto financeiro do município, o recurso está lá.

Ter que tirar de fortaleza e colocar nesses hospitais, pra que os hospitais possam se manter.

Tereza: E aqui vocês já têm o Programa de Saúde da Família implantado.

Dra. Vilalva: Temos. Nós temos cem por cento de cobertura com o Programa de Saúde da Família, e o nosso Programa de Saúde da Família está sendo considerado modelo para o Estado; inclusive nós estamos com estagiários da Faculdade de Medicina, já veio uma comissão de professores da Universidade Estadual, Universidade Federal do Ceará. Agora, vamos receber um médico residente, Medicina Social da USP de Ribeirão Preto, ele vem passar uns quatro meses conosco.

Tânia: E... em relação aos critérios de definição das Micros-Regionais, por exemplo, a gente sabe que algumas coisas foram consideradas, ... pacientes, algumas coisas assim.

Tânia: Então, características demográficas, epidemiológicas, ou sócio-econômicas e tal; a senhora acha que, enfim, esse critério de definição foi satisfatório, pelo menos pra esse município da Aratuba também...?

Dra. Vilalva: É, foi um processo democrático, quer dizer, consideramos a questão geográfica como a malha viária, a série histórica dos atendimentos, quem já fazia o quê e como fazia; por exemplo, nós temos duas cidades, Baturité e Aracoiaba, especialmente Baturité é uma cidade que historicamente recebia os pacientes, os quais já iam tradicionalmente porque lá o serviço médico tinha mais recursos, e os pacientes iam de uma maneira desorganizada. Tentamos organizar essa demanda espontânea que já existia, sendo que também organizamos as atividades: o que é atenção primária não se pactua, é responsabilidade do município.

Dra. Vilalva: Os hospitais locais vão ficar dando atendimento nessa questão primária, as consultas imediatas, por exemplo, na Espanha, existe um hospital grande, muito bom, que visitamos no final de noventa e nove, mas lá a cultura é diferente, várias cidades, numa região com um milhão de habitantes, eles têm três hospitais, dois secundários e um terciário, e que os pacientes já vão para aqueles dois hospitais. Aqui vamos tentar manter os hospitais primários, nos municípios; agora, com certeza, uma sugestão minha, e já foi discutido isso na Bipartite, que o financiamento desses hospitais básicos dos municípios vai ter que ser repensado; que não seja por produção, porque não tem sentido um hospital como esse nosso aqui, que é um hospital filantrópico pequeno, que fique brigando por internamento quando o PSF trabalha para diminuir a hospitalização. Então isso tem que repensar o financiamento, a maneira de financiar esses hospitais pequenos municipais.

Tânia: Custo fixo, não é?

Dra. Vilalva: Isso, custo fixo, e um financiamento que não seja por produção.

Tânia: Bom, e a PPI, como ela é negociada, como é realizado o acordo entre os gestores?

Dra. Vilalva: Na PPI consideramos o que já existia; essa PPI dentro da Micro-Região, estou aguardando que seja feita realmente, porque o que fizemos foi com bases teóricas, quer dizer, na prática o que já existia, por exemplo, hoje ainda mando paciente gestante, que estou pensando na cesárea, para Aracoiaba; eu ligo: “Tem médico aí hoje? Estou precisando de uma cesárea”, e Baturité não recebeu, eu mando para Aracoiaba. Dentro da PPI não vai ser isso, vai ser tudo para Baturité; por quê? Porque Baturité ainda não tem as equipes suficientes pra manter uma equipe, um cirurgião de plantão; fica um médico só no hospital de Baturité, para atender a emergência do hospital, o ambulatório, que é o SPA e as questões cirúrgicas. Isso ainda não existe, mas a PPI vai ser feita, e eu acredito que quando for feita mesmo, dentro da Micro-Região, vamos ficar tudo em pratos limpos e dizer: “Olha, a garantia da cesárea, a garantia do atendimento de urgência e emergência. Quando eu fizer a PPI, e colocar o recurso, que é do município de Aratuba para Baturité, vou tirar da Maternidade Escola, vou tirar da Santa Casa,... eles vão ter que me garantir, porque se eu tiro da Santa Casa eu não mais vou ter a liberdade de hoje, não atende Baturité, mando para Santa Casa em Fortaleza. Essa PPI ainda não está garantida porque eles ainda não têm as equipes suficientes.

Tereza: Não... não tem estrutura.

Doutora Vilalva: Nós demos uma parada no processo, por conta do processo eleitoral, porque os Prefeitos não tinham tempo. Nós Secretários ficamos também mais atarefados, mas eu acho que a PPI vai ser feita nessa base: quem vai fazer o quê, o quê eu tenho de recurso e onde o coloco, dentro da Micro.

Tereza: E essa PPI seria negociada dentro da Bipartite? Da micro-regional.

Doutora Vilalva: Dentro da Bipartite, da Bipartite micro-regional.

Tereza: E já funcionava a Bipartite?

Doutora Vilalva: É, começamos ainda muito timidamente, por conta dessa questão eleitoral, porque muitos Secretários se mudaram agora, nesse ano; dos oito municípios acho que permanecem ainda três Secretários, os outros todos já mudaram. Uns saíram para concorrer a cargo eletivo, outros também se desentenderam com os Prefeitos; eu sei que muitos já foram renovados, e esses Secretários que chegaram não participaram do processo. Então acredito que teremos um momento em que a Micro-Região deve puxar esses futuros Secretários.

Para que nos reunamos, daqui uns dez dias saberemos quais são os Prefeitos que serão eleitos. Eles terão que indicar as pessoas que vão continuar sendo Secretários, os que serão substituídos, e acho que vamos começar o processo com essas pessoas novas. Também não sei se vou ficar aqui, espero que fique.

Tereza: A composição da Bipartite são todos os Secretários de Saúde dos oito municípios...?

Doutora Vilalva: Não, eu acho que na Bipartite Micro são quantos municípios? São três representantes, de três municípios, só que entram o titular e o suplente, então seis municípios participam, dois ficam fora.

Tereza: Ah, tá. E como é esse processo de escolha dos representantes da Bipartite?

Doutora Vilalva: Fizemos uma reunião entre os Secretários, houve os candidatos e foi escolha democrática, nós escolhemos. Eu, por exemplo, deixei meu cargo, porque faço parte da Bipartite estadual, então no dia da escolha eu me coloquei fora. Mas agora já estou me candidatando de novo, vou ficar nas duas.

Tereza: Da Micro é o Vasconcelos, a Fátima...

Doutora Vilalva: O técnico, o coordenador administrativo-financeiro, o técnico e o gerente. Quer dizer, é indicação deles, eles são indicados.

Vasconcelos: É, nós somos escolhidos.

Tânia: Em relação à política de saúde, a senhora acredita que existe sintonia entre a política de saúde estadual e a dos município, ou o seu município?

Doutora Vilalva: Sim, acho que tudo emanou dessa decisão do Governo do Estado, do Programa de Saúde da Família ser o eixo estruturante da organização dentro dos municípios. Então o Programa de Saúde da Família está sendo estimulado pelo Secretário Estadual, pela Secretaria Estadual de Saúde, pra que o Programa de Saúde da Família seja universalizado, e com isso estamos conseguindo inverter o modelo de atenção, que foi sempre centrado na doença e no hospital. Estamos invertendo e centrando mais na promoção da saúde, na prevenção de doença. O foco sempre é a família e a comunidade, não o indivíduo em si.

Tânia: Certo. No caso, vamos dizer assim, a aceitação pela...

Doutora Vilalva: Sociedade, comunidade?

Tânia: Não, pelos dirigentes, Prefeitos e Secretários de Saúde, nos municípios, do PSF. A aceitação do PSF foi tal que quer dizer, ele é tão eficiente e bom que...

Doutora Vilalva: É, é um processo que nós já começamos. Lógico que cada município tem sua peculiaridade; aqui em Aratuba o município tem um hospital filantrópico que é de oposição ao Prefeito, os donos, os dirigentes; então o que eles querem? Eles querem muitos doentes dentro do hospital, pra dar lucro.

Quando começamos a trabalhar com PSF, foi uma dificuldade muito grande, inclusive para aprovarmos no Conselho Municipal o Programa de Saúde da Família, inclusive o enquadramento do município no nível de gestão, porque o Conselho Municipal era um Conselho ainda muito manipulado na época- em noventa e oito renovamos esse Conselho – mas o dono do hospital aqui, é o padre, ele manobrava tudo.

Então tudo que se propôs de mudança, a pergunta que se fazia era: “Isso prejudica ou não prejudica o hospital?”; quer dizer, começamos a quebrar esse paradigma e dizer o que ajuda, o que é melhor para a população, e os Conselheiros começaram a entender, a população começou a entender. Não é todo Prefeito que tem essa visão, como também não é todo Secretário de Saúde que tem essa visão de mudança, tanto que os municípios estão mais ou menos avançados de acordo com essa visão de mudança que foi implantada. O Estado sempre estimulou essa mudança através da Bipartite e através do Conselho Estadual; essa mudança de mentalidade, acho que talocêntrica, que saímos daquele período em que o município bom era aquele que tinha um hospital e um médico bom pra encher o hospital. Então saímos para começar a trabalhar a "desospitalização", e hoje não ter doente internado é motivo de alegria para nós, mas os adversários, inclusive políticos que misturam saúde com política, acham que não ter doente internado é perseguição ao hospital, não é saúde.

Tânia: A pergunta agora é justamente sobre o controle social e a participação do Conselho Municipal de Saúde na definição dessas políticas, estratégias, prioridades, e também a relação com a Micro-Região, de certa forma já foi respondido.

Doutora Vilalva: É, foi... porque o Conselho Municipal de Saúde, todas essas questões de política de saúde passam pelo Conselho, e temos procurado fazer algo bem democrática e explicar porque os Conselheiros das comunidades são sempre pessoas bem simples, que não têm um nível cultural bom, mas procuramos explicar bem. Por exemplo, eu dizia sempre para a NOB 96: “a NOB 93 passou, é como um trem que vai passando, pegarmos o trem, chegaremos onde queremos, se deixarmos o trem passar, ficamos no meio da linha, correndo o risco até de sermos atropelados pelo trem que vem atrás”. Então isso eles entenderam bem; eu disse: “A NOB agora é um trem que vai passando, se vamos pegar esse trem, dependerá dos senhores. Agora, se não pegarmos, o município ficará atrasado, a responsabilidade que a população cobrará de mim passarei para os senhores. Então eles até usaram: “É, mas se perdermos esse trem, vamos ficar sem recursos”, e realmente melhorou muito porque o município, antes desse enquadramento

pela NOB 96, tinha uma média de cinco mil reais; com os cortes que tinha todo mês, seriam dois mil, três mil reais por mês; hoje a recebemos quase sessenta mil, que não é muita coisa para o tipo de trabalho que temos, com quatro equipes, mas os recursos são suficientes para manter. Ainda compramos carro com esse dinheiro, pra poder fazer esse trabalho descentralizado, melhoramos o nível de atenção nos Postos. Avançamos muito, o município avançou muito.

Tânia: É, em relação aos desafios da questão das Micro-Regiões, do Sistema Micro-Regional de Serviços de Saúde....

Doutora Vilalva: Eu acho que o grande desafio é começar a dar resolutividade dentro do território da Micro, dar resolutividade e manter esses municípios; queremos cobrir todos os municípios da Micro com PSF, cem por cento de cobertura, ter uma uniformidade de trabalho, haver um entrosamento maior entre esses Secretários. Que não pensemos muito assim: “Meu município é bom, o vizinho não é”, mas tenhamos esse sentimento de unidade, de pertencer à uma Micro-Região que todos vão bem. Nós sabemos, pela experiência, que a população procura sempre o serviço melhor. Se o município vizinho não trabalha bem, não dá atendimento igual ao que dou, a população vem pra cá, pior pra mim, pior para o município, que vai gastar recurso com paciente de outro município. Então queremos essa unidade, que todos os municípios cubram cem por cento do PSF, é a coisa individual, cada município fazer o seu, e o coletivo nós vamos fazer bem, pra secundária, para todos.

Tânia: É isso. A senhora gostaria de colocar mais alguma coisa?

Doutora Vilalva: Eu queria só dizer que vejo na Micro-Região a esperança. É como se fosse a luz no fim do túnel, para que consigamos realmente melhorar o sofrimento dessa população do interior, que sempre foi muito abandonada, e sempre ficava à margem dos acontecimentos e morriam, a maioria, sem diagnóstico porque não chegavam nem a ser atendidos. Acho que isso é importante.

5 - Evandro Teixeira Lima- Coordenador das Micro-Regionais de Saúde do Estado do Ceará

Tânia: Doutor Evandro, Coordenador das Micro-Regionais de Saúde do Estado do Ceará. Nós começaríamos perguntando quê pontos você destacaria na proposta de modelo de gestão da Secretaria Estadual de Saúde que caracterizem a descentralização com a participação ativa do nível estadual, dentro da visão de que descentralização não é sinônimo de municipalização, e que é papel fundamental da Secretaria Estadual de Saúde fazer a coordenação intermunicipal, interestadual. No fundo, é meio a política de saúde da Secretaria, mais especificamente em relação aos Sistemas Micro-Regionais de Saúde.

Evandro: Na política estadual da Secretaria de Saúde foi colocado para o Conselho Estadual de Saúde, após uma participação ampla dos vários parceiros que implantou o Sistema Único aqui no Estado -envolvendo Secretarias Municipais de Saúde, através de Secretários, Conselhos Municipais de Saúde- representação da própria Secretaria de Saúde no nível regional e no nível central. Tomamos como diretrizes políticas a questão da organização dos Sistemas e dos Serviços de Saúde do Estado num nível primário, com base na atenção prestada pelos Programas de Saúde da Família, e tendo como estrutura mínima dessa equipe profissional Médico, uma Enfermeira, dois Auxiliares de Enfermagem, Agentes de Saúde, e o Conselho Estadual sugeriu, e nós também aprovamos, que fosse incluído um THD, Técnico de Higiene Dental, como parte dessa equipe, no nível da atenção primária. Ao mesmo tempo, nós estamos trabalhando com nível secundário, e aí já dentro da organização do Sistema Micro-Regional, assegurando algumas especialidades, que nós estamos trabalhando como especialidades básicas, no nível secundário, que seriam asseguradas pela Secretaria Estadual. Seriam as ações ligadas à Pediatria, à Clínica Médica, Gineco-Obstetrícia, área de Psiquiatria, a Urgência e Emergência, incluindo a Traumato-Ortopedia, e a Cirurgia Geral. A Secretaria de Saúde, tanto na área hospitalar quanto na ambulatorial, assegurados, através, claro, de todo um processo, de um estudo que referenciava que as pessoas buscavam esse tipo de assistência através de deslocamento sistemático de (...) históricos da população em busca desta assistência.

Tânia: Vocês fizeram uma pesquisa pra ver esse deslocamento?

Evandro: É, na realidade nós fizemos uma pesquisa, com uma consultoria externa, em que inicialmente nós gostaríamos de conhecer essa realidade, de como é que se dava essa referência das pessoas no sentido de busca de assistência, e também procurando conhecer de que forma esses deslocamentos atendiam a quê lógica, e claro, a lógica da questão do acesso fácil, da questão das rodovias, das estradas. Existiam questões ligadas a serem municípios próximos que tinham mais ou menos as mesmas características, inclusive culturais, do município da qual a pessoa estava inserida; a possibilidade, ou a facilidade de encontrar familiares nesse outro município mais próximo e, claro, também atendendo já a um instrumento, que era Programação Pactuada Integrada, que estava em vigor naquele momento, e já definia mais ou menos onde existiam serviços e quê tipo de profissionais estavam prestando essa assistência.

É claro que além de todo esse processo que envolve a área da assistência de saúde, hospitalar e ambulatorial, também nos preocupávamos muito acerca de garantir a questão da participação popular e do controle público; temos trabalhado já com os Conselhos Municipais de Saúde, mas sentimos muito falta de que o poder público também estivesse muito mais presente. Então o Conselho Municipal identificou que nós necessitaríamos nos envolver com outros parceiros que fazem o controle público, e aí são os Procuradores Públicos, estaduais e federais, que estão no nível da Micro-Região, e que estariam participando com representação de cada Conselho Municipal; e um Fórum, que nós consideramos o Fórum Micro-Regional, que terá um papel

fundamental no acompanhamento de todo sistema de saúde no âmbito da Micro-Região. Também nesse documento da política, ficou assegurado a questão do acompanhamento do trabalhador, dos riscos no trabalho, que pudessemos estar assegurando mecanismos que garantissem a segurança no trabalho, e também os outros sistemas de saúde pública, seja no sistema de informação na área de epidemiologia, seja nas ações de vigilância sanitária e do meio ambiente.

Então esses foram os pontos que foram ressaltados no documento de Política de Saúde do Estado do Ceará, e que utilizou-se da estratégia da atenção primária, pelo PSF, e na atenção secundária, no nível da Micro-Região. Nós temos a Macro-Região de Saúde, aí já assegurando os serviços de maior complexidade e que, no nosso modelo, nós ficamos com três serviços macro: o município de Fortaleza, que tem o maior nível de complexidade do Estado, mais dois níveis terciários ainda, precisando ser reforçado em alguns aspectos, que é a região de Sobral, a Macro-Região Sobral e a Macro-Região Cariri, que é formada por um complexo de três municípios: Crato, Barbalha e Juazeiro do Norte.

Tânia: Então... em alguma medida já foi colocado, mas em que medida a proposta de Sistema Micro-Regional de Serviços de Saúde se constitui num instrumento estratégico pra conseguir esses objetivos da política de saúde?

Evandro: Nós temos a convicção de que na política de saúde, quando descentralizamos para municipalização autárquica (hoje, fazendo essa avaliação, alguns serviços estão em excesso e outros estão em falta) um fator fundamental era exatamente rediscutir essa relação, o que estava em excesso, mal utilizado, deficitário, com dificuldades, e aquelas que precisavam ser implementados no nível micro-regional; então, na realidade, o Sistema Micro-Regional deve estar propiciando fazermos uma nova escala dos serviços que estão em uma revisita à municipalização, assegurando, no nível da Micro-Região, todas as ações e serviços de nível primário e secundário que as pessoas que habitam aquela região necessitam. Então, na realidade, é reavaliar e desenvolver instrumentos e ações que possam assegurar que essa população tenha a garantia da qualidade de vida que se busca no nível estadual.

Tânia: Certo. Eu queria perguntar umas coisas que não estão nesse roteiro, é... a questão da autonomia municipal, da autonomia dos municípios, até pelo SUS e pela constituição, os municípios Federação, quer dizer, vocês não vêem isso como uma dificuldade, ou isso nunca se colocou, nenhum Secretário da Saúde, pelo menos do que vocês já conversaram até agora, ou Prefeitos, entenderam esse tipo de ação do Governo estadual como um limitante? Porque o que eu vi da conversa de hoje nos dois municípios, é que justamente eles entendem como um reforço: “Puxa vida, alguém resolveu ajudar a gente a organizar esse serviço”.

Evandro: É, na realidade, a Constituição do Brasil é federativa em três níveis: o federal, o estadual e o municipal. O Sistema Micro-Regional não vem como instância, querer substituir o

município; o gestor municipal está claro, está no domínio do seu território, e é pleno, ele é o responsável por todas as ações e serviços que são necessários para sua população, isso está muito claro. O nível estadual vem complementar aquelas ações ou serviços que necessitam para assegurar, digamos, essa qualidade de vida pra todos os cearenses; com isso, nós temos agora uma oportunidade de aquilo que o município tem em excesso, ou tem, mas com deficiência, e outros que ele não possui, não está tendo como assegurar ou está com dificuldade de assegurar, então você traz o âmbito da micro-região, você passa a ter, a Secretaria de Saúde, o Governo do Estado como parceiro fundamental em assegurar inclusive recursos que possam, depois que foi pactuado todos aqueles serviços, garantir que esses serviços estão sendo prestados em todas as Micro-Regionais de Saúde do Estado, ou seja, não há uma substituição em relação a quem manda. O poder de manda passa a ser de gerência dos municípios. Agora quem faz a gestão do Sistema Micro-Regional é o conjunto de Secretários municipais, representando todos os municípios, e o gestor estadual fazendo com que todas aquelas necessidades, reformulações daquele Sistema Micro-Regional possa, pós pactuado, ser implementado com a garantia de apoio do Governo do Estado.

Tânia: A questão dos recursos é... a implantação dos Sistemas Micro-Regionais implica em um maior aporte de recursos por parte do Governo estadual, da Secretaria Estadual de Saúde?

Evandro: Não. Hoje, o que observamos, a nível do sistema, é que o Governo do Estado coloca recursos do Tesouro estadual em ações dentro do Estado como um todo, envolvendo as várias instâncias, mas não de uma forma muito clara, em que aspectos a nível das Micro-Regiões isso estava contribuindo. Então temos recursos assegurados nos hospitais terciários. São recursos que vêm, de uma certa forma, como apoio a alguma entidade filantrópica, na aquisição de alguns equipamentos, mas agora ele vem de uma forma organizada.

A Micro-Região, através da Bipartite, identifica, a partir de uma assessoria técnica desses municípios, as necessidades do Sistema, identifica claramente quais são os recursos que estão sendo colocados num nível primário e do Governo federal, que assegurem esses serviços, e naquilo que nós identificamos que há necessidade de um aporte, de um recurso estadual como forma de garantir a sustentabilidade dos serviços, aí o governo estadual entra com a coisa muito clara, muito definida, em o que ele está contribuindo, seja em alguns momentos como investimentos, seja outros como manutenção. Então, na realidade, o sistema Micro-Regional racionaliza melhor o aporte financeiro do Governo do Estado para aquilo que aquela população necessita.

Tânia: Em si, não implica necessariamente num aumento?

Evandro: Não, não implica num aumento, eu diria que ele era um recurso que passa a ter uma visibilidade maior e um impacto maior, a nível das necessidades da micro-região.

Tânia: Tá bom, pois é, aí tinha a questão da intersetorialidade, pegando ainda esses aspectos mais gerais, né, então em quê medida o Sistema Micro-Regional contribui pra ampliar essa visão da saúde enquanto esforço intersetorial, né, e assim, até hoje a gente ouvia de manhã a questão de que obviamente tem a ver com a intersetorialidade, que a saúde agora depende de intervenções mais amplas, quer dizer, na própria qualidade de vida e tal, às vezes até moradia, água, comida, tal; então, existe alguma contribuição desse Sistema para a intersetorialidade, ou pelo menos isso se prevê pra mais adiante, se hoje não tem? Como é que ela pode impactar nesse sentido dos determinantes da saúde?

Evandro: É, o Sistema Micro-Regional de Saúde favorece, e até induz a que aquelas ações que têm impacto na saúde da população e que não estão no âmbito só das Secretarias de Saúde, precisam efetivamente se voltar na busca dessas pessoas ou desses outros serviços que podem contribuir. Então, o Sistema Micro-Regional favorece isso: você aproxima mais todas essas instâncias. No nível mesmo da Micro-Regional como representação da Secretaria, a idéia quando está sendo formulada e implantada esse sistema aqui no Estado do Ceará, é que de primeiro momento nós já vamos estar trabalhando com Secretaria de Ação Social e a Secretaria de Educação, através de suas representações micro-regionais, pra que haja um planejamento de ações conjuntas que possam ter repercussão dentro do Sistema, seja na área de Saúde, buscando essas complementações, sejam na área da própria Educação, porque também a Saúde termina podendo colaborar dentro daquele rol de disciplinas que poderiam, a Secretaria de Saúde, estar contribuindo na capacitação de professores, de cuidados básicos de atenção individual das famílias, a questão da higiene, do cuidado com alimentos. E se busca exatamente complementar todos os serviços, sejam no nível dos municípios, sejam no nível da instância estadual. Então a Micro-Regional, vai estar compondo a questão da assistência social, da educação, da saúde e do emprego, através do SINE, Sistema Nacional de Emprego, que no Estado do Ceará estariam dentro de uma mesma estrutura, planejando e concebendo ações conjuntas.

Tânia: Mas esse recorte micro-regional é só da Saúde, certo?

Evandro: O recorte micro-regional, pelo número de municípios que compõe isso, é da Saúde, mas há um momento que você junta esses serviços, há pessoas começando a rediscutir áreas, porque na realidade, a Secretaria da Educação, que são chamados os CREDs, os Conselhos Regionais de Educação aqui no Estado do Ceará, têm uma composição geográfica que atende as necessidades exclusivas da Educação. A idéia é que a sede das Micro-Regionais tenha essa representação do CRED, Educação no caso, Saúde e Ação Social, já trabalhando numa mesma estrutura...

Tânia: Nas Micro-Regionais de Saúde?

Evandro: Nas Micro-Regionais de Saúde, na sede das Micro-Regionais.

Tânia: Ah, tem uma representação...

Evandro: Tem uma representação conjunta...

Tânia: Da Educação, Ação Social e emprego.

Evandro: Da Ação Social e do SINE, e emprego, pra que eles agora comecem a trabalhar conjuntamente, comecem a identificar o que existe dentro do ambiente geográfico que é comum a eles e de que forma podemos, num futuro próximo, ter o mesmo espaço geográfico comum a essas três instâncias.

A lógica da Saúde é uma, da Educação é outra, da Ação Social é outra, mas no contexto as necessidades são iguais, elas se somam, então o que é preciso haver, é uma disponibilidade de todos em estarem juntos e começar a construir esse novo espaço que é comum a todo mundo. Essa é a discussão que está colocada como desafio pra nós.

Tânia: O Programa de Saúde da Família, é anterior à micro-regionalização.

Evandro: É, na realidade, o Programa de Saúde da Família veio para o Estado do Ceará através do Programa Agente Comunitário de Saúde, que é o PACS, que é uma experiência que praticamente nasceu aqui no Estado do Ceará, como a tentativa de levar às populações mais distantes e mais carentes, um profissional que pudesse estar prestando algumas orientações que pudessem impactar, principalmente em situações voltadas à mortalidade infantil no nosso Estado, que eram as questões ligadas à diarreia e às infecções infantis, respiratórias infantis. Então foi inicialmente com essa visão de cuidados básicos de saúde, e para melhorar os indicadores primários, que foi formado o Programa Agente de Saúde, bancado até hoje pelo Governo estadual e, somado a esse processo de descentralização, nós também começamos a sentir que o Agente de Saúde tinha um nível de resolutividade para os problemas muito pequeno. Até porque são pessoas de nível de formação elementar, então se fazia necessário colocar outros profissionais também próximos a essas populações, que pudessem garantir uma complexidade maior, e aí nasceu a proposta do Médico e da Enfermeira, se somou ao Agente de Saúde. Com isso o programa de Saúde da Família começou a ser esboçado, e a partir dele, e pelas necessidades dos encaminhamentos, quando vimos, das referências na busca da assistência secundária, houve esse estudo na Secretaria, que nos levou a essa proposta de Micro-Regionais, compondo nível primário, na questão da assistência, pelo PSF. O nível secundário, com essas especialidades todas que eu coloquei, mas também envolvendo a parte de apoio, ter parte de laboratório de Saúde Pública, e os sistemas públicos de vigilância epidemiológica, da vigilância sanitária, da assistência farmacêutica, o controle de endemia, e aí temos o serviço completo.

Tânia: OK. Então, agora eu queria fazer umas perguntas mais especificamente, e aí já entrando um pouco mais dentro das Micro-Regionais, em relação à questão do recorte territorial, de como

a Saúde se organiza no território; quer dizer, por exemplo, antes vocês tinham Regionais de Saúde? (...).

Evandro: É, Departamentos Regionais de Saúde.

Tânia: Certo. Então, em relação a esses Departamentos Regionais de Saúde, o que esse Sistema de Micro-Regiões avança, a micro-regionalização avança?

Evandro: Na realidade, o Departamento Regional de Saúde era um espaço geográfico definido muito mais pela necessidade da Secretaria em ter uma estrutura de representação sua no Interior, e aí se dividiu em quatorze, que desse condições de acompanhar os serviços municipais durante o processo da municipalização, e acompanhar a própria implantação do Sistema Único de Saúde dentro do Estado. Mas, ao mesmo tempo, esse Departamento Regional não tinha uma missão muito voltada à questão de assegurar a gestão do Sistema Pleno de Saúde, então nós tínhamos dificuldades de acompanhar inclusive como estava se dando os serviços de atenção de nível secundário. Eles vinham de uma forma dentro do possível na organização, e os municípios buscavam o serviço do outro, mas ele não obedecia aquela questão maior do que a Micro-Região dá, é de envolver municípios que tenham o mesmo sentimento, que eles estejam ligados por problemas comuns.

A Micro-Região vem exatamente fazer isso, ela agrega os municípios que buscam ou que possuem problemas comuns e que buscam soluções a eles; a Regional terminava envolvendo outros municípios que não tinham muito a ver com o grupo, então terminava tendo o patinho feio no meio deles, e que isso trazia diversas dificuldades de relacionamento.

Tânia: Pois é, muito mais...

Evandro: Então, na realidade, a Micro-Regional fez o estudo e identificou quem tem problemas comuns, onde se busca resolver conjuntamente, e foi em cima dessa história que começamos a trabalhar essa proposta.

Tânia: Quer dizer, o Sistema Micro-Regional é muito mais orgânico, já é um pouco mais artificial.

Evandro: Muito mais orgânico, exatamente.

Tânia: Mais administrativo, não é, burocrático.

Evandro: Isso, isso.

Tânia: OK. Então, eu queria perguntar agora sobre justamente os critérios de recorte, definição dessas micro-regiões; a gente já sabe, já ouviu um pouco sobre os critérios, a questão dos deslocamentos, o caminho do paciente, tal, o que é interessante porque é um critério orgânico, quer dizer, não é uma coisa efetiva, prática, e seguindo uma lógica do usuário e não administrativa. Mas eu queria perguntar, em que medida foram consideradas características, por exemplo, demográficas, epidemiológicas, sócio-econômicas, culturais; em que medida esse recorte proposto por vocês, de vinte e uma Micro-Regiões, é realmente orgânico, nesse sentido dele ser real?

Evandro: É, na realidade a Micro-Região, no momento que começamos a estudá-la, a compor essa proposta, ela era muito mais voltada às questões ligadas à saúde: sistema de referência e contra-referência, questão cultural dos municípios, que eles têm um pertence de sentimento, de cultura assemelhada, têm os mesmos gostos, têm mais ou menos as mesmas afinidades. Mas também do aspecto econômico, passa a ser muito claro pra nós que os municípios maiores, seja na área de educação, seja na rede de bancos, eles fluem, as pessoas têm mais facilidade em busca daquele município que já é polo...

Tânia: Atraindo...

Evandro: Atraindo, então isso termina compondo exatamente, obedece a mesma sistemática, a saúde obedece a mesma necessidade, ou seja, quem vem para o banco, para receber dinheiro, também vem e aproveita para fazer assistência de saúde, procurar um especialista, então isso termina dando a mesma conformação no aspecto cultural, financeiro, de educação e de saúde.

Tânia: Certo. Isso realmente é uma questão preocupante, quer dizer, sempre que a gente opta por um critério, na verdade você vai tentar acomodar os outros, né?

Evandro: Sim.

Tânia: Quer dizer, não existe um recorte possível; até hoje o Secretário de Baturité estava falando que: “Puxa vida, Baturité já foi município (...)”, todos esses aqui, né?

Evandro: Sim.

Tânia: Então às vezes até o município não quer dizer muita coisa, ou às vezes, uma comunidade está dividida em dois municípios, é isso que eu quero dizer, então é difícil realmente de fazer um recorte adequado, totalmente adequado. Mas o que eu queria perguntar, por exemplo, a gente ouviu algum comentário que, por exemplo, eu não sei se é... é Redenção que não pertence a Baturité, à Micro...?

Evandro: É, Redenção, é um município que não faz parte da Micro-Região de Baturité.

Tânia: Micro-Região de Baturité...

Evandro: Mas é um município integrante de uma Micro-Região confluyente, só Baturité, com a Micro Baturité.

Tânia: Sim.

Evandro: Eu diria que é uma continuação da Micro Baturité, pra chegar em Fortaleza como atenção terciária. Ele está no intermediário.

Ele compõe um município de uma Micro-Região intermediária entre uma mais distante da Capital e a chegada na Capital.

Tânia: Certo, porque geograficamente, talvez até culturalmente, pelo que a gente está vendo aí, ele pertence a Baturité, quer dizer, entre aspas, parece que ele tem um sentimento de pertença com Baturité com essa região ou com a Micro-Região de Baturité. Então assim, nesse caso eles também estavam colocando para nós que por exemplo, em relação a aspectos técnicos estritos de saúde, talvez seja meio caminho pra Fortaleza, mais nesse sentido do que... voltar pra Baturité.

Evandro: Sim.

Tânia: Mas que culturalmente eles pertencem ao Maciço Baturité, geograficamente, e culturalmente eles se visitam, as populações participam das festas uma das outras e tal; então, como você vê isso? Quer dizer, você vê, por exemplo, que esse recorte pode vir a sofrer alguns ajustes, ou no caso aqui, deve prevalecer a lógica de organização dos serviços, por exemplo?

Evandro: Não, na realidade, a lógica da organização do serviço, porque ele é a base central pra definição desses espaços, mas esse sistema não é fechado.

Evandro: ... serviço, na medida que ele necessita de novos ajustes, eles não acontecem naturalmente, ou seja, se você tem um município, você pode ter um município do lado do outro, são confluentes, são juntos, mas tem uma barreira geográfica ali que impede, um rio que impede que as pessoas transitem naturalmente de um lado pra outro, de um município pra outro. Então se constrói-se uma ponte, automaticamente muda completamente a relação entre esses dois municípios e isso está aberto. E por isso a Bipartite permanente pode estar identificando a necessidade de repactuar, e esse outro município passar a fazer parte de uma determinada região geográfica, de uma Micro-Regional, e isso será encaminhado para o Estado através dos Departamentos, para o Conselho Estadual de Saúde, que atenderá a esses requisitos e fará a recomposição dos espaços geográficos.

Então ele não é imutável, é passível de mudanças, de novas conformações, de acordo com as condições que vão se apresentando para deslocamento dessas populações.

Tânia: Uma outra questão pegando isso. Foi colocado também, numa dessas nossas conversas, por exemplo, essa idéia de você realmente fortalecer esse sentimento de pertencimento, né?

Evandro: Ham...ham.

Tânia: Quer dizer, então uma das pessoas que a gente entrevistou citou, por exemplo, a possibilidade de existir um cartão SUS, para o usuário da Micro-Região; quer dizer, isso, por exemplo, é centro da universalização dos serviços, do atendimento da atenção, obviamente não vai poder limitar, por exemplo, o deslocamento de um paciente de uma Micro-Regional a outra, mas, quer dizer, pra quê que ele serviria, exatamente, esse cartão, no caso? Por exemplo, pra ajudar na questão do histórico do paciente, coisas assim, acumular esse tipo de informação?

Evandro: É, na realidade, um cartão SUS está previsto com a mesma lógica do cartão SUS nacional, em que as pessoas que residem numa determinada área devem, no nível da complexidade a que um problema de saúde está sendo acometido, ele deve buscar resolvê-lo no seu nível lá.

Tânia: Prioritariamente?

Evandro: Prioritariamente, mas claro, se você sai em viagem, passa em outro local, você é brasileiro, Sistema Único é brasileiro, vai ser atendido em qualquer serviço onde esteja naquele momento. A questão maior nossa, de estar trabalhando a mobilização social, é fazê-la entender que a porta de entrada do Sistema Único se dá no seu município, na Unidade de Saúde da Família mais próxima da casa dela. Ela tem que passar a ter segurança de que, ao necessitar de um profissional de uma assistência, ela vai naquela Unidade que ela já sabe quem é, já sabe quem é o profissional Médico, já sabe quem é a Enfermeira. E de lá, se houver necessidade, vai ter toda garantia, nos outros níveis de complexidade, seja ele secundário, Micro-Regional, ou terciário, com garantia de acesso de transporte, de assistência com qualidade que o Sistema Micro-Regional busca resgatar, ou pelo menos, implementar, para que as pessoas de fato sintam que eles pertencem a um Sistema Micro-Regional, composto por um grupo de municípios, sem que haja mais nenhuma barreira do aspecto, digamos, intermunicipal, que impedisse com que ela pudesse estar se deslocando na busca de algum serviço de saúde naquela área.

Então, na realidade, essa é uma coisa importante que nós temos procurado levar para a consciência das pessoas, de que elas hoje estão sendo colocadas dentro de um novo Sistema Único de Saúde, pelo menos uma concepção nova do Sistema Único de Saúde.

Tânia: ... que é a Micro...

Evandro: Que é a Micro-Região.

Tânia: Ah, só mais uma questãozinha também pequena, em relação a isso, não dá confusão, – você já me falou, na verdade – a distinção entre o papel do município e o papel da Micro-Região e o papel do Estado, é tranqüila, não embola essa área?

Evandro: Não. Os papéis estão muito bem definidos, inclusive na Norma Operacional Básica 96, editada pelo Ministério da Saúde. Ela identifica claramente quais são os níveis de responsabilidade, quês atividades são inerentes ao nível municipal, primário, ao nível secundário e ao nível de complexidade maior, terciário. Na realidade, o que fazemos é ordenar essa coisa e dar uma escala de uma viabilidade econômica, para que, mesmo você tendo um serviço que seja de nível primário, do nível de responsabilidade municipal, você não precisa ter aquilo dentro do seu próprio município para que sua população tenha garantia desse serviço.

A lógica é que você agora possa contar com um conjunto de municípios que tenham tudo a ver com você, e você pode se apoiar em qualquer um dos serviços localizados dentro do município, que sua população possa ter acesso e garantia com qualidade para essa ação; e o Estado complementa aquilo que é de um nível de complexidade maior ou que precisa assegurar aporte de recursos pra garantir esse serviço.

Então, a gestão desse processo é de uma Bipartite, ou seja, a representação Estado e municípios; a gerência para os serviços. Nós temos inclusive uma consultoria, que está tentando nos mostrar, de uma forma mais racional quem poderia gerenciar o sistema de atenção secundária. O primário temos claro que é de competência municipal, agora os de nível secundário, quem gerenciará isso? Uma instituição única, um gestor seria o responsável para gerenciar toda essa assistência secundária? Estamos no momento num processo de discussão, para que fique mais claro quais são as opções que temos de qual a mais se adequa a uma realidade de um Estado nordestino como é o nosso.

Tânia: OK. Em relação à PPI, você gostaria de falar mais alguma coisa, como é negociada, como é realizado o acordo entre os gestores?

Evandro: É, na realidade a PPI é uma Programação Pactuada, Integrada. Inicialmente é dada ao município para que ele programe todas as ações e serviços que a população necessita, e aí tendo uma visão, um conhecimento epidemiológico dos problemas que acomete aquela população no município. Então o gestor identifica todas as ações que são necessárias a serem asseguradas dentro desse perfil epidemiológico dos fatores de risco dessas comunidades, e ele se junta aos demais, identifica os serviços no nível municipal, leva a sua necessidade de um nível secundário e aí se senta com todos os outros municípios que fazem parte daquela Micro; tendo o Estado como intermediador, para identificar onde estão esses serviços secundários, quem é que pode estar disponibilizando condições de receber paciente do município mais próximo. E assegurada a pactuação da atenção secundária num nível micro-regional, estar identificando aquelas outras

ações que se fazem necessárias, ainda olhando o perfil do problema de saúde das comunidades da Micro e que precisam de uma assistência terciária ou de maior complexidade. Então a pactuação se dá com todas as demais Micro, com representação de todas as demais Micro, os Secretários Municipais fechando uma pactuação do Estado como um todo, ou seja, assegurando que todos os cearenses, nas condições de vida que nós possuímos, em adoecendo ele possa ser resolutivo em qualquer dos três níveis: primário, secundário ou terciário, dentro do nosso Estado.

Tânia: OK. Em relação ao controle social, como que se dá a articulação dos Conselhos Municipais de Saúde e as Micro-Regionais, a Micro-Região? E... em que media o Conselho Municipal de Saúde pode atuar na definição da política de saúde, das estratégias, das prioridades, além de no município, no nível micro-regional?

Evandro: É, na realidade, o controle público no nosso Estado, está muito bem definido como Sistema Único de Saúde, através dos Conselhos Municipais num nível primário, no município, o Conselho Estadual de Saúde como instância dentro do Estado. Acompanha-se todos esses serviços, tanto do nível primário, tanto municipal como no estadual, através do Plano Municipal de Saúde ou Plano Estadual de Saúde, que é colocado pra toda população e discutido. Enfim, ele é aprovado dentro dessas instâncias. No nível micro-regional, na realidade, como ele é federativo e não estende... e nós não temos um Estado Micro-Regional ou Sub-Estadual, na realidade ele é virtual, se chama Micro-Regional de Saúde. Ela é virtual, mas a proposta de controle público aí, trazendo os Promotores, trazendo um representante de casa dos Conselhos Municipais de Saúde, se forma um Fórum Micro-Regional de Saúde, que terá como base todas as metas pactuadas pelo nível de gestores, ou seja, de todos os Prefeitos e o gestor estadual, através do Governador, definidos claramente quês indicadores, quais são as competências desses níveis.

Então esse Fórum é quem vai acompanhar como vai estar se dando a implantação, a implementação das ações e dos serviços de saúde nesse nível; então é um Fórum com representação de Secretários de Conselhos Municipais de Saúde, de Promotores Públicos, que irão acompanhar ou discutir todos aqueles problemas que envolvam a assistência de nível primário, secundário da Micro-Região.

Tania: Por quês Promotores Públicos?

Evandro: Porque o Procurador Público é uma figura jurídica do Executivo e que na realidade é um profissional que foi colocado para representar ou garantir aquilo que é de direito, que a Constituição estabelece como de direito do cidadão. Então, na realidade, ele vinha desenvolvendo um trabalho, que na área de Saúde, até por desconhecimento da legislação do SUS, não tinha uma atuação mais presente. Então durante a organização do Sistema Único Micro-Regional, nós trouxemos essa representação dessa área executiva, que pode estar

contribuindo, se apropriando dos instrumentos, discutindo com a população através dos Conselhos Municipais de Saúde e até, eu diria, recebendo uma injeção de ânimo pra que os problemas que algumas vezes eles até viam pelo jornal mas não sabiam exatamente como cobrar, como atuar em cima dos gestores, de acompanhar essas instâncias. Agora, com esse processo de Micro-Regionais de Saúde, eles estão tendo uma participação mais efetiva, ou seja, eles estão complementando aquilo que os Conselhos Municipais e Estaduais vinham tendo, com desempenho relativamente difícil, por força de que a formação das pessoas de representação dessas instâncias nem sempre tem conhecimento, digamos, de lei, interpretação de lei que o Promotor tem. Então ele vem na realidade a somar aquelas lacunas, aquelas dificuldades que tínhamos quando trabalhávamos só com conselhos Municipais ou Estaduais; então o Promotor vem como profissional mais capacitado, com conhecimento de lei.

Tânia: Ele vem para o espaço de trabalho dele ou como voluntário?

Evandro: Não, não, ele vem como representante legítimo, ele está lá nos municípios...

Tânia: Oficialmente.

Evandro: Oficialmente; eles já desenvolvem as suas funções, apenas nós aproveitamos e colocamos pra eles os problemas de saúde da Micro e o envolvemos plenamente na discussão

Tânia: A última pergunta... dentro da assistência que vocês já viveram até o momento, nesses dois anos de micro-regionalização, quais seriam os principais avanços e conquistas...? Você já colocou alguns aqui e... mais especificamente também, a gente queria perguntar sobre os desafios, o que você considera, por exemplo, como o principal desafio, de agora em diante, para o futuro?

Evandro: Acho que um dos principais ganhos, isso muito claro, é de estar tendo a oportunidade de estar próximo aos municípios, de conhecerem as suas realidades e estar construindo propostas de intervenção conjunta, ou seja, não é aquele Estado que está olhando daqui de cima por quem está lá embaixo, imaginando que tudo que o nível local precisaria, muitas vezes nem precisa, ele até tem até em excesso. Então nós estamos construindo conjuntamente, isso é um fator fundamental.

O outro aspecto é exatamente desse envolvimento da população, a população está tendo a oportunidade, talvez pela primeira vez, de estar tomando conhecimento de uma estratégia nova e dizer de que forma ela acha que poderia estar funcionando isso; então ela está contribuindo inclusive na instância de participação popular na construção desse processo. Todos os profissionais dos municípios estão desenvolvendo propostas de intervenção que estão sendo, digamos assim, assimiladas dentro de projetos que as intervenções estão começando a serem postos em prática.

Estamos buscando de novo fazer com que os municípios se conheçam mais, haver uma troca de experiência, de problemas que eu acho que são meus e que o meu vizinho tem o mesmo problema; ele tem as mesmas condições que as minhas, mas ele está trabalhando de uma forma que está conseguindo superar alguns obstáculos que eu não estava identificando de que forma superá-los. Então há uma troca de experiência entre os municípios, está favorecendo que a Secretaria Estadual de Saúde possa estar colocando recurso de uma forma muito mais racional, ou seja, que ela possa estar impactando onde realmente precisa ser impactado, onde está tendo problema, o gargalo; ela chegue lá e resolva junto com os municípios.

E está fazendo com que nós possamos ter, digamos assim, uma esperança de uma qualidade de serviço de saúde muito melhor, porque muito serviço tem, mas a qualidade que esse serviço está sendo prestado é muito questionável. Então nós estamos procurando já ter uma qualidade de serviço bem maior, e também estamos com profissionais que estão começando a ficar mais conscientes das suas responsabilidades, trabalhando sistemas outros que não só aquele da assistência: o sistema de saúde pública, sistemas de apoio, essa questão do meio ambiente.

Enfim, nós estamos começando a ver a saúde como uma forma muito mais abrangente, trabalhando mais parcerias, e isso é o que estamos tendo de ganhos imediatos com esse processo, o Sistema Micro-Regional.

A nossa expectativa é que realmente todos esses projetos que estão sendo desenvolvidos possam estar sendo estruturados, e nós de fato possamos estar, num momento bem breve, desenvolvendo todo o sistema integrado, aí não só na questão da assistência, mas fazendo com que tudo isso, cartão eletrônico, o prontuário eletrônico, que as pessoas possam, dentro do Estado do Ceará, não mais estar necessitando de cooperativas ou de planos de saúde, que tenha uma qualidade de serviço melhor ou que tenha garantia de um serviço de melhor qualidade do que o próprio Sistema Único. Então nós queremos é assegurar esse sistema, dizer que a forma como nós acreditamos que o Brasil possa implantar e garantir serviço para sua população; e no Estado do Ceará que ele seja pleno.

Tânia: Feito; esse é o desafio?

Evandro: Esse é o desafio, esse é o sonho.

6- Jorge Montenegro – Escola de Saúde Pública, Ceará

Tânia: Nós estamos agora começando a estudar um pouco o modelo de gestão da Secretaria Estadual de Saúde, a questão dos sistemas micro-regionais de saúde, descentralização com participação do nível estadual e tal, e é a questão da intersetorialidade, em termos... daí mais municipais.

E assim, os problemas que, por exemplo, no Paraná acabou acontecendo, não ter uma estratégia tão clara de atenção básica de promoção à saúde, tal, a própria introdução dos Consórcios acabou levando a um certo descuido da atenção básica e da promoção à saúde.

Tereza: Acho que ele podia falar um pouco de como é que nasceu essa experiência.

Jorge: Bom, o nosso projeto começou há cerca de dois anos, e é um projeto financiado pela Fundação Kellogg. Nós fomos de certa forma escolhido pra esse projeto porque já tínhamos introduzido a (...) do ensino; então a Escola, desde a sua fundação vem trabalhando com uma metodologia de ensino que procura ser orientada pra comunidade, procura ser centrada no aluno, que procura quebrar aquela relação entre o professor e o aluno depositário.

Então através dessa metodologia, quando traçamos um desenho de currículo, nós analisamos o quê esse treinando vai fazer, qual é o ideal desse treinando, o que ele está fazendo, quais são os *gaps* que existem, e existem diversos. Buscamos o desenvolvimento dessas tarefas, e a partir dessas tarefas já desenvolvidas, quais são os objetivos de aprendizagem e, a partir dos objetivos, nós analisamos quais são os tipos de objetivos: são objetivos de aprendizagem que requer um processo ético, moral, ou se é um objetivo que tem uma característica mais procedural, esse procedural mais do ponto de vista da elaboração do raciocínio e da análise crítica, ou mesmo o procedural que requer mais o fazer, a habilidade de fazer.

Então para isso nós temos pessoas que estão se aperfeiçoando em metodologia educacional, com profissionais de Saúde, buscando se aprofundar nesse conhecimento; temos relação com Mastrich, com a Escola de Chicago, para formarmos algumas pessoas aqui para inovar na forma do ensinar, ou seja, não basta só os conteúdos de Saúde Pública, mas inovação nas formas do método de ensino na Saúde Pública. Então esse é um dos pilares do nosso projeto, ele tem um corpo técnico que trabalha mais especificamente com isso.

Bom, essa é uma área que a gente vem desenvolvendo, ou seja, como melhorar, como fazer avaliação de programa de ensino, como desenvolver avaliação junto aos estudantes, como desenvolver currículo, como desenvolver metodologias que seja apropriada dentro do ensino de Saúde Pública, mas a outra questão que se colocava era qual o público-alvo que deve ser atingido no ensino de Saúde Pública, daí a necessidade de desenvolver uma prática diferente de Saúde Pública, baseada na promoção; pra isso há dois anos e meio que estamos, de certa forma, tentando se apropriar um pouco do conceito de promoção da saúde, e estudar esses conceitos: Município Saudável, desenvolvimento sustentável, Agendas 21, todo esse discurso novo que seja coerente com o conceito holístico de saúde, saúde de uma forma mais ampla, com estilo de vida, com cuidados com o ambiente social, econômico, cultural, produtivo, e também no serviço de saúde. Daí nós tivemos experiência inicial em Sobral, que foi o primeiro passo, quando nós tentamos um trabalho de planejamento junto com o município, foi desenvolvido o planejamento estratégico; a Escola com o Município.

Nós partimos do princípio que toda mudança dos municípios é um fator que depende da vontade política do Prefeito; as experiências práticas foram escolhidas em função da compreensão política, do compromisso que o Prefeito tinha com a saúde, não só com a saúde mas a gestão de uma forma geral. E então Sobral foi uma etapa que durou oito meses, foi aplicada uma metodologia de planejamento na área de Saúde. Historicamente o planejamento na saúde tem se orientado por um planejamento estratégico. O que nós temos adotado é uma metodologia de um planejamento mais participativo, muito mais empresarial.

A nossa Escola de Saúde Pública fez o primeiro planejamento, construiu sua identidade, ouviu os clientes externos, ouviu os parceiros, formatou sua imagem, sua identidade organizacional; e a partir dessa identidade organizacional buscou a visão de futuro que ela tem, pela sua missão, pelos valores éticos que ela trabalha, e depois analisamos a ambivalência externa, ambivalência interna, vimos os aspectos positivos, negativos, as oportunidades, examinamos a situação estratégica. Então a Escola já vem, há mais de cinco anos, adotando essa metodologia de planejamento pra sua própria instituição e, no caso do município, nós também passamos a adotar essa metodologia sendo adaptada ao município.

O primeiro movimento que nós fizemos no município foi a construção de um sonho: fizemos um grande seminário com representações de vários setores da comunidade: setor educacional, setor da saúde, Agentes de Saúde, muitos professores, algumas representações de idosos, estamos querendo incluir algumas representações da juventude Neste seminário fizemos com que eles imaginassem um Zepelim, e depois de vinte anos vissem a cidade deles, viajando; então esse sonho foi construído, foi levado para cada distrito, e cada distrito viu o seu sonho de distrito, construiu sua história. Quer dizer, buscamos quais são os sonhos, depois descemos para quais são as realidades, e depois traçamos quais as estratégias para chegarmos a esse sonho; é um desenho muito simples de planejamento, que resgata todas as outras metodologias de planejamento também, porque quando a descemos para realidade, avaliamos os problemas; não se centrando só nos problemas, mas sim em quais são as potencialidades que têm ali, quais são os grupos de jovens, quais são os recursos potenciais de mobilização. Nesse sentido eles descem, fazem um diagnóstico, mas não aquele diagnóstico clássico, centrado só no problema, mas centrado também na potencialidade, e também resgatando um pouco de identidade do lugar.

Tereza: Nesse processo como é que a Escola funciona, quais metodologias de ensino. O município é que procura a Escola...?

Jorge: Não, nós procuramos o município. O primeiro município foi Sobral, depois nós procuramos os outros municípios.

Tereza: Nós somos quem?

Jorge: Nós, Escola. A Escola tem uma certa autonomia

Jorge: A Escola discute com o Secretário, mas nós temos um grau de autonomia pra tocar isso; assim, o Secretário não se pega em detalhe de como nós vamos oferecer os cursos, o quê vai entrar nos cursos, etc. Ele não participa, participa no grosso, no varejo, não, no atacado. Então o Secretário discute macro-estratégias na Escola.

Tânia: Mas por quê esses municípios; por quê antes sobral, agora Crateus?

Jorge: Porque eram municípios que tinham maiores condições políticas de mudanças. Nós partimos do princípio que o Município Saudável não se faz somente através do Secretário de Saúde, mas sim através de gestores municipais. Tem que ser uma determinação, uma política de Prefeitura, não uma política de Secretário.

A intersectorialidade, no meu ponto de vista, não se dá pelo Secretário, o Secretário é um assessor de um cidadão gestor maior do município, que é o prefeito; se ele quiser fazer intersectorialidade ele faz, com muita dificuldade, mas se não quiser ele não faz; e o Secretário pode fazer muito pouco em termos de intersectorialidade. Tem o seu poder, mas é muito limitado em relação ao poder.

Tânia: A intersectorialidade, pruma Secretaria, já é setorial.

Jorge: Exato.

Tânia: Isso em nível de governo mesmo, né?

Jorge: Exato.

Nas duas experiências nós fizemos esse movimento de planejamento; nós tivemos muito cuidado de não entregar para o Secretário de Saúde a própria condução do processo. Tanto num Município Saudável como no outro, partiu de uma discussão com a Prefeitura e com o núcleo de Secretários, a discussão da conveniência de um Secretário fora da Saúde assumir a coordenação do processo. Na nossa opinião é uma visão que, dessa forma, já quebraria o certo imperialismo que nós da Saúde exercemos sobre os outros, então seria um andamento que facilitaria o processo de intersectorialidade.

Tivemos muitas outras dificuldades, eleições que se iniciaram a partir de agosto, que eram eleições pra Deputado, pra Governador, e paralisou muito o trabalho; nós tivemos dificuldades de um entendimento da proposta por parte dos próprios Secretários. Do meu ponto de vista, quando se usa a grife do Município Saudável, essa grife ela é boa, ela é reconhecida internacionalmente, é reconhecida nacionalmente, mas ela, internamente, dificulta a inserção dos outros setores, dos outros Secretários. Isso é uma avaliação ainda subjetiva, mas estamos fazendo um estudo de avaliação desses dois casos, para saber como isso se desenvolveu.

Bom, em termos de planejamento, as dificuldades de intersetorialidade se dão por outros fatores que estão dentro do próprio município; por exemplo, inexistência de um centro administrativo em que as pessoas tenham uma proximidade física é um fator que dificulta a inserção intersetorial; as pessoas têm uma Secretaria isolada da outra; a questão cultural de cada Secretário ter o seu orçamento, cada Secretário ter sua estrutura, seu corpo, seu organograma dentro da Prefeitura, também não favorece a intersetorialidade, pois cada um tem suas metas.

Como os municípios brasileiros, de maneira geral, se organizam, eles não permitem um fluxo de trabalho, de produção, que favoreça a intersetorialidade, ou seja, há separação física, estrutura burocrática, diferentes níveis de compreensão técnica; esses fatores dificultam a quebra dessa estrutura mais rígida, para tornar uma estrutura mais flexível.

Aqui na Escola, por exemplo, hoje, nós quebramos essa estrutura; trabalhamos por projetos, em que cada projeto tem coordenação e tem corpo, e estão dentro de áreas temáticas. Nós dividimos a Escola em quatro áreas temáticas: área temática educacional, área temática de gestão, área temática de assistência à saúde e áreas temática de Comunidades Saudáveis. Então dentro dessas áreas temáticas temos os projetos.

Uma das dificuldades que encontramos hoje na Escola é essa gestão de projetos, que ainda precisam de aperfeiçoamento. Nós estamos no caminho, e eu acredito que ainda estamos longe de estar trabalhando num grau de maturidade de aperfeiçoamento técnico, mas pelo menos nós já avançamos pouco mais, integramos, enquanto que no município nós não conseguimos; nós conseguimos, no município de Crateus, criar blocos de Secretarias, que então deu para melhorar na avaliação dos planos. Eles trabalham com três blocos: a área econômica, a área social e a área administrativa, então isso permite que essa área econômica busque um tipo de desenvolvimento econômico, que essa área social busque um tipo de desenvolvimento social, e a administração, com apoio.

Tânia: Mas o bloco é meio que uma coordenação informal?

Jorge: Não, não é uma coordenação informal, mas é uma tentativa de agrupamento nos processos de avaliação.

Tânia: Que é diferente, por exemplo, da estratégia que foi utilizada aqui na Prefeitura de Fortaleza.

Jorge: Completamente.

Tânia: Foram criadas as Coordenações, mas que não resolve o problema aparentemente da burocracia, né? O que quero dizer é que você pode fazer uma intersetorialidade por decreto, ou artificial; então se pega e junta tudo, ao invés de ter vinte Secretarias, você tem três coordenações, mas lá dentro continua tudo igual, na verdade, né?

Jorge: Não, o processo que eu estou falando é um processo muito inicial ainda, ele é muito mais um discurso, uma busca de avaliação utilizando esses três blocos, do que uma efetiva unidade.

Tânia: Um decreto?

Jorge: É o decreto, eu acho que é pelo menos visualizar alguma coisa; eu reputo como positivo isso, porque no mínimo as pessoas estão questionando alguma coisa, não é? Se sai as idéias e as idéias são aceitas pelo grupo, já é um primeiro passo. Então, a Prefeitura, não tinha um órgão de planejamento, e nós sentimos dificuldade do processo estar sendo coordenado por um Secretário, porque mesmo sendo um Secretário fora, como isso dá uma visibilidade, criava antipatias, tinha problema de convivência com os outros. A questão do poder é uma questão muito difícil... quem aparece mais, quem aparece menos, aquele que se destaca mais, tem a ciúmeira, então nós fizemos uma estrutura que tinha um Conselho de Secretários, e a partir daí um núcleo de assessoria técnica, que chamamos a Comissão Intersetorial de Saúde, técnica, CINT. E os técnicos se reuniam para fazer valer a intersectorialidade, ou seja, como introduzir certos assuntos intersectorialmente, em torno do projeto.

Nesse processo nós trabalhamos em duas esferas, ou seja, a esfera governamental e a esfera não governamental; a esfera não governamental, enquanto comunidade, andava, fazia seu diagnóstico, se mobilizava em torno de um Comitê, e foi evoluindo, fazendo seu plano, discutindo, elaborando projetos, soluções e de busca de sonhos, e essas demandas chegavam na Prefeitura, não tinham resposta. Então tínhamos que estar colocando o que chamávamos do foco externo e foco interno em conversa para tentar resolver. As demandas da comunidade vão chegando e como vão sendo atendidas é um processo lento e que ainda está se aperfeiçoando, mas que tem avançado. Por exemplo, em Crateus, o Prefeito fazia a prestação de conta do município, ninguém olhava, e de repente, através desse Comitê, essas comunicações, porque começaram estreitar mais os laços, se tornaram mais efetivas, e acho que conseguimos alguns êxitos.

Existem ainda outras dificuldades. O tecido social urbano é muito mais difícil, nós não conseguimos uma grande mobilização do tecido social urbano. Dos seis Comitês que tinha inicialmente, só dois continuaram, fizeram algumas mobilizações importantes. Por exemplo, determinado bairro que fez parceria com a Prefeitura, construiu uma escola, protegeu a escola, manteve aquele muro pintado, branco, sem ser pichado. São indicadores assim interessantes, porque houve uma parceria, houve uma gestão compartilhada, Prefeitura/comunidade. Mas temos outros exemplos no tecido urbano, que nós não conseguimos manter a aglutinação dessa mobilização social; ela se desgastou, as pessoas não foram, as respostas não aconteceram, a identidade muito menor, a agregação familiar, agregação social para se mobilizar era muito menor, a nossa capacidade de acompanhamento também insuficiente, a capacidade de acompanhamento do município também, e na zona rural muito menos, muito mais sólido. Por quê? Na zona rural, existem muito mais laços de família, mais laços de identificação com a terra, mais história, do que o tecido urbano. Então em termos de gestão, tiveram duas ações

interessantes do ponto de vista da Prefeitura, do ponto de vista assistencial: a ampliação da equipe de Saúde da Família, um certo envolvimento, de algumas enfermeiras e médicos da Saúde da Família que se engajaram no processo de mobilização social. Nós percebemos a necessidade de uma capacitação desses profissionais para que ganhassem habilidade.

Percebe-se claramente que numa gestão municipal não existe uma estrutura capaz de fazer essa mobilização social. As Secretarias de Ação Social são muito pobres, trabalham com o tradicional: grupos de idosos, creches, casa de recuperação do menor, ou seja, aquela ação social extremamente tradicional, convencional; existe inabilidade, do ponto de vista técnico, ainda presente, estamos, assim, programando uma capacitação desses trabalhadores sociais, desse bloco social, seja Educação, Saúde e Ação Social. Nós também percebemos que dentro da própria comunidade tinha necessidade também de capacitação de lideranças, no sentido de conduzir o processo autonomamente. Então nós tivemos curso de capacitação dessas lideranças, no sentido de dirigi-los para tomar iniciativa, seja no campo de estilo de vida, seja no campo de ambiente. Montou esse curso em torno de quatro módulos, com diploma; os participantes ficaram muito felizes... É uma estratégia de manter a mobilização social.

Jorge: A situação da prefeitura () seu bairro, tocou tanto a comunidade como tocou todas as Secretarias e tinha um aspecto positivo, que era o aspecto da recuperação ambiental, pintura de ruas, jardinagem, estabelecimento de compromisso da comunidade com aquele jardim, com aquela planta, etc. Mas ela teve um lado que eu critico, assim, que era campanhista, , era feito uma semana num bairro, depois em outro, não se criou estrutura de continuidade, então foi uma ação tipo de Saúde Pública campanhista.

Tem um efeito extremamente positivo, de juntar as Secretarias, juntar a comunidade, resultados práticos mesmo, de obras. A rua do Ceroto, por exemplo, uma rua imunda, do interior do Estado do Ceará, trezentos e sessenta quilômetros, no sertão, foi limpa, e permanece limpa. Este fato recupera muito a auto-estima do morador no seu determinado bairro mesmo sendo pobres, mas que não têm vergonha de morar ali, se sentem orgulhosas de morar ali, começam a gostar daquele local. Então eu acho que são movimentos importantes, mesmo que sejam criticados (a questão da campanha), teve efeitos importantes.

Tânia: E a questão das Cidades Saudáveis, no caso aí, nessa experiência específica, continua sendo um programa, vamos dizer assim, municipal, não é?

Jorge: É.

Tânia: Quer dizer, por parte da Secretaria Estadual, e sendo a Escola vinculada à Secretaria Estadual de Saúde, em nível mais institucionalizado de Secretaria de Estado ou mesmo via própria Escola, não existe nenhum programa assim, com a idéia de disseminar mais a experiência?

Jorge: No Estado, esse processo também se dá como um aprendizado dentro do nosso curso, ou seja, o que a gente faz se reflete internamente na própria Escola, no próprio ensinar da Escola. Então o curso de Gestão e Sistemas Locais de Saúde que temos já há seis anos, vem se preocupando em capacitar o Secretário de Saúde e seus assessores, a gerir o seu município; é um curso de formação dos gestores municipais.

Esse curso tem evoluído nesses seis anos, ele começou com bons conteúdos, mas tem outros conteúdos e estamos redesenhando a cada curso. De certa forma, esse curso introduziu muito, nesses últimos dois anos, o conceito de promoção, o conceito de Município Saudável, o planejamento pra município saudável, e isso tem não só essa ação, claro, mas o pessoal está falando em promoção da saúde também. É a quebra da lógica, não é só a questão hospitalar, não é só a questão social, é a questão do ambiente, apesar da Secretaria não ter instituído uma bandeira de Município Saudável, não instituíram a bandeira da micro-região. Eu acho que a Secretaria está num caminho correto, poderia estar mais um pouco, mas eu não vejo problema nisso.

Quase noventa por cento das Conferências Municipais de Saúde tinham como tema o Município Saudável. Essa questão da saúde disseminou-se muito, isso também devido à ação de artigos, do ensino, do movimento internacional, do movimento nacional, isso refletiu-se aqui no Estado do Ceará.

Jorge: Achamos muito difícil desenvolver a intersectorialidade, achamos muito difícil de se romper aquele planejamento. Aquele planejamento estratégico situacional, operações. É um processo burocrático. Tínhamos uma consultoria aqui, através de uma firma de consultoria que dá consultoria nas empresas, daqui de Fortaleza. Nós pegamos material de Internet, pegamos material de Toronto, todos os planejamentos estratégicos que o Município Saudável oferece, dentro das experiências de Toronto, do Canadá, e estão baseadas nesse processo; então houve uma coincidência muito feliz, muito interessante. Nós inclusive estamos no processo de produção de cadernos e livros de planejamento. Vamos tentar resgatar essa experiência, antes que outro lance mão dessa iniciativa; então nós estamos tomando a iniciativa de lançar essa iniciativa.

Tânia: Tem algum nome, metodologia, vocês...?

Jorge: Não, porque planejamos estratégico-participativo, todos eles têm que ser participativos; nós não queremos que não seja empresarial, por si só já tem uma rejeição muito grande por parte das esquerdas, que a Saúde é muito ideologizada e por aí..., então temos que encontrar talvez uma estratégia participativa. Ela é empresarial porque tudo que nasceu na gestão é empresarial, nós não fazemos nada de novo, nós simplesmente copiamos o que a indústria faz, não é novidade.

Num modelo participativo, todos se nominam como participativos, todos pretendem ser participativos; agora, naturalmente, a gente também não tem que ser hipócrita ou dizer que todo mundo planeja com a mesma autonomia. Não, temos graus de participação dentro de um processo de decisão; segundo, você tem grau de contribuição, dependendo das capacidades e da atenção das pessoas do que elas têm de falar, de refletir, de se abstrair ou não, é diferente. Se analisarmos um grupo de cem pessoas dentro de uma instituição como a Secretaria da Saúde, teremos cinco pessoas que não falaram nada, umas quinze pessoas que falaram muito, e noventa pessoas... oitenta pessoas que (...). Eu acho que todos nós devemos construir uma forma mais participativa possível, e sempre, em qualquer lugar, tem núcleos estratégicos que formulam capacidades, desde a comunidade até a Prefeitura, desde a de varredora de uma escola até a superintendente, então acho que a iniciação humana é real e é dela.

Tânia: Mas isso dá conflito.

Jorge: Sim. Mas aí você tem técnicas. Usando processo de consenso, busca de consenso, rolando priorização; quer dizer, depende de que nível de planejamento você está. Eu acho que o que queremos é descrever uma forma diferente de fazer planejamento, que possibilite motivar mais as pessoas. Motivando as pessoas, envolvendo as pessoas, mais participativo ou menos, da maneira como ela pode engajar as pessoas. Eu chamaria de empresarialismo, como toda gestão, gestão estratégica, a negação do planejamento hoje, a velocidade com que os negócios mudam hoje, são tão rápidos que hoje não precisamos mais planejar; temos que ter *feeling*, intuição, ver o negócio, nossas antenas nos devem estar mandando cheirar o ambiente externo e interno, ou seja, nós temos que estar o tempo todo tomando decisão. Tem gente que está negando o planejamento.

Jorge: E aí vai.

Tânia: Ah, mas não é tão óbvio; por exemplo, quando a gente chegou aqui, acho que já lá embaixo, está produtos da Escola, produto, a palavra produtos; isso num serviço público, no setor público, não é...

Esta terminologia, você falar, por exemplo, você chamar usuário ou cliente, isso é uma briga.

Jorge: Isso também reflete uma briga interna nossa, também.

Tânia: Isso percebi já na hora que eu cheguei, aí quando a gente (...) aquela sala, vem...
Produto, missão, não sei o que, isso é uma linguagem empresarial.

Jorge: Nós temos dois movimentos, um que é negar ser público do ponto de vista do público tradicional, que somos; e reafirmar ser público do ponto de vista do compromisso social; então nas nossas discussões internas, nós tivemos muita discussão em torno dos termos que a iríamos

usar, pra não deixarmos nos impregnar por uma visão de mercado, uma visão empresarial sem respeito ao público, sem respeito ao cidadão. Então essa nossa discussão existe, está presente na nossa vida.

Tânia: Mas eu não acho necessariamente negativo, eu só quis dizer que é uma área de disputa. Por exemplo, o Plano Diretor da reforma do aparelho do Estado, do Bresser, ele tenta fazer isso, mas a partir de noventa e cinco, e ainda está uma briga danada; tem a Cláudia Costin, que era secretária do Bresser, depois acabou substituindo ele. Ela fez uma vez um artigo na Folha, de São Paulo, na página inicial, que era... que a administração pública tem o cliente, que é o cidadão. Mas o que veio de carta do leitor, depois, dizendo que ela estava fazendo uma confusão, que o cidadão não é cliente, que... enfim, que cliente e cidadão é outra coisa, que... cliente é quem paga, quem compra, tem opção de escolha. Então eu acho interessante porque você, no fundo, está preocupado com quê? Você está preocupado com a eficiência, quer dizer, com alguma eficiência e com alguma eficácia; quer dizer, o que fazer com o dinheiro, que a Escola aqui dispõe, as verbas públicas, pra quê cliente,...

7- Jurandir Frutuoso - médico, Secretário de Saúde de Pedra Branca, Ceará

Jurandir: Eu sou Jurandir Frutuoso, médico, Secretário de Saúde de Pedra Branca, Ceará.

Tereza: Como o senhor está vendo essa questão do município participar da Micro Região? Quer dizer, quais são as vantagens que vocês estão vendo pra essa adesão...?

Jurandir: Primeiro vamos ter que voltar um pouco e ver que, embora tenha avançado bastante na questão da atenção primária de saúde, aqui no Ceará, sobremaneira com a implantação de Agente de Saúde e depois com PSF, nós temos tido dificuldade de organizar atenção secundária, de maneira que você tem Fortaleza como o grande centro receptor dessas transferências de paciente de atenção secundária porque os municípios não têm condições de montar serviços. E essa idéia da Micro Região veio fortalecer esse aspecto.

Eu acho que hoje, com essa perspectiva de a curto prazo ou a médio prazo se ter organizado nessas Micros Regiões, vamos diminuir distância, vamos organizar serviços nas Micros Regiões, portanto deixando o paciente mais próximos de casa, reduzindo despesas e principalmente pelo fato de você poder utilizar todo o potencial de cada município de maneira mais racional.

Portanto, o nosso município participa com muita determinação desse processo, achando que esse é o caminho que nós teremos para resolver problemas graves que nós temos hoje lá.

Tereza: Vocês não são município sede?

Jurandir: Não. Essa Micros não se dão dessa maneira. Aqui no Ceará não vai ter um município sede. Não é unicentro, ele é policentro, não se pode ter. Nós vamos utilizar a tendência que cada um já tem hoje, e o município que tiver, por exemplo, uma história de ser o município que trabalha bem com Obstetrícia, vai ser lá aquela sede, o outro que tiver uma história de trabalhar bem a Traumatologia vai ser lá aquela sede. Então todo município pode ser sede de alguma coisa, não vai ser um só que vai sediar isso.

Tereza: E seu município vai sediar alguma coisa, vocês tem um polo...?

Jurandir: O meu município, por ele ter uma desvantagem grande, por ser um município de ponta, ele é um município de Gestão Plena, gestão municipal. Só são vinte e sete no Estado, mas nós temos a desvantagem de ser um município de ponta; mesmo assim nós não somos rota, porque aqui no Ceará um dos aspectos que foram utilizados para delimitar essa Micros foram as estradas, a questão do fluxo dos carros. As séries históricas das AIHs e a questão da pertence é de cada município, mas o nosso, por ser um município de ponta, quer dizer, ele fica totalmente fora de rota para você sediar qualquer tipo de serviço. Deveremos ficar talvez com a questão que não demanda de fluxo: laboratório, fisioterapia, fitoterapia, talvez... eu não sei qual outro serviço poderia ter, mas não podemos se colocar como município. Pretender que seremos pólo para, por exemplo, emergência não dá porque é totalmente fora de rota, não dá pra ser referência em Obstetrícia porque é fora de rota. Quer dizer, a nossa situação geográfica nos prejudica hoje. Não tenha nenhuma dúvida, é complicado.

Tereza: Quer dizer, o seu município é que vai ter que estar procurando os serviços...

Jurandir: Ou se auto organizando. Porque é um o município de Gestão Plena que temos, e ele, modéstia à parte, é um dos municípios de destaque do Estado. Mas não pode ter essa pretensão porque ele é totalmente fora da rota geográfica para se colocar como pretendente a algum tipo desses serviços.

Tereza: Sei. E vocês já estão vislumbrando essa organização dos serviços no território de abrangência na Micro Região?

Jurandir: Já.

Tereza: Você pode me falar mais ou menos como é que vai ser?

Jurandir: Eu acho que no futuro vai embocar isso claramente. Acho que Quixeramobim e Quixadá serão os dois grandes municípios que irão servir de base pra organizar esse serviço, porque eles têm história, eles têm estrutura e eles têm a questão da geografia, e que favorece aos dois. Quixadá deverá com certeza continuar como município da questão do alto risco de parto,

Obstetrícia e também Traumatologia. Se houver investimento nessa área, e quem sabe Quixeramobim como município de referência, eu acho que será por aí.

Tereza: Quantos habitantes tem em Pedra Branca?

Jurandir: Pedra Branca tem trinta e sete mil e quinhentos habitantes.

Tereza: Um município pequeno. E eu sei que a implantação da Micro Região ainda não está num processo de implantação, mas vocês já estão negociando a PPI. Vocês já estão pactuando aí os programas, né?

Jurandir: É.

Tereza: Como é que está esse armamento de negociação...?

Jurandir: Além desse “custo” que está havendo - porque já não o considero custo - eu acho que já é o processo de pactuação que está acontecendo, onde todo mundo está quase dez meses sentando e conversando de quinze em quinze dias. Desde o ano passado que já vimos sentando para pactuar. A PPI foi feita o ano passado, não valeu, esse ano já sentamos de novo para pactuar e já é o processo em andamento. Isso já nos dá a base pra fazer depois pactuação final que será em janeiro, mas essa PPI que houve o mês passado já mostrou que os município estão maduro suficientes para conversar e discutir, e chegar a um bom termo esse processo.

Tereza: Você pode falar o quê vocês negociaram, por exemplo, o seu município o quê que foi...?

Jurandir: O meu município, por exemplo, negociou, por exemplo, atenção secundária e em parto vai ser em Quixadá. A minha questão de cirurgia eletiva de maior porte será que Quixeramobim, as endoscopias, Quixadá. Então essa seqüência de pactuação, onde você coloca a pretensão do município acima de tudo, negocia com o Secretário que vai receber e vamos ter autonomia para cobrar. Mamografia é para Quixadá, sem nenhuma dúvida. Para o Hospital do Bispo, a Traumatologia, nós queremos que se fortaleça a questão do Hospital “(...) Barroso” de Quixadá. Porque não se justifica mais ficar mandando, trezentos quilômetros de distância, um paciente com uma fratura pra Fortaleza, pra chegar aqui encontrar hospitais super lotados onde ele não vai ter a atenção que deve, que merece e que tem direito, por conta de ser um estranho no ninho, enquanto que se ele ficar no Quixadá nós vamos ter, pela aproximação regional, mais liberdade; ele vai ter mais conforto porque ele sabe que saiu do Interior pro Interior, e só são cem quilômetros.

Então o Governo deverá investir, vamos sugerir isso, que o Governo invista no hospital do Quixadá, “(...) Barroso”, pra que ele tenha suporte de atender essa questão de Traumatologia lá mesmo na região, e dá pra fazer isso. Eu diria assim, que você vai mandar para Fortaleza só

Neurologia. Eu acho que se isso acontecer e houver investimento financeiro da parte do Governo, essa é a saída pro Estado. Vinte e uma Micros funcionando com perfeição, nós vamos começar a fechar lá em Fortaleza dentro de pouco tempo.

Tereza: Bom, o senhor falou em investimento, eu queria que você me falasse um pouquinho a questão do financiamento, como é que a Micro Região faz a gestão financeira dos serviços? Como é que cada município contribui? Existe uma cota por habitante, como é que é feita essa...? Porque vocês reúnem o dinheiro num bloco, é isso? Como é que acontece essa questão?

Jurandir: Não, não é assim ainda. O sistema de financiamento hoje ainda é o do SUS. Se você tem PAB per capita, X dinheiros por habitante, você tem FAT, você tem a AIH, você tem a farmácia básica, esse tipo (...) recebe dinheiro do PACS.

Eu diria que o financiamento se dá como se dá em qualquer parte do Brasil. Como vai ser no futuro? Por exemplo, Pedra Branca por Lei receberia X dinheiro pra fazer tantas cirurgias; esse recurso deverá ser então remanejado por município onde for pactuado, mas esse projeto não se deu ainda, deverá ser assim. Quando você faz a PPI, que você faz a referência para município X, você já está mandando o seu recurso para aquele município, então a Programação Pactuada Integrada que define o direcionamento e o caminho que esse dinheiro deve seguir.

Tereza: Bom, o senhor estava falando também de uma necessidade do investimento do Governo...

Jurandir: Na estrutura.

Tereza: E como é que se dá essa relação entre a Micro Região e o nível estadual ou o município, a Micro Região e o Estado?

Jurandir: Essa segmentação, na verdade, é só questão burocrática, porque a Micro Região é o governo mais perto do município, então ele serve apenas de intermediário entre o interesse do município e o Estado. Já o de micro-regionalização exerce o papel de Estado mais perto do município. Uma relação que se dá de maneira bastante cordial, onde esse curso que está acontecendo realmente aproxima as partes interessadas, e a relação se dá com muita harmonia, porque você passa não só a conhecer mas a ter uma amizade, uma interação entre eles. Hoje no caso de Quixadá, uma Gerente muito boa por sinal, que se dá muito bem com todo mundo, vamos conseguir, sem a menor dúvida, fazer uma relação bastante qualificada e harmônica.

Tereza: Em relação ao controle social, como é que funciona a relação entre o Município, Conselho Municipal e...? Parece que agora está se formando um fórum...

Jurandir: Micro-Regional. Da Bipartite.

Tereza: Isso. Como é que se dá essa relação e o controle social, se funciona... ?

Jurandir: Controle social, você tem que ter uma visão bem clara de ver como ele se dá. Você tem Conselho de Saúde e tem Conselho e tem outros apenas burocráticos. Em alguns municípios eles vão muito bem e em outros, mal. Depende de quem gerencia também.

Em termos de Micro-Região, já foi eleita uma Bipartite Micro-Regional, composta por três Secretários Municipais e por três representantes do governo, que serão os membros da Micro-Região, os Gerentes da Micro e mais dois técnicos da Micro, então serão seis. Esses Conselhos já foram escolhidos, está faltando só a questão da posse oficialmente e começar a trabalhar, e nos Seminários do Controle Público a gente colocou paralelamente a necessidade de criar o Conselho, de fortalecer essas Micros com Ouvidoria. Então essa vai ser a relação que vai se dar, Conselho Municipal, que vai ter assento através de alguns membros dentro do Conselho Regional, e alimentado pelas Ouvidorias Municipais, que vai alimentar a Ouvidoria Micro-Regional.

Segmentamos bem mais, municípios até população X, um membro do Conselho será escolhido como Ouvidor e municípios de Plena terão que ter realmente Ouvidor Municipal, que vai ter uma interação com o Ouvidor Micro-Regional, alimentar a Bipartite Micro-Regional. Esta irá se reunir mensalmente uma vez em cada município (...).

Tereza: E o senhor acredita que isso vá funcionar, é um bom funcionamento, é um bom sistema de controle social?

Jurandir: Sim. Eu acho que todo processo democrático é lento, os processos ditatoriais é que são bem rápidos, né? Então isso vai ter que passar pelo aprendizado, vai ter que passar por questão de mudança de hábito, por de criação de hábitos e reuniões. Depende de nós. Se essas pessoas que serão escolhidas e que já foram escolhidas como Conselheiros sentirem que há uma seriedade desse processo, que o valor que elas dão é respeitado dentro do processo do projeto, elas irão cooperar. A partir do momento que estão sendo manipuladas, que estão ali apenas como fantoche, elas se afastam.

Então eu acho que depende dos Gestores mobilizar a população e incentivar esses Conselheiros a realmente exercer o seu papel. Depende de nós.

Eu acho que se você olhar um pouco pra trás, e nós brasileiros temos uma mania muito chata de fazermos o corte só no presente, mas se você olhar um pouco pra trás você vai ver que já foi muito pior. Hoje está bem mais evoluído e, por exemplo, o nosso de Pedra Branca é um Conselho que funciona. Funciona, não tem mordada, as pessoas criticam mesmo, bate, mas também propõem, quer dizer, não são só de bater, propõem uma solução. Então se criou esse mecanismo de funcionamento de um jeito que eles funcionam beleza, eu gosto.

Tereza: Certo. Muito bem. Bom, de perguntas mais formais eram essas que eu gostaria de saber, mas... se o senhor pudesse falar um pouco sobre as características da Micro-Região, qual o número de população abrangida...

Jurandir: É, são nove municípios... duzentos e cinquenta mil habitantes aproximadamente. É a região mais pobre do Estado, e é um sertão central cearense, tem área de serra e área de sertão. Tem dois municípios que são maiores, Quixeramobim e Quixadá, que podem puxar o processo. Há um sentimento de pertence muito bom dentro da região e essa eleição renovou apenas duas Prefeituras, portanto os Secretários irão permanecer, na sua maioria. Acho que isso vai também contribuir para dar o andamento mais rápido ao processo, que não vai haver tanta quebra. Os que permanecerão deverão puxar os que irão entrar. É uma região carente e que mais do que ninguém está ansiosa pra que isso dê certo, e urgentemente.

Tereza: O.K. Mais alguma coisa que o senhor gostaria de acrescentar?

Jurandir: Só deixar você à vontade, pra que se você quiser fazer alguma pergunta, mais alguma situação, colocar, fique à vontade, tudo bem.

Tereza: Tudo bem então. Muito obrigada.

Jurandir: Prazer em tê-la recebido.

8- Doutor Luís Eduardo - Sub-Secretário, da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Ceará

Tânia: Então nós conversamos com o Doutor Luís Eduardo, que é o Sub-Secretário, da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Ceará.

O.K. Eu tenho umas questões aqui. Mas eu acho que eu vou colocá-las todas, depois a gente pode ir retomando.

Luís Eduardo: Tá bom.

Tânia: Então, o que eu pensei é, por quê a necessidade de reestruturação. Isso tem a ver com a questão dessa idéia de fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde, tendo em vista a necessidade de uma participação também no processo de descentralização. Tem a ver, alguma coisa, com essa proposta de Sistemas Micro-Regionais de Serviços de Saúde? Como elas se interrelacionam, essas duas questões, se é que tem alguma relação.

E algumas coisas sobre a reforma em si, a proposta de reestruturação ou de remodelagem, como vocês chamam. Então, alguma coisa em relação à estrutura existente, anterior, que eu não conheço. Eu recebi aqui a nova, e as principais mudanças que foram feitas. Uma outra questão sobre em quê medida essa mudança, na estrutura organizacional implicou também em treinamento, numa mudança cultural, numa tentativa de diminuir as resistências e tal, porque a gente sabe que muitas reformas administrativas não saem do papel. As vezes até elas viram um novo organograma mas elas não são na prática assumidas.

Então é mais ou menos essas as questões que eu queria...

Luís Eduardo: Tudo bem, então vamos lá. Até pegando essa sua última frase, que as medidas são definidas, não são implementadas. Começamos com uma idéia de que a Secretaria normalmente não tinha muita agilidade, que ela tinha um peso burocrático muito grande, e que ela tinha que se adaptar a esse novo modelo de descentralização que está aí presente pra Saúde. Em março de mil novecentos e noventa e sete, trouxemos duas consultorias pra nos apoiar, que iam nos mostrar o quê deveríamos fazer, ou pelo menos ajudar a definir isso. Trouxe o Eugênio Vilaça, e pra organizar a Secretaria, pra fazer o quê a gente devia fazer, a trouxemos a Rosa Fischer, com a Fischer e Dutra, que é uma consultoria conveniada com a FIA, Universidade de São Paulo.

Então essas duas consultorias nos ajudaram a construir esse modelo de gestão. Tivemos um apoio forte, entre outros parceiros, do DIFNI, que é o Departamento pra Desenvolvimento Internacional, vinculado ao conselho britânico. Então, com essa estrutura de apoio montada, começamos o processo de modelo. Essa consultoria teve as informações do Governador, quer dizer, qual era a visão do Governador quanto ao que ele queria da Saúde, o quê ele imaginava, como Governador, pra Saúde. Tiveram várias entrevistas com vários técnicos da Secretaria e aí fomos buscar os nossos clientes que são das Secretarias Municipais e o cidadão de maneira geral. A gente fez entrevistas com mil e duzentas pessoas nas filas, no leito, nas nossas Unidades, e entrevistamos cento e quatorze; fizemos oficina com cento e quatorze dos cento e oitenta e quatro Secretários Municipais. Assim tivemos um diagnóstico da situação. Paralelo a isso, o Eugênio Vilaça estava trazendo essas realidades, essas propostas de Micro-Regiões, de incentivo cada vez mais ao Programa de Saúde da Família e algumas realidades de estruturas tecnológicas, que ele estava vendo aí fora, e estava querendo trazer para propor aqui para nós.

Então, quando começamos o trabalho, construímos essa transparência. Para ter um modelo de gestão definimos focos estratégicos; durante essas discussões, quais foram os focos estratégicos que ficaram definidos por essas entrevistas e por workshops que foram feitos na Secretaria. Definimos como focos cooperação técnica e financeira, esse é um foco estratégico da Secretaria, articulação e integração política, institucional, intersetorial, atenção integral à saúde da população; política estadual de saúde, principalmente com participação do Conselho Estadual de Saúde; formação profissional; busca da participação da sociedade; Sistema de Informações e descentralização. Esses são os nossos focos estratégicos.

Com os focos estratégicos montados, definimos o quê chamamos de Políticas de Saúde. O quê chamamos de Política de Saúde? De uma maneira geral, foram as nossas estratégias; quais são as nossas estratégias? Em atenção primária, universalizar o Programa de Saúde da Família, quer dizer, a idéia é cem por cento Saúde da Família até dois mil e dois no Estado do Ceará. Atenção secundária, estruturação das vinte e uma Micro-Regiões de Saúde. Isso já buscando implementação da proposta que o Eugênio trouxe para discutirmos. E na atenção terciária, o fortalecimento das três Macro-Regiões de Saúde. Logicamente, nesse intervalo houve toda uma discussão de como construir as Micro-Regiões, como elas deveriam ser divididas no Estado. Depois disso definimos as nossas metas para dois mil e dois, que são: mortalidade infantil, mortalidade materna, eliminação de algumas doenças transmissíveis e de mortes por doenças cardiovasculares, neoplásicas e acidentes de trânsito e homicídio.

Com base dessa política, e aí definindo como seria a política de Assistência Farmacêutica, como seria a política de Vigilância Epidemiológica, como seria a política de descentralização através das Micro-Regiões, isso foi elaborado um documento. Então esse é o nosso referencial de Política de Saúde.

Vimos políticas que por si só não se sustentam, temos que criar um escopo, uma base sólida para que essas políticas se sustentem, e essa base é essa engrenagem. Quer dizer, temos Recursos Humanos, modelo organizacional, modelo de gestão, comunicação, visão organizacional e tecnologia de Sistema de informação, para dar base para Política de Saúde. Quando começamos a trabalhar Política de Saúde, depois de tudo definido partimos para esses trabalhos de base. De tecnologia, o quê fizemos em tecnologia? Buscamos um processo de informatização mais consistente - atualização dos computadores, atualização das impressoras, scanners e outros equipamentos. Investimos pesado em material médico-hospitalar de ponta, para que realmente ele pudesse dar resposta na atenção integral à população.

Então esse é um processo tecnológico que foi montado, e outras atividades, mas a base pras Micro-Regiões foi dar as condições de tecnologia.

Nós saímos daquela comunicação que era só uma mídia, só imprensa. Trouxe para junto do processo de comunicação o IEC, que é Informação, Educação e Comunicação - um grupo que trabalha Educação e Saúde. Trouxemos para mesa o grupo, junto com o pessoal de imprensa e com grupo de comunicação interna. Trouxemos também uma pessoa para compor esse grupo, para mudar, para gerenciar isso, e ela está fazendo esse trabalho de comunicação. Aí surgiram a comunicação interna, toda estrutura de correio eletrônico, de jornal diário. Estamos com uma proximidade com a mídia muito consistente; o Secretário com muita abertura com a mídia. Então houve todo um trabalho junto à mídia.

E na Educação e Saúde, estamos num processo de mobilização social que está sendo conduzido pelo grupo de Ações e comunicação. No que diz respeito à capacitação gerencial, na época da USP, fizemos um curso de transformação organizacional, já no processo de sensibilização dos Gerentes, um curso de oitenta horas, onde, inclusive, no final você tinha um

trabalho para fazer uma monografia. Todos os Gerentes do primeiro e segundo escalão foram trabalhados, principalmente.

Desenvolvemos em noventa e oito e estamos até hoje nesse processo, o que chamamos de Programa de Desenvolvimento e Liderança. A idéia era que identificássemos líderes na organização, independente do lugar onde ele estivesse. Então, com base num perfil gerencial que definimos, as pessoas se inscreveram pra que fossem capacitadas; analisamos o perfil dessas pessoas, aquelas que tinham um perfil parecido com o que queríamos, selecionamos. No final da primeira fase capacitamos cento e vinte e cinco pessoas, num curso de carga horária de oitenta horas, sobre administração de conflito, negociação, administração de tempo, treinamentos e qualidade e tal, independente da função onde ele estava. Essas pessoas passaram a compor o que chamamos de Banco de Recursos Gerenciais. Essas pessoas estavam numa vitrine pra que, se em algum momento o Secretário quisesse nomear alguém, ele pudesse identificar: “Opa, eu tenho alguém bom em Epidemiologia, aí ele foi capacitado em Gerenciamento... então eu trago ele pra cá”. A gente está querendo sair daquela visão de que os bons técnicos são gerentes, estamos quebrando esse paradigma. A idéia é que você pode ser um bom técnico, mas você precisa ser um bom gerente. Então, esse foi mais um Programa de Desenvolvimento e Liderança. No ano dois mil nós temos esse conteúdo programático pra todos os Gerentes de primeiro e segundo escalão. Então, boa parte dos Gerentes que estão hoje, foram capacitados no Programa Desenvolvimento e Liderança. Estamos com a massa gerencial toda capacitada. No grupo dos outros que não são gerentes, que são os colaboradores, trouxemos o processo da capacitação técnica em si, e durante esse processo de modelar gestão houveram alguns momentos de workshops, de oficinas de sensibilização. Elas tinham outro nome, não eram de sensibilização, mas elas tinham esse objetivo. Calculamos em torno de quinhentas pessoas que participaram direta ou indiretamente desse processo e nesse processo foram sensibilizadas.

Sobre as condições de trabalho, a gente sempre imaginou que não temos condição de dar uma boa qualidade no nosso atendimento se não tivermos o grupo que trabalha essa qualidade, e também qualidade de trabalho. Então renovamos toda a frota da Secretaria -essa frota até hoje está sendo renovada- pra dar condição para que as pessoas possam viajar com mais qualidade para o Interior do Estado, com toda a frota de ar condicionado. Melhoramos as condições físicas do trabalho; boa parte do que você vê hoje já passou por um processo, era diferente, passou por um processo. Existe uma outra obra grande que estamos fazendo, toda a estrutura de telefonia hoje é atual, você consegue ligar daqui pra um hospital fora mas que faz parte da rede, com ramal. Então algumas melhorias tecnológicas foram feitas pra dar condição de trabalho para as pessoas.

E, por fim, a estrutura organizacional teve uma base também. Logicamente tivemos que definir os mecanismos legais, leis, estrutura, decreto e tudo o mais. Estamos tentando ajustar a estrutura organizacional com as condições de trabalho, e já dentro da visão mais ampla, mais aberta. Só pra você ter uma idéia, aqui, hoje, você já consegue ver a proposta que a gente está fazendo, que é uma utilização de espaço e uma, vamos dizer assim, uma racionalização até das ações. Assim está sendo nas outras Unidades, nas outras áreas. Estamos num processo de

dimensionamento de pessoal. Isso é uma coisa mais complicada, mas estamos, junto com o Recursos Humanos, estruturando o dimensionamento e a redefinição do quadro gerencial. Quando passamos pra essa estrutura, mudamos talvez vinte e cinco por cento dos Gerentes, já nessa perspectiva de trazer pessoas que tenham um perfil gerencial, não necessariamente só técnico.

Essa estrutura foi construída por todo o grupo. A consultoria, na realidade, trouxe a técnica, a teoria, mas a gente construiu junto essa estrutura. A idéia é que nós tivéssemos uma área que fizesse planejamento, uma área que fizesse a execução, a área que fizesse auditoria e uma área que fizesse o suporte. Logicamente todos planejam, todos avaliam as suas ações, mas planejamento estratégico, as coisas mais estratégicas puxados pra uma área, as políticas, estivessem mais concentradas numa área e tal. Com isso criamos seis Coordenadorias; logicamente que os Secretários, os Sub-Secretários, e seis Coordenadorias, toda parte de política, de normatização, de planejamento estratégico está sendo articulado por esse grupo. Isso não quer dizer que a coisa não seja horizontal, que as pessoas migrem e as ações funcionem horizontalmente, mas esse grupo é o grupo responsável por isso. As execuções propriamente ditas estão nas Unidades de Saúde ou nas Micro-Regiões, através da assessoria técnica. Nós estamos com um grupo que dá apoio à implementação dessas ações, seja através das Ciências Farmacêuticas, seja através do Núcleo de Apoio Tecnológico, mas essa dá apoio à execução. Nós temos uma Coordenadoria que faz toda a avaliação e controle do que nós fazemos. Passa a ser um papel de Auditoria mas também um papel de Vigilância Sanitária, e a Coordenadoria de Apoio Administrativo-Financeiro. Assessorando o Secretário temos uma Assessoria de Educação e Comunicação em Saúde. E o controle interno que faz toda a parte de Auditoria Operacional. A Assessoria de Articulação de Instâncias colegiadas, é o pessoal da Bipartite, Comissão Intergestora Bipartite, e o conselho Estadual de Saúde.

A idéia era que a gente pudesse realmente fazer o que a gente tem que fazer, que é dar qualidade do atendimento.

Paralelo a esse grupo, num trabalho intersetorial que fazemos aqui, e temos buscado muito esses grupos, temos um grupo de Melhoria do Atendimento ao Cidadão. Chamamos esse projeto com esse nome e esse grupo trabalha desde mil novecentos e noventa e oito. Eu comecei coordenando, hoje já tem outra pessoa que coordena e essa coisa está caminhando. A idéia é que a gente possa buscar identificar e articular pra que a melhoria aconteça. Não é um grupo de qualidade total, não é essa a idéia, e também não é a idéia de um grupo que vá operacionalizar qualquer ação. Com isso a gente fez, à época, um diagrama de causa e efeito do que acontecesse nas Unidades de Saúde. E aí começamos a trabalhar o plano de ação pra cada um desses fatores. Hoje nós temos Ouvidoria em todas as Unidades de Saúde, desde dezembro de 98 temos Ouvidoria em todas as Unidades de Saúde. Isso deu uma visão muito boa para o usuário, porque ele busca o Ouvidor, ele sabe que ali tem uma pessoa pra realmente lhe atender.

Também implementamos ações como a Saúde do Trabalhador, também estava um pouco de lado.

O quê é que mudou no que diz respeito às formas de gestão? Buscamos as reuniões que a gente estruturou o Conselho Gestor, é o Conselho que se reúne toda segunda-feira pela manhã, coordenado pelo Secretário, Sub-Secretário, Chefe de Gabinete e os Coordenadores. Esse grupo se reúne sistematicamente toda segunda-feira, de nova da manhã ao meio-dia, geralmente passa um pouco mais, para discutir as coisas mais estratégicas da Secretaria. E toda primeira quinta-feira do mês, temos reunião do Conselho Diretor. Esses são os Gerentes, que se reúnem, mas aí é um momento mais informativo, não é um momento de deliberação nenhuma, momento de se informar, de discutir, é o momento que a gente entendeu que seria a passagem de informações, e discussões, onde todos os Gerentes estariam presentes. Além disso, criamos uma estrutura que em algumas Coordenadorias que são grandes nós teríamos dois Coordenadores. Não é mais aquela história de uma pessoa por vários, dois. A idéia é que decisões fossem compartilhadas, e que as decisões não ficassem principalmente na cabeça de uma pessoa só. Então essas três Coordenadorias são as maiores, elas têm dois Coordenadores e eles se revezam e discutem, conversam, compartilham, tomam decisão conjunta; e dificilmente, hoje, você tem uma Coordenadoria sem ninguém. Então aquela coisa está sempre em funcionamento, até porque nós tínhamos quatro níveis hierárquicos e hoje nós temos apenas dois, o Coordenador e o Gerente de Célula. As Coordenadorias têm reuniões periódicas com seus Chefes de Célula; essa coisa sai em cadeia e chega até esse Conselho Gestor que eu falei.

Tânia: Essa questão da redução de níveis hierárquicos de quatro pra dois. Isso, geralmente, era um tanto traumático e não foi isso. Já aproveitando ma mesma questão, você falou em dimensionamento do pessoal. Essa reforma na estrutura foi feita utilizando os recursos existentes, mais ou menos tentando acomodar, quer dizer, qual a lógica que foi utilizada? Porque as reformas normalmente seguem duas lógicas: ou você faz alguma coisa fundamentada tecnicamente e daí... os descontentes ou se acomodam ou saem, ou você tenta conciliar um pouco isso na prática, né? Como vocês diminuíram níveis?

Luís Eduardo: É, aí tem duas situações. Uma são as pessoas que trabalham na Célula, outra são aqueles que têm cargos comissionados, Gerentes, com coordenação e tudo. O trauma maior que aconteceu foi que tínhamos muitos cargos comissionados, muitas Chefias, e elas diminuíram. Então algumas pessoas perderam o cargo comissionado. Essa foi a parte mais traumática, porque de qualquer maneira as pessoas acabam colocando no orçamento aquele recurso financeiro e tal. Foi um trabalho de conscientização, de explicação para as pessoas. Como temos o recurso do SUS, que pagamos através de produtividade, e a gente mexeu nisso também. Compensou de alguma forma pessoas que tinham mais condição do que as outras, mas que perderam os cargos comissionados ou porque não tinham perfil gerencial ou porque realmente não tinha um cargo e tinha mais de uma pessoa que teria condição. Mexemos nessa coisa do SUS e adaptamos algumas situações. Então foi mais uma coisa de conciliação, do que propriamente de imposição. Foi muito conciliado, foi muito discutido, tínhamos uma premissa que era: Nós vamos colocar Gerentes que tenham capacidade gerencial. Logicamente trabalhamos com material que foi

capacitado, mas essa era a premissa. Logicamente aí tinham grandes técnicos, grandes profissionais, mas que não tinham a capacidade de se articular, de se comunicar, então essas pessoas foram realmente movimentadas.

Quanto a sair de um local de trabalho pra outro local, a gente não teve muita dificuldade. Essa estrutura foi aprovada pela Assembléia em janeiro de dois mil, então nós estamos agora nove meses de implantação e acomodação.

Agora nós estamos com um processo de redefinição dos fluxos. Agora nós estamos com consultoria, que está nos apoiando no reordenamento dos fluxos. Nós mexemos na estrutura e agora precisamos saber o fluxo financeiro, como é que ele vai se estabilizar agora dentro desse novo modelo. Então a consultoria já está com a gente, esperamos até o final do ano já ter feito o reordenamento de uma grande Macro, processo que já está sendo implementando.

Então, a sua pergunta, houve descontentamento, desconforto? Houve, com certeza, até porque as pessoas perderam dinheiro. Isso sempre é ruim, até porque o salário na maioria das vezes é um pouco baixo, mas como era um cargo comissionado, é cargo de confiança, são coisas que realmente acontecem e não faz parte do seu salário.

No dimensionamento de pessoal, o quê a gente está fazendo agora...

Tânia: Vocês não contrataram nem demitiram?

Luís Eduardo: Não.

Tânia: Só reorganizaram.

Luís Eduardo: Só reorganizamos.

Não temos processo de demissão no Estado. Nós criamos sete Micro-Regiões novas, aquelas pessoas que se interessassem em ir pra Micro-Região nós já liberávamos de pronto, porque é muito difícil você ir para o Interior, até porque você não tem muitos benefícios, muitas vantagens, né? Queriam ir, iam, mesmo que gerássemos um problema aqui no nível central, mas era mais fácil você gerar um problema aqui do que gerar lá. Estamos agora pegando Célula por Célula, vendo quantitativamente e qualitativamente o quê é que cada Célula precisa pra funcionar. Por exemplo, a Célula de Política de Recursos Humanos ,precisa de duas pessoas, um administrador e um médico, então aí nós vamos buscar na rede. A idéia é que, depois de mais acomodados, nós possamos abrir pra que as pessoas digam pra onde querem ir; logicamente que via existir um pré-requisito,

Então a gente está montando esse processo, que é um processo de movimentação, mas isso só vai acontecer quando isso estiver mais acomodado.

Tânia: Quer dizer, inicialmente vocês reacomodaram segundo critérios técnicos.

Luís Eduardo: Sim, isso.

Tânia: E depois, num segundo momento...

Luís Eduardo: Exatamente. O quê em alguns falta é qualidade, criamos estruturas novas, então onde não tinha um grande número de pessoas, conhecimento, nós abrimos, criamos algumas Unidades novas, mesmo que horizontalmente, isso gerou uma necessidade de outras pessoas. A gente não tinha uma Unidade, por exemplo, de diagnóstico -Núcleo de Apoio Diagnóstico-Terapêutico por exemplo, nós ainda temos pessoas coordenando isso, porque precisamos ainda ter essa pessoa, né?

Eu queria aproveitar e falar das Micro-Regiões. Nós abrimos um processo seletivo. Aí definimos alguns critérios, abrimos para o Estado do Ceará inteiro, desde que tivesse experiência, pré-requisito, não necessariamente funcional. Depois, então, que as pessoas foram selecionadas e passaram por um processo de entrevista, de elaboração de plano de trabalho, de dinâmica de grupo, basicamente esses três, essas pessoas foram colocadas. Processo extremamente interessante, nem uma decisão política, decisão extremamente técnica...

Tânia: Para o cargo de confiança, né?

Luís Eduardo: Para o cargo de confiança. Nós fizemos esse processo, foi extremamente tranquilo, não teve força política, foi extremamente técnico.

Tânia: O.K. Você estava falando das Micro-Regiões, você falou do pessoal, mas uma pergunta que eu tinha feito aqui daquelas todas iniciais, essa reestruturação da Secretaria tem a ver, foi motivada, tem relação com esse processo de implantação dos sistemas Micro-Regionais de Serviços de Saúde?

Luís Eduardo: Não.

Tânia: Não?

Luís Eduardo: Não. A implantação do Sistema Micro-Regional de Saúde saiu desse trabalho inicial de consultoria, de discussão. Quando começamos a preparar o modelo surgiu essa coisa que foi o que o Eugênio trouxe pra gente discutir: "Que tal se a gente trabalhasse de uma forma micro-regional?". Isso no processo de construção do modelo, e a partir desse momento, aceito pelo Secretário, aceito pelo governador; nós começamos a construir o modelo com a visão micro-regional. A estrutura teve a visão micro-regional, tudo teve essa visão, mas ela surgiu durante o processo, a gente não tinha a idéia micro-regional quando chamamos as consultorias, nós não tínhamos isso. A hora que a gente chamou as consultorias, começamos a trabalhar; foi aí que surgiu: "Que tal a Micro-Região, que tal essa idéia, por quê não implementar?", e aí começou a trabalhar nessa visão.

Tânia: Quando vocês começaram esse processo de reestruturação?

Luís Eduardo: Agosto de noventa e sete foi a primeira reunião.

Tânia: Agosto de noventa e sete, quer dizer, começou com uma tentativa de agilizar o funcionamento da própria Secretaria, começou assim?

Luís Eduardo: Isso. Essa foi a idéia inicial. Foi uma idéia do próprio Governador, junto com o Secretário; tiveram essa idéia e chegou essa consultoria e aí veio... E o Eugênio já nos dava um apoio antes, eu não estava aqui ainda, mas ele já dava um apoio aqui. A partir desse momento a gente concentrou, porque existiam parceiros, todos esses são parceiros que a gente tem: UNICEF, DIFNI, Kellog, Banco Mundial. A partir desse momento concentramos: “Vamos todos trabalhar com a visão desse modelo de gestão”, então humanização do parto, parece uma coisa fora do modelo de gestão, mas as ações tinham essa visão micro-regional, tinha a visão da qualidade do atendimento, baseada no grupo de atendimento que estava trabalhando. A Kellog, a OMS,... todos começaram a trabalhar; o próprio USAIDS, que através de suas agências está nos apoiando também. Todos com essa visão do modelo que estávamos se estruturando.

Tânia:... implicou em treinamento, mudança da cultura, eu não sei se você quer dizer...

Luís Eduardo: Mudou. É.

Tânia: A tentativa de fazer com que esta reforma ocorra também de verdade, não apenas no organograma.

Luís Eduardo: Não. Ela já é uma realidade. O quê está passando é que ela é um processo, e uma das grandes dificuldades, duas grandes dificuldades, primeiro porque ela muda, mexe com a cultura das pessoas. Primeiro, ela mexeu em algumas pessoas que já estavam há muito tempo naquela situação, tanto de Chefia ou já de atividades já bem. Mas houve uma aceitação, de maneira geral, houve uma aceitação.

O grande problema, realmente, um dos grandes problemas é a cultura, que está mexendo nas pessoas. Essa coisa de fazer seleção, por exemplo, abrimos agora um processo para o Controle Interno, para as Ouvidorias, então esse processo seletivo, às vezes as pessoas... Cada processo seletivo que fazemos, é interessante que o número de pessoas proporcional às vagas que são ofertadas aumenta, então as pessoas começaram a acreditar nesse processo.

Então essa mudança cultural, essa coisa de dois coordenadores, no começo: “Pô, vai ficar duas pessoas numa sala”, e aí eu já tinha tido experiência...

Tânia: Quem manda, né?

Luís Eduardo: É. Exato. Então, eu vim da Secretaria da Fazenda, e lá nós implementamos um modelo um pouco diferente na realidade na Fazenda, mas trabalhávamos junto numa sala; nós éramos três coordenadores numa Coordenadoria, eu, o atual Sub-Secretário da Educação e a atual Secretária da Administração. Então pra mim foi tranquilo, mas pra pessoas de uma maneira geral isso foi diferente pelo menos, né? A pergunta é exatamente essa: “Quem é que vai mandar? Eu vou me relacionar com quem?”, “Você se relaciona com quem você chegar; chega lá e pergunta”. Mas é uma pergunta interessante. A outra foi dos espaços físicos; quando você abre um pouco mais as pessoas... , a pergunta era interessante: “E quando eu quiser chamar a atenção da pessoa?” Aí eu digo: “Tem duas coisas. Se você está chamando muito a atenção da pessoa, ou tem um problema, então é importante analisar isso. E se você realmente precisar em algum momento, terão salas de reuniões, é essa proposta, que você pode se deslocar para aquela sala...”. Mas essa era uma pergunta extremamente interessante, que vale a pena fazer uma análise: “Quando eu quiser chamar a atenção da pessoa?”. As pessoas diziam: “Sim, eu vou trabalhar aqui junto de três, quatro pessoas?”. “Vai”. “Não, mas eu trabalhava só numa sala”. Então essa mudança realmente gera desconforto muito grande, principalmente pessoas que durante muito tempo trabalharam isoladas numa sala. Então essa cultura gerou desconforto.

O outro desconforto, paralelo a isso, o Estado como um todo também está passando por mudança. Principalmente essa parte financeira mudou, passou por uma mudança muito grande. Então além da nossa mudança, a Secretaria da Fazenda, Administração e Planejamento mudaram também, tivemos que se acostumar com essa mudança e com essa outra, porque o fluxo financeiro é muito integrado entre as Secretarias. Então gerou um desconforto também.

É um processo, passamos quase um ano e meio discutindo isso e tem muitas dificuldades, a Secretaria ainda não está na agilidade que ela deveria, mas...

Tânia: Mas você acha que melhorou?

Luís Eduardo: Eu acho que melhorou, mas me considero suspeito pra dizer isso, né? Até o melhorou é questão referencial. Ela melhorou nas condições de trabalho? Com certeza, isso não tem como negar. Ela melhorou nas responsabilidades gerenciais? Isso eu não tenho a menor dúvida, hoje um diretor de Unidade, eu tenho certeza que ele se preocupa com o custeio dele; ele não tinha essa preocupação. Então, responsabilidade gerencial...

Tânia: Com custeio...?

Luís Eduardo: Custeio é o custo de manutenção da Unidade dele. Hoje ele tem essa preocupação. A preocupação da qualidade do atendimento melhorou. Quebrou alguns paradigmas? Quebrou. Eu, por exemplo, sou o primeiro Sub-Secretário que não sou da área de Saúde, então eu me lembro muito, quando eu chegava as pessoas diziam assim: “Muito prazer. Qual é a sua especialidade?” e aí chocava as pessoas quando eu dizia que eu era um analista de Sistema, graduado em Administração de Empresas: “AH, você não é da área de Saúde?”. “Não”.

Então, são outros paradigmas que foram quebrados, que foram mudando com o tempo; pessoas que estavam eternamente em Chefias, que mudaram, pessoas que não tinham muito a ver com a área, que a gente trouxe pra ser o Coordenador.

Essa nova consultoria que estamos tendo, para redefinir esses fluxos, é que vai dar provavelmente essa velocidade. Então, eu acho que ela melhorou em muitos aspectos e precisa melhorar em outros; eu acho que ela não piorou em nenhum aspecto. O esforço foi grande. Para criar as Coordenadorias algumas pessoas achavam que devia ter Coordenadoria de Assistência Farmacêutica, outras achavam: “Não, mas deve ter a Coordenadoria de Vigilância Sanitária”. Quando, pela primeira vez sugerimos unir o Controle e Avaliação com Vigilância Sanitária, “Que é isso, não pode, são duas coisas diferentes”, mas com o tempo as pessoas foram vendo: “Ah, realmente tem a ver...”, quer dizer, as duas você faz um processo de avaliação, você tem um controle. Hoje em dia elas estão juntas aqui, as duas ações, dois Coordenadores e tal. Essas coisas com certeza melhoraram

Estamos num processo de implantação, estamos implantando as Micro-Regiões, com a visão de Micro-Região, de todo um processo de pactuação, negociação com os Prefeitos, então essa coisa, ainda está num processo de acomodação, mas eu acho que melhorou muito, melhorou muito. Os indicadores melhoraram, as nossas metas estão com grandes perspectivas da gente atingir, dois mil e dois, coisa que no começo a gente achava que era muita ousadia, mas que hoje sentimos que já estão perto, apesar de tudo. O certo seria, com esse desconforto todo, desacelerarmos um pouco, mas não houve desaceleração. Agora, está todo mundo no limite de trabalho, porque além do dia-a-dia que temos, estamos implantando essas coisas, com pelo menos quatro consultores nos ajudando a implementar essas áreas. Eu recebo algumas pessoas: “Estou no meu limite, eu não agüento”. Eu digo: “Faça o seguinte, tire uma semana, daqui (...) você volta e a gente vai...”, porque é um momento realmente difícil. Eu costumo dizer que o próximo ano sempre vai ser, não é pior que o anterior, mas é mais veloz, e essa velocidade geralmente traz mudança, essa mudança traz desconforto, então é difícil você dizer: “Não, o próximo ano vai ser mais tranquilo”, porque a velocidade é uma coisa que traz junto mudança. Quer dizer, tem a Internet, telefone celular, isso tudo traz mudanças no seu comportamento, né?

Tânia: Você faz duas ou três coisas ao mesmo tempo, no mínimo, né?

Luís Eduardo: Ao mesmo tempo, exatamente, é.

Tânia: É uma loucura, né?

Luís Eduardo: Então, isso traz um desconforto, um stress, por isso é que as doenças estão migrando das infecções para as doenças cardiovasculares, doenças mentais, tal.

Mas essa é a idéia, e qual era o objetivo de tudo isso? Melhorar a qualidade do atendimento, dar o atendimento, tanto para as Secretarias Municipais, que é fazemos articulação técnica, com a descentralização da Saúde; cada vez mais vamos sair da prestação dos serviços e

vamos entrar na normatização, na auditoria, no controle, na padronização, na definição de política e sair da assistência. Mas pra isso temos que capacitar. E o cidadão que está lá na ponta, melhorando, tal.

Implantamos no começo do ano passado, um processo de avaliação de qualidade, que chamamos de Gratificação de Incentivo ao Trabalho com Qualidade. Todas as Unidades são avaliadas pelo usuário; temos um questionário, mandamos entrevistadores contratados para todas as Unidades e eles perguntam: “Quê que você achou do...? Você foi bem recebido? Você se alimentou bem no leito?”. Então tem umas perguntas que geram uma nota no final; todos os profissionais são avaliados pela sua Chefia, quanto ao comportamento, à comunicação, à produção, e todas as Chefias são avaliadas pelos seus profissionais, colaboradores. Então essa avaliação cruzada faz com que no final tenha um resultado. Sim, todos os Diretores Gerais são avaliados pelo Conselho Gestor, Secretário, Sub-Secretário e Diretor, e aí a gente segue com uma nota pra aquela Unidade e aquela Unidade ela pra cada pessoa tem uma nota. Isso reverte em recursos financeiros pra ele, baseado na produção da Unidade.

Aí você pergunta: “Quais são as chances de formações, que você pode dizer que melhorou?”. Quando a gente fez a avaliação, em janeiro de noventa e oito, duzentas pessoas que estavam nas filas, naquele momento, e a avaliação média, o nível de satisfação deles era em torno de sessenta e cinco por cento. Sessenta e cinco por cento avaliavam a Unidade como satisfatória ou muito satisfatória. A última avaliação que a gente fez já chega a oitenta por cento.

Quando vamos fazer análise dos relatórios da Ouvidoria Geral, as reclamações são muito mais intersetoriais do que pontuais. “A Unidade não está bem”, e tal, “O lixo está acumulado na minha rua, o quê que eu faço?” ou... “O esgoto está a céu aberto me tal local”, ou então: “A água está poluída”. Quer dizer, coisas que refletem na Saúde mas que não são de responsabilidade da Saúde, direta da Saúde; do Meio Ambiente ou da Infra-estrutura e tal.

Nesse ponto nós sentimos há um ano atrás que caminhamos rápido e o resto do Estado não caminhou rápido, então sugerimos que o DIFNI também nos apoiasse num projeto de reforma do Estado. A reforma do Estado está meio desgastada. O quê a gente queríamos era que o Estado, de uma forma geral, definisse qual era o papel dele, o Estado, o Governo do Estado do Ceará, definisse o quê nós íamos investir, porque hoje não temos essa coisa muito bem delineada; ainda fazemos alguns investimentos que talvez nem precisassem ser feitos.

Então conseguimos abrir uma ponta para a Secretaria de Administração; estivemos com a Secretaria pra que discutíssemos junto com o DIFNI uma consultoria, uma discussão pra ver a reforma do Estado com a visão da Saúde. O quê queremos é que o Estado possa trazer alguém que faça essa discussão da reforma do Estado.

Sentimos, evoluímos, estamos lá na Micro-Região; estamos discutindo uma perspectiva de organizações sociais, de cooperativa, e o Estado não acompanhou isso, o Estado de uma maneira geral. Essa é uma visão que temos buscado, uma visão extremamente intersetorial.

Esse processo está envolvendo as pessoas da Ação Social, que já viajaram conosco pra fazer algumas discussões, inclusive envolvemos pessoas da Secretaria do Planejamento, Secretaria da Fazenda. Faz parte do nosso papel essa busca da intersectorialidade, porque aqui é o fim da linha. É aqui que chega aquela pessoa que, por não ter tido educação talvez não tenha dado o melhor soro para o filho; aqui chega a pessoa que, por não, ter tido um emprego teve que ir pra rua, assaltou machucou alguém que teve que ir para o hospital, né? Alguém que por falta de assistência social foi pra rua, se marginalizou ou está usando droga e tal. Então, nós somos o fim da linha, estamos tentando buscar essa coisa intersectorial em todas as Secretarias.

Tânia: A última pergunta, em relação a essa questão, de uma visão de Governo, você está falando numa perspectiva de reforma do aparelho do Estado, né? Vocês já fizeram o recorte da Secretaria Estadual da Saúde, que seriam essas vinte e cinco Micro-Regionais...

Luís Eduardo: Vinte e uma.

Tânia: Vinte e uma, desculpe, Micro-Regiões, então, foi isso que eu perguntei a ele, parece que a Educação tem outro recorte.

Luís Eduardo: É.

Tânia: Quer dizer, então essas Unidades territoriais, na verdade, elas não batem, né?

Luís Eduardo: Não.

Tânia: Então, existe alguma perspectiva, alguma possibilidade, alguma intenção de caminhar para um recorte unificado do Estado, pra que se possa trabalhar, por exemplo, a Micro-Região da Saúde, a Micro-Região da Educação se o mesmo território, senão fica difícil conversar entre si, certo?

Luís Eduardo: Existe essa perspectiva, e eu particularmente não vejo a necessidade que essas regiões sejam as mesmas, até porque são realidades diferentes. O nosso referencial é primeiro o fluxo migratório das pessoas quando elas precisam de alguma assistência, né?

Tânia: Sei, pra Educação pode ser outro.

Luís Eduardo: É outro, exatamente, e inclusive tem um terceiro nível que é o nível orçamentário; o Estado é dividido em oito regiões, então na realidade não tem várias formas. O que estamos fazendo pra minimizar isso? Estamos com a proposta que infelizmente não conseguíamos implantar nesse ano. Uma coisa é a Micro-Região, outra é a Sede das Micro-Regiões. Por exemplo, a Micro-Região X tem o município de Baturité como Sede na saúde, e

tem dez municípios; a Educação tem a Micro-Região de Baturité Sede mas tem sete municípios. Os municípios é que não coincidem, mas a Sede, noventa, noventa e cinco por cento coincidem. Nessas, nós queremos ter um prédio único, onde esteja junto Saúde, Educação e Ação Social. Numa perspectiva de que as ações intersetoriais, ações do dia-a-dia sejam discutidas entre eles, os três Gerentes. O Gerente de Saúde continua se reportando à Secretaria de Saúde, o Gerente da Educação à Educação, Ação Social... mas eles trabalham na Micro-Região intersetorialmente, né? Inclusive, a estrutura administrativa será única, as três Secretarias, nós já temos o projeto, estamos com o prédio já piloto, mas infelizmente, por uma coisa ou outra que temos, não... Nessas Unidades, que chamou de Unidades de Articulação Estadual, teremos também a prestação de serviço de Segurança Pública, não a Delegacia, que ficou muito complicado ter preso junto com a Unidade, mas de tirar carteira de identidade, aquela coisa toda e tal. E a Unidade Turismo, onde seja polo de turismo para o Estado.

Tânia: Legal.

Luís Eduardo: Então essa é uma proposta que temos, já construímos, está só precisando implantar. A licitação da primeira obra já estava no DERT, que é o nosso órgão de engenharia, mas ainda não caminhou.

Tânia: Mas por que você não acha que seria importante que tanto a Micro-Região da Educação quanto a da Saúde tivessem os dez municípios, ou os sete, ou os oito?

Luís Eduardo: Por quê que seria?

Tânia: Por quê que seria? Porque você teria condições de comparar, né? Por exemplo, você tem a tua Micro-Região de Baturité com os dez municípios, você diz assim: “Ah, tá, eu tive uma queda na mortalidade infantil”, daí a Educação diz: “Ah, tá, eu na mesma Micro-Região, com esses dez municípios, eu consegui fazer um programa de educação das mães que atingiu noventa e cinco por cento das mães, tal”. “Ah, tá”. Então, uma coisa tem a ver com a outra, certo?

Luís Eduardo: É, no começo eu até defendi muito isso, mas depois eu fui me questionando em algumas coisas. Porque na realidade, momento que essas ações sejam micro-regionais, quem realiza essa ação, de maneira geral, é o município, então eu tenho uma informação a nível de município.

Tânia: Você pode desmanchar tua Micro-Região e fazer...

Luís Eduardo: É, porque eu tenho uma informação micro-regional e tenho informação municipal. A municipal nunca vai deixar de existir.

Tânia: Ah, você vai juntar de outra forma.

Luís Eduardo: É, exato, porque somos formados juridicamente da União, dos Estados e municípios, isso nunca vai deixar de existir.

Tânia: Sim.

Luís Eduardo: A Micro-Região está aqui ajudando com compartilhamento, a pactuação, a negociação, mas o município continua existindo, as informações ainda são municipais, né?

Tânia: Aí você pode, se você precisar compor de acordo com a lógica da Educação, por exemplo.

Luís Eduardo: Isso, exato, porque por exemplo, a Saúde hoje, está quase sem assistência. Na realidade não é mais para estarmos vacinando, não é mais para estarmos clinicando e tal. A Educação ainda tem ensino médio, não existe uma perspectiva de curto prazo de sair do ensino médio, mas o ensino fundamental já saiu – estou falando do Estado– o ensino fundamental está tudo com o município. A Ação Social ainda não chegou no Interior; nós temos toda força social aqui na Capital, agora que ela vai chegar no Interior, pode muito bem se incorporar em qualquer uma das duas Micro-Regiões. E como seira difícil na época mudarmos, até porque as lógicas e referenciais eram diferentes, caminhamos dessa forma.

Tânia: Vocês estão procurando consolidar o recorte de vocês, as Micro-Regiões de vocês.

Luís Eduardo: Isso, isso.

Tânia: Isso futuramente pode ser renegociado.

Luís Eduardo: Com certeza. Essas Micro-Regiões são dinâmicas. Hoje quando fizemos análise, o município A e o município B eram vizinhos, mas tinha uma serra no meio deles, uma montanha. O quê acontece? Esse município ficou na Micro-Região e esse no outro. Por quê? Porque era mais fácil eu vir desse município pra outro do que ir pra outro que é vizinho. Por quê? Porque tinha que subir a serra, não tinha rodovia, como é que eu ia transportar...? Então, se por algum motivo o Estado faz uma estrada, um túnel, provavelmente esses municípios estarão na mesma Micro-Região.

Tânia: Certo.

Luís Eduardo: E assim outros casos, né?

Tânia: Quer dizer, não é definitivo.

Luís Eduardo: De forma alguma, pelo contrário, a idéia é que isso seja dinâmico.

Tânia: Essas vinte e uma Micro-Regiões podem se transformar em vinte ou vinte e três.

Luís Eduardo: Com certeza, podem, os municípios podem mudar de uma Micro-Região.

Tânia: Ótimo. Muito bom. Obrigada.

9- Marcos Machado - Secretário de Saúde de Banabuiu, Ceará

Marcos: Eu sou Marcos Machado, Secretário de Saúde de Banabuiu, Ceará, município que fica no sertão central do Ceará - faz parte da oitava Micro-Região, que é a Micro-Região de Quixadá. Temos uma população de quinze mil seiscientos e oitenta e sete habitantes.

Teresa: Bom, vocês estão participando então da Micro-Região...

Marcos: De Quixadá.

Tereza: De Quixadá. Como vocês estão vendo esta participação, quês vantagens vocês estão vendo em participar de um Sistema Micro-Regional de Serviços de Saúde?

Marcos: A primeira vantagem que estamos percebendo é a reorganização dos serviços, porque quando nós municipalizamos achamos que estávamos organizando os serviços, mas depois da municipalização nós descobrimos os pontos falhos, ou seja, os problemas que nós não conseguíamos resolver por si só enquanto município isolado. A micro-regionalização permitiu que nós nos organizássemos de uma forma que conseguíssemos juntos, não só o município, mas a Micro-Região, com problemas idênticos e situações idênticas e com potencial idênticos também, unidos nós conseguíssemos resolver os nossos problemas no nosso próprio raio de atuação, que era os nossos municípios.

Então acho que um dos nossos maiores avanços é a resposta que estamos podendo dar ao usuário dentro da nossa própria Micro-Região, dentro do seu próprio espaço.

Tereza: Vocês já organizaram os serviços, como será a conformação dos serviços, vocês já decidiram?

Marcos: Já. Nós estamos a cada módulo, a cada seção que nós fazemos dos cursos de Gestão de Sistemas Micro-Regionais, temos Câmaras Técnicas, e essas Câmaras Técnicas nós escrevemos

os projetos, nos projetos nós traçamos níveis de intervenção, níveis de ação para poder trabalhar. Dentre delas nós temos, por exemplo, observado como vamos organizar a vigilância sanitária, como vamos organizar a vigilância epidemiológica, os Sistemas de informações como funcionarão, enfim, todas as etapas vão sendo cumpridas e trabalhadas à proporção que vão acontecendo os módulos de curso.

É fundamental observar que esses nossos encontros é um momento também de pacto, de pactuação, de acordo, de negociação, então muitas vezes nós não temos um determinado serviço, não temos uma determinada ação no nosso município; mas descobrimos que no município vizinho tem e tem em sobra, podendo até nos servir, então isso dá uma certa forma, uma certa tranquilidade e uma certa expectativa também do como trabalhar essas coisas.

Tereza: Esses cursos estão servindo também pra vocês fazerem a PPI, é isso?

Marcos: Isso, a Programação Pactuada Integrada.

Tereza: Isso. Me fala como foi essa a pactuação aí, em relação aos programas.

Marcos: A primeira coisa que nós fizemos na PPI foi o levantamento das nossas necessidades reais, dentro das áreas de controle que nós iremos atuar no município, ou seja, o quê era prioridade pra o município, quais eram os problemas: era tuberculose, era hanseníase, era imunização, era atenção à saúde da mulher? Qual era o problema mais gritante? Então selecionamos cinco áreas, quatro, cinco áreas de prioridade, nós traçamos os procedimentos que iríamos precisar dentro delas e depois desses procedimentos nós fomos pra a mesa de negociação, ou seja, entre gestores dizer quem faria o quê.

Tereza: Certo.

Marcos: Qual município poderia receber, de uma certa forma organizando, até o fluxo também do usuário e evitando que ele fosse pra uma unidade que não tinha resposta ou evitando deslocamentos desnecessários.

Tereza: Por exemplo, Banabuiu negociou o quê?

Marcos: Maternidade de alto risco, porque nós priorizamos atenção à saúde da mulher. O município de Banabuiu historicamente era campeão em mortalidade materna do estado do Ceará. A partir da nossa gestão, em dois anos nós começamos a trabalhar essa reversão desse indicador que eu achava altamente triste para o município, que dista duas horas e meia da Capital.

Então nós começamos a reverter e estamos com a mortalidade materna altamente controlada. Nos últimos dois anos não tivemos um óbito materno, mas pra poder continuar é preciso não só

fazer o pré-natal, que é feito no PSF, com baixo risco, mas precisamos assegurar também um pré-natal de alto risco e um acompanhamento ao parto de alto risco. Pra quê? Pra evitar que a gestante, que nós também fizemos a triagem no pré-natal, se perdesse na hora que chegasse na maternidade.

Também nós pactuamos, por exemplo, a consulta maternidade de alto risco, pactuamos ações específicas da hanseníase porque nós não temos demanda para o município ficar com esse tipo de programa. Nós temos três pacientes no município, então não justificava ter um médico pra atender só esse paciente, nós pactuamos isso com o município de Quixadá.

Nós pactuamos também as ações de Nefrologia porque também o índice é baixo, e nós priorizamos as ações de atenção básica a nível local, ou seja, garantir a consulta básica na Pediatria porque nós tínhamos um fluxo grande. Garantimos também a consulta básica de Ginecologia, de alto risco encaminhamos pra a maternidade que fica em Quixadá.

Então dessa forma nós conseguimos racionalizar recursos e também - tanto recursos financeiros como recursos humanos - quando nós garantimos uma melhor resposta ao usuário.

Tereza: Em relação à política estadual de Saúde, como é que se dá a sintonia, ou não, entre as políticas estaduais e a política municipal e a micro-regional.

Marcos: Existe uma relação muito estreita entre a política estadual e a municipal. Essa relação era um pouco relação policial, de o Estado fica em cima do município, fiscalizando e policiando. A partir da implantação da Micro-Região, onde os Departamento Regionais de Saúde que outrora existia assumiram a figura e a missão da Micro-Região com uma nova concepção. Observamos inclusive que essa figura da Micro-Região passou a contribuir para os municípios e abrir um laço de amizade entre os municípios e o Estado, amizade que eu digo no sentido de construir um processo mais sólido, não que achando que um tivesse fazendo algo errado, mas achando que todos estavam fazendo saúde. O Estado faz, o município faz, considerando que quem executa, na verdade, é o município.

Então como o município executa, ele precisa de parceria, ele não precisava de policiamento, e essa ação parceira foi se estabelecendo e melhorou demais a relação entre o poder estadual, a política estadual de saúde, os sistemas estaduais de saúde e os sistemas locais de saúde. Podemos trabalhar de uma forma mais harmônica e discutir e questionar e trabalhar sobre diversos aspectos.

Tereza: Em relação ao controle social, vocês têm um Conselho Municipal...

Marcos: Municipal.

Tereza: de Saúde, é claro. Como é que se dá a relação entre a Secretaria Municipal, o Conselho Municipal e a Micro-Região?

Marcos: É uma relação muito boa, também pelo fato de trabalharmos o Conselho como parceiro e não como sendo nosso funcionário. O Conselho não é um órgão que seja manipulado pela Secretaria. Nós consideramos o Conselho Municipal de Saúde como sendo o órgão que discute, que delibera os problemas do município de uma certa forma fria mesmo, inclusive livre das paixões do poder público.

Então estamos trabalhando nessa perspectiva, estamos vendo que o Conselho tem sido o grande parceiro, e o Estado tem visto isso de uma forma também de capacidade: dar uma contribuição pra que os Conselheiros sejam melhor trabalhados para desenvolver melhor a sua função como Conselheiro, como controle social realmente eficaz dentro do município.

Tereza: Bom, das perguntas formais que eu tinha era isso, e se você quiser acrescentar mais alguma coisa, mais alguma informação...

Marcos: Outra questão que antecedeu a PPI foi a questão da PPI dos medicamentos, que eu achei fundamental também pelo fato de observar que a garantia da política estadual dos medicamentos, os itens básicos, deu uma resposta muito positiva também à população. E nós observamos que com a instalação da PPI dos medicamentos podemos responder melhor à grande resposta da população, que é o grande problema do medicamento. Embora saibamos que existe toda uma questão cultural sobre a figura do medicamento ainda dentro do convívio das pessoas.

Tereza: O.K então. Muito obrigada?

10- Moacir de Souza Soares - Secretário de Saúde de Crateús, município sede da Microrregião e também Presidente do Conselho de secretários Municipais de Saúde do Ceará, COSEMS

Moacir: Meu nome é Moacir de Souza Soares, sou Secretário de Saúde de Crateús, município sede de uma Micro Região e também presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Ceará, COSEMS.

Tereza: Moacir, você como município, não como presidente...

Moacir: Presidente do COSEMS

Tereza: Eu queria que você me falasse um pouco das vantagens que o município está vendo em participar do Sistema Micro Regional de Serviços de Saúde.

Moacir: Certo. Bom, as vantagens eu acho que são inúmeras, porém necessárias. Estamos há 10 anos experimentando a municipalização do Ceará e se sente a necessidade de cada dia mais de

integrar políticos no nível local e no nível micro regional. O processo da micro região é capaz de fazer essa integração, de encurtar o caminho pra pactuação, ou seja, reúne os Secretários para discutir o problema numa visão mais ampliada, o Secretário da cidade vizinha deixa de pensar dos problemas no seu nível local, e sim passa a discutir numa visão mais ampliada de micro região, como unir forças políticas e idéias para poder, nessa somatória de valores, poder de fato operacionalizar o SUS de maneira mais resolutiva.

Pra mim a avaliação subjetiva que eu faço desse processo é poder unificar idéias e forças políticas e vontade dos gestores, que de fato enfrentam problemas na maioria das vezes homogêneo e daí então dá uma resolutividade. A micro região, tem esse poder, ela faculta essa possibilidade para que os gestores discutam os problemas de saúde daquela micro região adstrita, dentro daquele espaço geográfico de gerência.

Tereza: Apesar de toda essa homogeneidade, o que é interessante ser discutida em grupo, vocês não correm um pouco o risco de se misturar e não haver mais a distinção entre o município e a micro região? Ou seja, cada município tem as suas características que também devem ser mantidas, ou podem se mantidas. Como é que vocês vêem isso, essa autonomia, essa distinção, características individuais de cada município?

Moacir: Certo. Isso eu considero como rompimento de paradigma. Os grandes tinham que ser sempre grandes, os pequenos ficavam fadados a ser sempre pequenos, diminuído e dependente. Com o processo da micro região, os pequenos podem de fato demonstrar vocações em que facilitem, em que ocupa-se aquele lugar que o grande fazia, então o processo das micros regiões equaciona os municípios de menor porte porque de fato resgata nele ou dá à eles condição de oferta de serviço. Hoje o praxe é que, quanto menor o município maior é a dependência. O município de menor parte não oferece nada, só demanda, e esse processo das micros regiões, pode ser um município que referencia algum serviço, levando em consideração a posição geográfica que ele está inserida dentro da Micro, levando em consideração algum serviço já instalado. É o que se chama de centralização relativa, você tem alguns serviços... em vez de ter pulverizado, em cada cidade ter aquele serviço, você define aonde ele deve ficar, e leva em consideração sobretudo, porque está subjacente a isso, a questão da localização geográfica. Não adianta a minha cidade, é sede de micro região e pra alguns serviços eu não posso ser detentor de toda oferta porque isso pode dificultar o acesso, e o quê que eu tenho que fazer? Avaliar o que Crateús pode oferecer, mas sem inviabilizar que outros municípios possam oferecer serviço. É a oferta policêntrica de serviços de saúde que se faz tão necessário no processo das Micro-Regiões.

Tereza: Em que fase de implantação vocês estão da micro região?

Moacir: Bom, dessas 5 micro regiões que já estão em processo, nós estamos no meio do caminho. Nós já passamos pelo processo da identificação do serviço, já passamos pela segunda

etapa, a qualificação dos gestores, a terceira etapa, a definição de ofertas, e a quarta etapa agora é mais de análise. Então nós estamos já bastante avançados e sobretudo entusiasmado. Eu vejo que o processo das micro região envolve também uma outra... político que são os Prefeitos, os Secretários, passam a ser parceiros, e os Prefeitos são uma força nova que vem pra fortalecer esse processo. Os Prefeitos passam a conhecer como é que o processo funciona, é uma pactuação entre gestores e aí envolve os Prefeitos que são também grande parte dos financiadores do sistema local de saúde. É outra grande vantagem que eu identifico no processo de micro região, a introdução do ator político, no caso aí os Prefeitos.

Tereza: Já que você está falando em pactuação você pode me falar um pouquinho da PPI, vocês estão discutindo, já...

Moacir: Certo. A PPI é uma das coisas que com a micro região se discute nos seus meandros, se discute de maneira bem mais depurada. Nós costumeiramente fazíamos uma PPI baseada em ofertas de serviços, quem tinha mais serviços apertava mais e com isso barganhava mais recursos. Com a micro região despojamos dessas coisa e discutimos assim: esse é o bolo de dinheiro que tem na micro região. O quê fazer dele, pra onde vai e como vai, e quem recebe o quê, compromisso político se compromete em resolver.

Então nós estamos nesse processo da PPI, estamos fechando agora a PPI da minha micro região, e posso avaliar que foi a PPI que mais se aproximou do objetivo que é racionalizar os recursos, equacionar, distribuir melhor, sem que um fique mais do que o outro simplesmente pelo fato de ter uma densidade populacional mais elevada. Então vai discutir o rateio desse recursos dentro daquela necessidade de oferta, e obedecendo sobretudo a questão do espaço geográfico. Fazer PPI com a micro região com certeza fica mais operativo, fica mais viável.

Tereza: Agora, vocês não tiveram problemas com aqueles municípios que têm um pouco mais de recurso e tal e vai estar tendo que dividir os seus recursos de serviços com os outros municípios: “É, eu tenho meu hospital, porquê que eu vou dividir o meu hospital com outros municípios, com a população de outro municípios?”, vocês não tiveram esse tipo de problema?

Moacir Bom, eu sou esse município. Meu município é o de maior posse da micro região, são 72.000 habitantes, excede, então, naturalmente, como eu tenho 2 hospitais, haveria uma concentração natural de recursos para internação em Crateús. Mas devido compreender melhor o desenvolvimento do processo de micro região, é o que eu falei no início, é o rompimento de paradigma. Passamos a entender que não é interessante ficar mais recursos ou até perder recursos achando que o município perde, mas pairamos sobre a nossa consciência que, mesmo que subtraia recursos do município sede, esse recurso se converte em serviços em outra micro região e sobretudo desafoga o serviço sede. Eu acho que é com esse espírito que nós estamos trabalhando na micro região. Não há perdedor e nem há ganhador, há uma distribuição racional

onde sobretudo quem ganha é o usuário e esse sim, é com ele que precisaríamos saldar nossa dívida.

Esse processo de PPI, onde você faz distribuição de recursos, a micro região abre a cabeça dos gestores e dá uma certa luz, de mostrar que ninguém perde recursos, pelo contrário, você simplesmente faz uma distribuição mais justa, coisa que antes não acontecia.

Tereza: E o relacionamento do município com o Estado? Parece que isso acontece na CIB, no Conselho de Intergestores, é isso? Você pode me falar um pouco como é que funciona a CIB, a sua composição, como é que tem se dado a negociação? Porque é uma negociação também que acontece.

Moacir: É uma negociação. Bom, eu diria que com as micros regiões e o Estado se aproximam mais dos municípios. Antes o Estado ficava muito no nível diretivo central, os municípios vinham até o Estado para de fato discursar as discussões política. Mas agora com as micros regiões até usamos essa linguagem, o Estado está descendo, numa linguagem pejorativa, porque não há ninguém embaixo nem ninguém em cima, mas que o Estado está se aproximando mais dos municípios, e com eles sentido as necessidades de resolver alguns problemas. Quanto mais próximas dos fatos as decisões forem tomadas, há mais chances de acerto. Então o Estado estando mais próximo dos municípios, se sensibiliza mais com as necessidades vigentes na micro região. Quanto à questão do foro de pactuação que legitima a PPI, foi criado, com o processo das micros, as CIBs regionais, Comissão Intergestoras Bipartites regionais. Avaliam o processo, homologam e encaminham para a CIB estadual e essa faz a homologação final, mas tudo que acontece lá na micro regional a CIB regional é que tem o poder de discussão e de encaminhamento, de tomar decisão, vem para CIB estadual só pra homologação.

Então é interessante, porque a composição dela é feita de Secretários da Micro Região e representantes da Secretaria estadual também na micro região, no caso é o Diretor da micro região e mais duas pessoas, que são três, composto de três pessoas do Estado e três Secretários Municipais de Saúde, cada qual com seus respectivos suplentes. Então eu acho que é outro ponto positivo porque você consegue discutir o problema lá, quem conhece o problema, e aí está presente município e Estado, chegando aqui só pra homologação, e dificilmente acontece uma determinação, um encaminhamento de uma CIB regional que ela possa ser restreada na CIB estadual; a CIB estadual legitima porque reconhece que está mais perto do problema, então tem mais capacidade de discutir na sua essência.

Tereza: Mais uma última perguntinha, eu queria saber como é que se dá o controle social, como é o relacionamento do município com o Conselho, e... municípios e Conselho e micro região, como se dá essa relação, em relação ao controle social?

Moacir: Certo. Eu diria que não está divorciado, pelo contrário, está bastante imbricado porque o Secretário de Saúde já é presidente do Conselho de Saúde do município do qual ele é gestor.

O Diretor Regional de Saúde na maioria das vezes também é Conselheiro, então as pessoas que fazem parte da CIB regional, partes delas são derivados de Conselho de Saúde também. E pelo fato de já ter essa compreensão clara do controle social enquanto política capaz de consolidar o sistema, não fica de fora a questão do controle social, apesar de não ter usuário nessa CIB regional, não ter representação de usuário, mas entendendo que os gestores lá que representam são pessoas que de fato representam a vontade do usuário no Conselho de Saúde. Como ele é membro da CIB regional eu creio que, independente de ter ou não um representante do usuário pra discutir e para fazer as deliberações, eu acho que não há prejuízo com isso, até porque hoje já se percebe claramente na vontade de cada Secretário de Saúde o interesse e o desafio de acertar, o interesse e desafio de fortalecer o SUS. E esse SUS que de fato traz no seu bojo um conteúdo de controle social muito forte. Eu sinto que está presente, estamos pactuando, estamos discutindo, estamos organizando serviços para atender exatamente o usuário.

Tereza: E o Conselho Municipal chega a ter ações, ter (...)de política e...?

Moacir: O Conselho de Saúde está tomando conhecimento daquilo que o seu Secretário está deliberando dentro da CIB. Tudo que ele for levar pra CIB quanto deliberação primeiro passa no Conselho de Saúde, por isso eu acho que está referendado do controle social em si.

Tereza: Acho que das perguntas mais formais eram essas. Eu queria que você falasse um pouquinho da micro região, falasse um pouquinho das características, o número de habitantes que abrange a micro região de Crateús, né?

Moacir: Nós somos 296.000 habitantes, são 11 cidades e a minha cidade é a cidade sede, com 72.000 habitantes.

Já foi feito o levantamento de quantos profissionais médicos de toda as especialidades, quantos profissionais médicos tem dentro da quantidade de especialidades. É uma micro região situada em uma das regiões mais inóspitas do Estado do Ceará, o grande sertão dos Inhamuns, uma das regiões muito secas, muito pobres, mas eu entendo que é possível se ter um sistema de saúde bastante descentralizado e gerido com responsabilidade a partir destas micros regiões.

Eu sempre tenho dito nas minha falas que o processo de micro região veio para reciclar essa reforma sanitária em exercício. E lá na minha micro região de Crateús, apesar de estar com 5 meses aproximadamente que estamos vivenciando, mas já se observa os ganhos. O ganho que foi mais fácil fazer, a PPI discutindo, entendendo que não tinha o ganhador e o perdedor. Os ganhos, digamos assim, de você olhar pra fora do seu município, não ter aquela visão míope de ver só seus problemas e de entender que a saúde do seu município, a saúde da população é... que a sua responsabilidade não paira só nos limites do seu município.

Uma outra questão também, que o crescimento nosso enquanto Secretário, a gente pode compreender melhor o quê é organização de serviço. Todo Secretário tinha uma fúria de querer ofertar isso, de querer ofertar aquilo, de querer ofertar aquilo outro; com o processo das micro

região, se entende que essa competitividade intra-município ou loco-regional, é substituída por uma compreensão de organizar serviços num raio maior. Então isso foi outra coisa que eu também posso dar um depoimento que seja positivo, você deixou de ter de preocupar-se somente com o seu município.

Crateús é minha população de 72.000 habitantes e os problemas que aqui acontecer está sobre a minha responsabilidade. Não só entendemos que fica mais fácil pegarmos todos os município e discutir como promover saúde, como promover assistência a essa população que são 300.000 habitantes, e que quanto mais carente for aquele município maior é a assistência que a ele deve ser dada.

Tereza: Bom, agora eu queria que você falasse um pouquinho do papel então do COSEMS nessa reestruturação do Estado todo em Sistemas de Micro Regionais de Serviço de Saúde.

Moacir: O COSEMS do Ceará sempre procurou ser um parceiro e um parceiro entusiasta a todos os projetos que o Estado tem desenvolvido em favor da saúde. Apesar de termos essa representação política de discussão em favor dos municípios, nós somos um parceiro com o Estado em todos os projetos em que o Estado desenvolve, cujo o beneficiado seja os municípios. Então nas micro regiões nós celebramos uma parceria muito forte, fizemos uma jornada de divulgação para poder conciliar adesão dos Secretários, do Prefeito, da compreensão e da importância do que são as micro regiões. Em todas as cinco micro regiões que estão sendo experimentada, o Vice-presidente regional do COSEMS naquela localidade é a pessoa que tem o papel mais emblemático de fomentar, de exortar os participantes do processo, pra que ninguém desanime, pra que ninguém desencoraje, para que todo mundo se empolgue e veja nele a saída para os problemas de saúde que atravessamos.

Então o COSEMS, notadamente no que diz respeito à micro região, está apoiando por inteiro esta proposta do Estado. Estamos ajudando a difundir pra que de fato possamos chegar às 21 micro regiões. O COSEMS, em todas as reuniões que teve com o Dr. Anastácio Queirós então, Secretário de Saúde do Estado, vem pedindo que pisemos bastante acelerado para que esse processo possa alcançar em tempo hábil as demais micro regiões. Pois como foi bastante difundido por nós e pelo Estado, já se sente um pedido por parte de outras micro regiões querendo também se inserir no processo.

Tereza: Tá O.K. Mais alguma coisa que você gostaria de acrescentar?

Moacir: Só agradecer, parabenizar você pela pesquisa e dizer que é um é um projeto pra exportação.

Tereza: Tá .O.K. então. Muito obrigada.

11- Francisco Ernesto Lins Cavalcanti - Prefeito da cidade de Pedra Branca, que faz parte da Micro-Regional de Quixadá, Ceará

Tânia: Nós conversamos com o Prefeito Francisco Ernesto Lins Cavalcanti, Prefeito da cidade de Pedra Branca, que faz parte da Micro-Regional de Quixadá, Micro-Regional de Saúde. O.K. Eu tinha umas questões um pouco mais direcionadas pra Secretários Municipais de Saúde, que nós já entrevistamos alguns, e a minha colega está entrevistando o seu Secretário de Saúde, e outras questões mais voltadas pro nível estadual, quer dizer, eu não tenho um roteiro específico pra conversar com Prefeito.

Prefeito: Sim.

Tânia: Então eu vou colocar algumas coisas e que gostaria que você falasse, também mais livremente, se tiver algumas questões. Então, o nosso ponto é esse que eu estava colocando antes, ou seja, como os municípios vêm a questão da descentralização, e como o município, o Governo municipal, no caso o senhor, um Prefeito, da perspectiva do Governo municipal, como o senhor vê esta participação do nível estadual na descentralização, no caso específico da Saúde?

Prefeito: O Governo estadual participa muito pouco nesse trabalho de descentralização da Saúde. O trabalho dele é mais técnico, é mais a nível de seminários, de estrutura, porque recurso mesmo vem do Governo federal, que participa com cem por cento dessa descentralização.

Nós em Pedra Branca temos nove equipes de Saúde da Família, aonde o recurso vem diretamente do Governo federal para o Governo estadual. É muito importante, porque não tem atraso, o recurso vem normalmente, e é feito todo esse investimento pela Prefeitura, através do Secretário de Saúde, que tem um Conselho de Saúde que se reúne mensalmente pra fazer uma avaliação, uma prestação de contas.

O município tem sido beneficiado bastante, porque a população vê mais próximo dos serviços médicos, lá na zona rural, de acesso difícil, e para eles que estão naqueles rincões, naqueles lugares onde jamais eles podiam supor que um dia, próximo, pudesse chegar essa assistência; hoje eles vêm lá na zona rural chegar esses recursos, onde o médico, a enfermeira, as prevenções de câncer, outros serviços, que beneficiam muito essa população de baixa renda da zona rural do município de Pedra Branca, chegam.

Tânia: O.K. A questão, por exemplo, na área da Saúde, de ser mais uma relação Ministério da Saúde/Município, no caso é viável, positiva, essa descentralização, entendida como municipalização?

Prefeito: Eu acho que eu vejo realmente muito positiva essa ação do Governo federal.

Tânia: De municipalização...

Prefeito: De municipalização. Seria muito mais importante, mais efetiva, se fosse um recurso maior. Entendemos que já foi um avanço muito grande, mas ainda há uma certa deficiência do volume de recurso. Também não estamos aqui criticando; o país, nessa reformulação financeira e estrutural da economia, não dispõe de mais recurso. Mas seria o ideal que esse recurso fosse aumentado, para que aqui na base, no município, pudéssemos contar com mais recurso pra poder prestar um serviço melhor à população de baixa renda dos nossos municípios.

Tânia: Mas, e no caso da Saúde especificamente ou de outros serviços. Se a relação a responsabilidade, o fluxo dos recursos e tudo fica mais a nível federal, Ministério da Saúde, Ministério da Educação, então diretamente com os municípios. Qual seria o papel do nível estadual?

Prefeito: Como eu lhe disse, o que percebo no governo estadual é mais a questão de você mostrar conhecimento para esses profissionais. Como você viu, nós temos aqui no Ceará a Escola de Saúde Pública, que presta um serviço aos profissionais na área de Saúde da Família, lhes dando especialização. Quer dizer, percebemos que a tarefa do Governo do Estado é um papel de qualificar melhor os profissionais da Saúde.

Tânia: O.K. Certo. Então, no caso específico da Saúde, o senhor acredita que esse processo de municipalização - quer dizer, os municípios realmente assumindo a prestação dos serviços- têm condições de garantir a prestação desses serviços, mesmo municípios pequenos, municípios com mais dificuldades financeiras e tal?

Prefeito: Tem havido um avanço muito importante, no aleitamento materno; tem havido mais informação, as mães estão seguindo mais essas orientações. O parto está sendo feito mais nos hospitais, que no passado recente era feito mais em casas, de paciente, agora não; está havendo mais informação, elas estão procurando mais os hospitais, para que o serviço seja de melhor qualidade. Então está melhorando muito nesse sentido; está havendo um volume maior de vacinação. Então as pessoas, por pobre que seja, por falta de instrução que seja, estão vendo a necessidade de ter uma saúde melhor, ter um cuidado melhor com a saúde das pessoas, porque estão sendo cobradas pelo próprio Governo. Então o Governo está incentivando para que haja uma melhor relação entre os profissionais e as pessoas.

Então a tendência é melhorar cada vez mais. O nosso povo também está se instruindo; esses pais, essas mães estão tendo oportunidade também de estudar, de se alfabetizarem, porque a Educação também está oferecendo condição dessas pessoas, que são verdadeiramente ausentes de alfabetização, se alfabetizarem e também conhecerem, através da alfabetização, uma necessidade maior de ter uma saúde melhor.

Tânia: E no caso, por exemplo, específico desta proposta da Secretaria Estadual de Saúde, de organização de Sistemas Micro-Regionais de Saúde? Na sua perspectiva, como Prefeito de um

município, você se sente responsável pelos seus munícipes, que tem que dar explicações sobre os recursos, sobre o quê é feito, o quê não é feito, qual seria a vantagem que o município, no caso Pedra Branca, vê em participar do Sistema Micro-Regional de Saúde, por exemplo, de Quixadá?

Prefeito: A vantagem é a descentralização, quer dizer, os problemas que buscava só a Capital, quer dizer, você já pode ter uma resolutividade mais próximo do seu município. No caso aqui, Pedra Branca, as transferências de paciente seria a Capital, que são trezentos quilômetros do nosso município, e ficando em Quixadá já fica menos da metade, que é cento e vinte quilômetros. Quixadá precisaria ter condição de receber todos os problemas das regiões, que ainda não acontece; está distante ainda da cidade de Quixadá poder receber todos os problemas vindos dos municípios das Micro-Regiões.

Tânia: Quantos habitantes tem Pedra Branca?

Prefeito: Pedra Branca tem, no último Censo, trinta e sete mil habitantes; nesse Censo atual, que está acontecendo esse ano, a gente espera que aumente para quarenta e cinco mil habitantes.

Tânia: O.K. Então, no caso dos Sistemas Micro-Regionais o senhor veria que o desafio é garantir na Micro-Região um efetivo atendimento de qualidade e igualdade de condições pra todos os municípios?

Prefeito: Sem dúvida. Seria ideal pra nós se na nossa Micro-Região pudesse todos os problemas com relação à saúde das pessoas pudessem ser resolvidos na Micro-Região, que está longe de acontecer, porque continuamos dependendo muito dos recursos que existe na Capital. O nosso Interior não dispõe dos meios, as condições de receber os problemas de saúde que existem nos municípios. O ideal seria, repetindo, que isso acontecesse na própria Micro-Região, e pra isso precisa de investimento, investimento do Governo do Estado, que inexistente atualmente; e que o Governo federal criasse também essa condição, através de hospitais que pudessem oferecer melhor condição às pessoas que precisassem do Sistema de Saúde.

Tânia: A questão da autonomia municipal ou a distinção entre o que é a rede de prestação de serviços e responsabilidade do município e o que é da Micro-Região, a rede de prestação de serviços, os profissionais, a responsabilidade. O senhor acha que isso embola um pouco, fica meio enrolado, ou dá para se ter uma distinção boa entre as funções que são do município e as que são da Micro-Região. E ter uma relação boa, por exemplo, o Conselho Municipal de Saúde fazer um controle na parte municipal e aí se criar um outro fórum pra fazer o controle micro-regional, um outro fórum de participação?

Prefeito: Olha, o Sistema de Saúde peca porque você não tem um quantitativo exato, você não tem o Estado participando com quanto, dentro da Saúde do município.

Tânia: Isso não está definido na proposta de Micro-Regiões?

Prefeito: Não, não está definido quanto que o Estado possa enviar para os municípios. Um quantitativo que possamos, dentro daquele valor, fazer uma programação, a nível de Governo de Estado do Ceará, não tem nada. A única coisa que o Governo do Estado participa na Saúde do município de Pedra Branca é com a despesa com relação às Agentes de Saúde. Além disso não existe nenhum serviço que tem pelo Governo do Estado, a não ser esse que eu te falei, de capacitar os profissionais. Não há outra despesa com saúde do Governo para os município, no nosso caso.

Tânia: O.K. E em termos da questão de cooperação ou de conflito, é mais ou menos tranquilo começar a trabalhar com uma lógica micro-regional? Quer dizer, os municípios não têm alguma resistência? Por exemplo, pessoal que tem uma visão mais municipalista, que acredita bastante no papel do município, na força do município, às vezes tem resistência a fazer esse tipo de associação inter-municipal e tal, e às vezes até tem alguma resistência à própria interferência do nível estadual. No caso da Micro-Região de Quixadá isso não existe?

Prefeito: Não, percebemos que existe uma grande boa vontade entre o Secretário de Saúde que faz a Micro-Região. O interesse é grande que aconteça o melhor para a saúde. Eu não vejo assim, eu sou o Prefeito, mas eu vejo os Secretários todos com responsabilidade de dar a melhor saúde para a região. Não tem nenhum problema.

Tânia: Mesmo Prefeitos de partidos diferentes ou coisa assim, ou a região é bastante homogênea?

Prefeito: Não, porque hoje já tem uma nova maneira de fazer política, de ver que precisamos ter mais responsabilidade com o munícipe, com o cidadão,...

Tânia: Na região de Quixadá isso foi mais ou menos tranquilo, para montar essa Micro-Região?

Prefeito: Foi, não teve o interesse partidário. A gente percebe que existe só o interesse mesmo de fazer um trabalho com a saúde, de melhorar o nível do cidadão em receber uma saúde melhor. Não tem nenhum problema de Partido A ou Partido B...

Tânia: Mas às vezes têm municípios que não conversam, não se dão tão bem e tal. No caso aí, a região é bastante integrada, vamos dizer assim?

Prefeito: É, no meu caso pode ter um desinteresse por questão de educação, mas não por questão política. Às vezes o Prefeito não dá uma atenção melhor à saúde mas não é porque não tenha assim uma afinidade pessoal; é porque há desinteresse mesmo de entendimento, não é questão política.

Tânia: Qual o seu Partido?

Prefeito: PSDB.

Tânia: PSDB? O.K. Então pra terminar, o que nessa experiência de micro-regionalização - a sua visão é um pouco diferente no caso do Secretário de Saúde, a sua visão é de Prefeito - o que o senhor consideraria os principais avanços e também quais as principais dificuldades na implantação desse processo de micro-regionalização?

Prefeito: O avanço é descentralizar, não ficar dependente da Capital como sempre fomos, porque no passado recente tudo era Capital. Hoje você já vê um hospital que a sua região já pode ter uma cobertura, um atendimento, mas é ineficiente. Quer dizer, os profissionais estão sempre na Capital; dependemos sempre de algum problema mais complexo ter sempre que ser a Capital, não existe esse atendimento na Micro-Região. Isso seria o ideal, que o Governo criasse um mecanismo desses profissionais estarem presente nas Micro-Regiões, que não seja a semana inteira, mas um dia por semana. Seria um avanço sensível.

Tânia: E desafios para essa questão da micro-regionalização? Problemas, dificuldades ou...

Prefeito: O que precisava acontecer no Brasil seria uma maior quantidade de profissionais na área médica. O grande problema desse Programa Saúde da Família, o grande problema do brasileiro me parece que é dispor de poucas Faculdades de Medicina. Então fica o profissional valorizado, alguns não procuram um estudo mais específico, porque é muito procurado, onde ele chega tem emprego, então ele não se especializa como deveria.

Tânia: Em Saúde da Família, (...)?

Prefeito: De uma maneira geral, de uma maneira geral na profissão.

Se um profissional também quer se especializar, ele passa por um critério difícil. Eu vejo também profissionais querendo se especializar e as vagas são poucas. Precisava, no Brasil, também investimento nessa área, que os profissionais pudessem também ter uma condição maior de se especializar na área que eles queiram. Eu acho que nós sofremos também de recurso para dar oportunidade aos profissionais que querem estudar. Alguns não fazem isso por se acharem que já têm grande grande clientela, e outros que querem não encontram os meios de se especializarem.

Tânia: O senhor quer colocar mais alguma coisa, ou gostaria de colocar mais alguma questão, alguma observação? O nosso ponto é - e é o único Prefeito que nós entrevistamos –quer dizer, o senhor considera viável a municipalização de tudo, e aí quês dificuldades tem o município pra bancar essa municipalização sozinho? Será que a micro-regionalização é uma saída pra ajudar nessa descentralização?

Prefeito: Quando menino, lá em Pedra Branca, eu cresci não tendo nem um médico na minha cidade, então o farmacêutico era o dentista também, era o parteiro. E hoje vamos que Pedra Branca tem aproximadamente quarenta profissionais de nível superior trabalhando. São quatorze médicos, quinze enfermeiros, então o avanço foi grande. Eu estou aqui querendo melhorar, mas percebemos que o Governo federal tem deito um papel extraordinário nessa área, até surpreendendo para a época atual, a gente não esperava que isso fosse acontecer tão rápido.

Então nosso município está grato a esse Sistema, e gostaríamos que existisse mais profissionais, que os municípios tivessem melhores condições. Mas o avanço está sendo rápido.

Tânia: Quer dizer, como Prefeito o senhor não se sente assim: “Puxa vida, estão empurrando tudo pra gente, a gente não tem dinheiro e tem que dar conta...”. O senhor não acha, não tem assim uma visão da descentralização, da municipalização como uma coisa altamente positiva...

Prefeito: Perfeitamente, altamente positiva, a gente percebe que muito está sendo feito. Como já te falei, se o Interior não dependesse da Capital; quando acontecesse os problemas a gente tivesse ali mesmo no nosso município todos os profissionais, como a gente entende que na Europa seja assim, nos Estados Unidos seja assim, que qualquer cidade pequena encontra os profissionais ali mesmo na sua região, que não dependa de ir lá pra cidade principal do seu Estado, mas que na sua região tenha ali os hospitais dando assistência em todos os problemas na área médica. Eu entendo que o ideal seria assim, que num raio no máximo de cem quilômetros, todos os problemas da área médica fossem resolvidos em cidades do Interior.

Tânia: Então está ótimo. Muito obrigada.

Prefeito: De nada, Tânia.

12- Antônio Camilo Matos - Secretário Municipal de Saúde de São Benedito

Tânia: O senhor é Secretário Municipal de Saúde de...

Secretário: De São Benedito, Ceará.

Tânia: E o seu nome?

Secretário: Antônio Camilo Matos.

Tânia: Antônio Camilo Matos. E a Micro-Regional de Tianguá? Do ponto de vista do município, quais as vantagens que o município vê em participar de uma Micro-Regional?

Secretário: Primeiro, uma das principais vantagens é o quê foi levantado a pouco tempo, o nosso paciente, o nosso usuário, se sente mais seguro porque, quando ele se desloca do nosso município, ele já vai com uma referência, já vai assegurado o seu atendimento. É o quê não ocorria antes, os nossos doentes ficavam numa ambulância pulando de hospital em hospital até eles conseguirem uma vaga.

Tânia: E a distinção entre o que é de competência municipal, quê que é de responsabilidade municipal e o que é de responsabilidade micro-regional. Isso é tranquilo ou confunde um pouco as pessoas?

Secretário: Não, já está tudo certo. A responsabilidade do município é atenção primária, e atenção secundária é responsabilidade no momento ainda do Estado. Então quando for repactuado, aí é que o município passará a ter a responsabilidade secundária.

Tânia: Certo. E em relação, por exemplo, à questão da autonomia municipal, de uma visão mais municipalista, que o município de certa forma pode tudo, o senhor acha que esse processo, micro-regionalização, vem fortalecer o município, ele ajuda a fortalecer a descentralização?

Secretário: Ajuda a descentralização. Apenas quando forem realizadas essa pactuação, existirá problemas políticos, por determinado município de maior porte tentar absorver os serviços, mas mediante uma negociação eu acredito que conseguiremos resolver esse problema.

Com relação a atenção secundária, algum município de grande porte, poderá tentar segurar atendimento ou então especialização, que às vezes ele dá mais recurso para o município. Aí é onde está o problema principal; os municípios pequenos poderão ter algum prejuízo no fator político, mas talvez com uma negociação este fator se resolva. Existirá as medições de força; um município que tem um Deputado forte poderá tentar ficar com algum serviço e aquele município pequeno poderá ter algum prejuízo.

Tânia: Mas o senhor acha que com a pactuação, dentro do Sistema Micro-Regional, isso tende a se resolver? Por exemplo, vai ficar melhor do que estava antes de ter a Micro-Região? Porque essas desigualdades sempre existem, tem municípios com mais força, com mais recursos, com mais representação política e tal. Mas o senhor acha que a micro-regionalização, a Micro-Região ajuda a diluir essas diferenças, a todo mundo... ou isso talvez continue sendo uma questão difícil, mesmo com a pactuação, mesmo com a PPI?

Secretário: Não, eu acredito que em sua maioria, a Micro-Regional, a pactuação beneficiará a maioria da população e dos municípios. É claro que essas pequenas desigualdades sempre existirão, mas no âmbito geral os municípios ficarão satisfeitos.

Tânia: E, por exemplo, problema de rivalidade ou coisa assim, entre os municípios, municípios que não enfim, que não têm muita afinidade e tal, isso pode ser problemático pra...?

Secretário: Não. Poderá acontecer o que nós chamamos vulgarmente os bairrismos, é aquele município que acha que o determinado município está em pé de igualdade com ele; ele não... Se um serviço obstétrico vai pra um determinado tipo de município, poderá acontecer algum problema de um Prefeito que não se dá muito bem com o seu vizinho. Mas, na nossa região, a maioria dos políticos são bem afinados, e acredito que esse problema com tática política nós poderemos solucionar.

Tânia: E a garantia do atendimento, para um futuro, o senhor imagina que será possível, o senhor, enquanto Secretário de Saúde de São Benedito, ficar tranquilo que a pessoa irá para Quixadá, ou onde for enviado, e terá o seu atendimento?

Secretário: É, no caso de São Benedito, como ele pertence outra região, à região de Tianguá, ele é a sede da nossa Micro, ele dista em torno de trinta e cinco quilômetros. Então são todas as cidades pertinho uma da outra, todas no asfalto, então não existirá nenhum problema.

O problema maior, como eu já falei, vão ser em determinados serviços, porque Tianguá absorverá uma parte terciária, mas e a parte secundária?

Nós também fazemos parte do curso de Gestão de Serviços de Saúde; então esse curso está orientando todos não só os Secretários mas principalmente os técnicos, a maneira como será feito a redistribuição dessas quatro especialidades médicas, que são: Clínica Médica, Pediatria, Obstetrícia e a Cirurgia. O maior problema da nossa região, são os problemas de cirurgia, porque os nossos pequenos hospitais não têm condição de resolutividade, então normalmente esses pacientes são atendidos ou em Sobral ou Fortaleza, e ficando em Tianguá claro que a população será bem atendida.

Tânia: São Benedito dista quantos quilômetros de Fortaleza?

Secretário: Trezentos e sessenta. E para Sobral são cento e quarenta. Então ficando uma região em Tianguá serão trinta e cinco quilômetros, e a cidade mais longe de Tianguá fica em torno de cinquenta e quatro quilômetros, que é a cidade de Croatá, uma pequena cidade em torno de vinte mil habitantes.

Tânia: São Benedito tem quantos mil habitantes?

Secretário: São Benedito tem quarenta mil habitantes; provavelmente com esse Censo chegará a perto dos cinquenta mil habitantes. A cidade é uma cidade de um clima em torno médio de vinte e dois graus centígrados, tem quatro hospitais conveniados. Aí é que nós não sabemos como será feito a redistribuição desses hospitais, se algum hospital vai ter algum prejuízo. Mas acredito que não, e nós realizamos cirurgia de pequeno porte e as cirurgias de um porte maior serão encaminháveis para Tianguá. Isso já é quase que um consenso.

Tânia: Em relação à PPI, no caso a pactuação, o senhor acha que isso já está...? É que não está implantado ainda, né, vocês estão iniciando o processo.

Secretário: Essa PPI foi feita no ano passado, mas ela não foi colocada em prática. As PPIs que dão mais problemas são as PPI das AIH, e elas serão pactuada com Sobral. Ela foi fechada, mas como houve algumas modificações. Nós iremos, em janeiro, negociar com Sobral.

Tânia: E a questão do controle social, o senhor acha que dá pra viabilizar o controle social no município, com o Conselho Municipal de Saúde, e também viabilizar um controle social em nível micro-regional, com algum tipo de fórum de participação?

Secretário: Nós estamos realizando fóruns com toda a sociedade. Os nossos Conselhos são atuantes. Nós tivemos recentemente a nossa Conferência da Micro-Regional; a maioria da nossa região havia feito, há dois anos antes, as suas Conferências Municipais. Agora na nossa Conferência da Micro muitos avanços foram realizados. Vamos ver o que vai dar na Conferência Estadual, mas a da Micro já foi feito todos os acordos.

Tânia: Nessa experiência de Sistemas Micro-Regionais de Saúde, quais o senhor consideraria os principais avanços, e quais seriam os principais desafios, as principais dificuldades ou conquistas que precisam ser feitas nos próximos anos?

Secretário: Esses avanços são as garantias que a nossa população mais carente tem pelo serviço primário e o serviço secundário. Agora, o que nós tememos serão os problemas políticos. Houve grande renovação de Prefeitos, e em cidades de médio a grande porte esses Prefeitos que foram eleitos muitos são de oposição ao Governo, e nós não sabemos até que ponto eles tocarão esse projeto das Micro-Regiões. Todos os técnicos estão de acordo, mas precisa saber que quando existe uma renovação a nível municipal, ainda pela própria cultura do nosso povo, esses técnicos às vezes também são renovados, não sai só o Secretário. Quando o Secretário sai ele leva toda sua equipe, e o ideal seria se aqueles técnicos que não são envolvidos em política, permanecessem nos seus cargos, porque muitos deles têm uma gama de experiência. Mas acreditamos no bom senso dos políticos para que ele não atrapalhe um projeto que será de grande valor social para o nosso povo, principalmente para a população carente, que se utiliza do

Sistema Único de Saúde. A nossa população, se formos fazer uma estatística, talvez cinco por cento que tenha plano de saúde, todos eles dependem do Sistema Único de Saúde.

Tânia: No caso do seu município, São Benedito não houve reeleição?

Secretário: São Benedito não houve reeleição, mas o Prefeito eleito foi o Prefeito da nossa...

Tânia: Apoiado pela atual gestão.

Secretário: Nosso apoio, apoiado pela gestão, então São Benedito não terá nenhum problema porque tudo continuará como antes.

Tânia: Certo.

Secretário: Então nós conseguimos fazer o sucessor e setenta por cento das cidades da Micro-Região de Tianguá também. Em oito municípios, cinco conseguiram fazer o seu sucessor, somente em três cidades é que perderam as eleições. Então apenas três municípios poderão ter algum problema em seus gestores, mas o resto... Então a Serra de Ibiapaba não terá grandes problemas.

Tânia: A perspectiva é bastante boa?

Secretário: Para Ibiapaba as perspectivas são boas, e mesmo em Prefeito que mudou, já são ex-Prefeitos, que têm já uma cabeça formada, se dão muito bem com a Regional. Eu acredito que na Ibiapaba, mesmo com os novos gestores, não terá nenhum problema para com a Micro-Região.

Tânia: Perfeito, ótimo.

Secretário: Tá, muito obrigado.

Tânia: Muito obrigada, eu que agradeço.

13- Eugênio Vilaça Mendes – Consultor para a implantação das Microrregionais e seu idealizador

Tereza: O problema da Micro-Região não vai ser essa regulação dos serviços? É, porque a diferença entre o Consórcio e a Micro-Região é que não existe uma estrutura, a Micro-Região seria uma coisa virtual, que não teria ... não teria uma... instituição...

Tereza: Que eu percebi é que assim, como é que vai funcionar, quer dizer, quem é que vai fazer essa regulação dos serviços, como é que vai fazer o funcionamento mesmo dos serviços?

Eugênio: Pois é, pra isso a gente precisa entender uma coisa, que no Brasil as pessoas não entenderam ainda o que é Sistema Micro Regional e o que é Consorcio porque não é Consorcio versus Sistema Micro Regional não. Porque aí são coisas que têm objetivos completamente distintos. Há uma coisa, eu chamo de Gestão de Sistema de Saúde; a Gestão de Sistema de Saúde, cuja função se expressa hoje nobremente na capacidade de financiar e regular os sistemas, todo sistema público, seja ele prestado por público seja prestado por privado, essa é uma função indelegável do Estado. Então a função de um financiamento e regulação é uma função estatal indelegável, que jamais poderá ser exercitada por um ente privado. Portanto Consorcio não pode ser regulador de Sistema nem financiador de Sistema. Por quê? Porque consórcio é um ente privado necessariamente, tá certo? Então, como é que você organiza a regulação estatal numa Micro Região? É articulando uma organização virtual que a Bipartite micro regional, dos municípios e Estados, que leva na Bipartite através de sistemas de negociação, de programação pactuada, vão gerenciar o Sistema. Eu não posso delegar essas funções a um ente privado, que é uma função pública. O Consorcio, por outro lado, é necessariamente um ente privado, a legislação de Direito Administrativo no Brasil diz claramente que o Consorcio é uma associação entre iguais, portanto eu só posso ter Consorcio de Secretaria estaduais ou de Secretarias municipais ou de Fundações, eu não posso ter um Consórcio que abrigue ente distintos, como a Secretaria estadual e a Secretaria municipal participando de um Consórcio. Posso até ter isso na prática mas isso é ilegal, isso não está de acordo com a lei porque pela lei Consórcio é uma associação de iguais. Eu posso fazer um convênio de um Consórcio intermunicipal com a Secretaria estadual, mas eu não posso fazer um Consórcio de Secretaria estadual com Secretarias municipais; isso é ilegal, isso é uma aberração jurídica, porque o Consórcio é uma associação de iguais e o Consórcio, ao ser um consorcio de iguais, ele necessariamente tem que instituir-se como uma na relação privada, então não há possibilidade de ter um Consórcio como eu mesmo pelo desconhecimento da época, da legislação. Eu propus um tal de Consórcio Programático. Isso não existe, em Direito uma coisa é uma coisa, não é outra coisa; eu não posso ter um Consórcio Programático, e um Consórcio Programático é aquele que está invadindo a seara da regulação e regulação não pode ser feita do Consórcio. Regulação tem que ser feita por entes estatais que não podem se associar como desiguais num outro Consórcio.

Então entender isso, que não tem jeito de botar essa coisa na cabeça de ninguém no Brasil, e fica essa boba dessa discussão, se é Micro-Regional versus Consórcio. Não; o quê que é Consórcio? Consórcio é uma... quem melhor descreveu o Consórcio foi o Eduardo *Lewkovitz* (?), que disse: “O Consórcio é uma forma politicamente correta de terceirização”, e ninguém é contra terceirização com Consorcio; se você falar que vai fazer, vai terceirizar pra organização social todo mundo é contra, e o quê que é o Consórcio? É uma entidade privada que decorre de uma associação de municípios.

Eugênio: Mas é uma forma jurídica...

Tânia: De ente pública, né?

Eugênio: (...) de ente privada, mas ela é um ente privado.

Então o Consórcio é uma dentre muitas outras formas de desestatização, de gestão inovadora não estatal; então eu só posso usar o Consórcio... a delegar a ele a prestação de serviços, mas eu não posso delegar ao Consórcio ele planejar fazer um plano micro regional, como tem Consórcio que faz em Minas Gerais. Isso é o Estado abrir mão completa da sua capacidade de regulação, isso é que o pessoal da esquerda deveria ser contra. É o Estado, e aí sim, o Estado abrir mão como ente privado da sua capacidade de uma competência indelegável que é a regulação.

Então eu posso ter uma associação perfeita entre o Sistema Micro-Regional, que é o ente regulador estatal através de uma Semi, que resolve entregar todos os serviços daquela Micro-Região ou parte do serviço daquela Micro-Região ao Consórcio. O Consórcio enquanto ente privado sair dessa malacção da lei de desestatização, e apesar de que os Tribunais de Conta têm contestado, na prática eles estão funcionando até hoje de uma forma desimpedida, não é isso?

É muito difícil, porque vem o cara de Betim e inventa um Consórcio não sei o quê, mas não pode, porque o Consórcio é um ente privado que só pode fazer... Eu mesmo inventei no meu livro um Consórcio Programático, é uma aberração jurídica, eu infligi a lei naquele momento, e com toda liberdade... de licença poética, eu fiz um Consórcio Programático, e essa porcaria está escrita num livro mas não tem jeito de eu apagar.

Porém, eu me dei conta de que isso é uma profunda estupidez, por quê? Porque a lei, o Consórcio é uma figura do Direito Administrativo e na lei, e o quê está na lei eu não posso fazer uma licença poética; eu posso fazer na psicanálise, na poética, na literatura, criar... pegar insignificante e dar a ele a significação que quiser, porém no mundo jurídico eu não posso fazer a licença poética de criar um Consórcio que não seja aquilo que está escrito na lei, que é uma associação de iguais... que tem seu ente privado.

Portanto eu já excluo o Consórcio da possibilidade dele ser um ente regulador, porque ele é um ente privado. Agora, necessariamente eu instituir um Sistema Micro-Regional eu tenho que ter Consórcio? Não, eu posso ter várias outras alternativas de organizar a prestação, por exemplo, como eu posso fazer uma organização social e contratar essa organização social, posso fazer...

A vantagem do Consórcio é que também já é uma cooperação... é melhor entre os entes, entre os entes estatais, ela se faz com a figura da Cooperação Gerenciada, né?

Lá em Minas os Consórcios fazem diagnóstico de saúde da Micro-Região, fazem... Por quê? Porque a Secretaria de Saúde não existe, então... (...), não é?

Tereza: É... então acho que a parte mais importante então na Micro-Região, quer dizer, é onde realmente vai funcionar essa regulação, né?

Como é que você garante a cooperação, quer dizer, porque a Semi seria, como você mesmo fala, o espaço, ou o locus de exercício da cooperação? Como é que você garante essa cooperação de todos Secretários municipais e Prefeitos... e...?

Eugênio: Primeiro garante-se de forma impositiva, quer dizer, para esses sistemas funcionarem não pode também ser a organização do Consórcio que vem de baixo voluntariar, quem quiser entra ou não entra, não. Fazer aqui, olha, a Secretaria pegou e dividiu o Estado do Ceará em vinte e uma Micro-Regiões e ali o cara entra, não tem jeito dele sair de uma Micro-Região e ir pra outra, e nada vem pra Bipartite estadual que não passou antes pela Bipartite micro-regional. Portanto a Bipartite é um órgão, a instância oficial do SUS. Quer dizer então, não há possibilidade do sujeito não entrar na Bipartite e não participar da Bipartite, porque a Bipartite é onde vão se dar as negociações, enfim. Agora, essa Bipartite, pra funcionar do jeito e num sistema micro-regional, ela tem que ir muito além da Bipartite tradicional que vemos aí. Que é apenas uma mesa de negociação que se reúne de uma vez por mês certo? Ela tem que ser isso e mais. Ela tem que ser um ente efetivamente gerenciador do sistema. Pra isso então, que é a consultoria que vocês assistiram, quer dizer, como é que nós vamos fazer a Bipartite funcionar, com quê estrutura, como é que a PPI se transforma num instrumento de gestão cotidiana, certo? Quer dizer, como é que vai ser esse lugar ainda que é um lugar virtual; porque a Bipartite não é um ente jurídico. A Bipartite micro-regional tem o poder derivado da Bipartite Estadual – como é que ela vai funcionar como gestor de sistema.

E isso é que nós vamos quebrar a cabeça agora, pra instituir esse sistema, porque eu insisto, as Bipartites que vemos aqui são apenas mesas de negociação, não são lugares de gestão de sistema.

Eugênio: Por exemplo, agora eu trabalhei no documento do Banco Mundial na Bahia, um dos desenhos que queremos fazer na Bahia, se for possível, é ter uma Bipartite numa Micro-Região, instituir um Consórcio e pagar por captação esse Consórcio, a totalidade dos serviços. O Consórcio vai prestar desde atenção primária até...como (...) e a Bipartite paga ele per capita tanto por (...), acho que por hora. Acho que pode ser isso e o Consórcio pode ser criado apenas pra fazer um centro de (...) ou pra fazer um enfim.

Tânia: Esse modelo é parecido com o PAS?

Eugênio: Não.

Tânia: O PAS pagava por cabeça e ele teria que, na proposta inicial fazer toda atenção.

Eugênio: É parecido, porque o PAS é um sistema de captação.

Eugênio: Mas esse é um desenho correto no mundo inteiro. O problema do PAS não é um problema do desenho, é que ele foi feito para roubar, né, que é... construíram aquelas unidades gestoras que era o fundo onde você punha o dinheiro pra roubar, entendeu? Não foi porque ele é um bom sistema, foi concebido...

Eugênio: A lógica é boa, a lógica subjacente do PAS é uma boa lógica, pagamento de captação.

Tânia: E a lógica era que ele teria que cuidar daquela população...

Eugênio: Mas isso está certo, o mundo inteiro caminha pra isso.

Tânia: Aí quanto mais ele fizesse atenção primária menos ele teria...

Eugênio: Mas o (...) nunca fez atenção primária, né?

Tânia: Ah, tudo bem, tudo bem. Mas aqui também ele faria desde a primária, nessa proposta?

Eugênio: É, tem vários desenhos, você pode deixar os municípios só com atenção primária e contratar atenção secundária. Um desenho ideal seria esse: faz uma Bipartite e a Bipartite entrega a prestação sob contrato a um ente privado que é o Consórcio.

E paga por cabeça.

Tânia: Pra fazer tudo?

Eugênio: Pra fazer tudo.

Tânia: Isso quer dizer delegação total da prestação de serviços?

Eugênio: Delegação total.

Tânia: Inclusive do... municipal?

Eugênio: Lógico, é.

Tânia: Dos municípios?

Eugênio: Isso é um desenho ideal mas há outros desenhos.

Os municípios continuam com atenção primária ,etc., e delega o contrato ou Consórcio atenção secundária, terciária ou o quê não tem. Enfim, há mil desenhos possíveis, né?

Essa é a discussão da possibilidade que nós estamos falando aí, de você desestatizar ou não a prestação.

Tereza: E qual é que é o desenho que está se configurando em Baturité, por exemplo, onde já... está mais ou menos configurado a...?

Eugênio: Não, aqui nós não fizemos o desenho de gestão.

Tereza: Ainda não?

Eugênio: Não. Agora, com essas consultorias espanholas é que está se configurando, que vai se fazer propostas do sistema de gestão; lá nós fizemos a Bipartite, fizemos os pactos iniciais, etc. Agora está vindo as consultorias pra amarrar como é que vai ser a atenção primária, secundária, terciária, e como é que vai ser essa gestão da Comissão Bipartite.

Tereza: E a questão de financiamento, Eugênio, já se pensou alguma coisa... mais...?

Eugênio: Não, o financiamento é financiamento que já existe mesmo, não vai se mudar nada, é pago por cada município, não é? Aqui no Ceará tem um sistema que mais ou menos diminui muito a iniquidade intermunicípio, você não tem a liberdade numa Micro-Região. Mudar o sistema de financiamento definido pelo Ministério da Saúde, não é possível. Talvez é possível que os espanhóis mudem o sistema de compra, de contrato, tem muita gente...

Tereza: E a Secretaria Estadual também vai bancar alguma coisa? Que alguns estados... eu não sei se em São Paulo... (...).

Eugênio: Acho que a Secretaria Estadual aqui banca algumas coisas, não, é?

Tereza: Hum...hum. Porque no Paraná eles estavam totalmente quebrados e não estavam bancando mais nada.

Eugênio: Secretaria estadual?

Tereza: É, pelos menos essa era a reclamação do (...).

Eugênio: Não aqui não, aqui a Secretaria estadual vai bancar algumas coisas, aliás já está bancando; pelo menos Baturité a Secretaria já está dando em dinheiro todo mês pra custeio dos

dois hospitais regionais. A Secretaria aqui tem um certo (...) de investimento e vai bancar algumas coisas.

A idéia é atenção especializada fica por conta da Secretaria, enfim, há co-participação financeira da Secretaria Estadual, não vai ser só regular não é?

Tânia: Financiamento e regulação?

Eugênio: É. Essa regulação na Micro-Região é uma co-regulação, é importante esse conceito, a Micro-Região não é uma regulação da Secretaria. Ela, ao entrar na Bipartite, é um (...) Estado, porque, ao fim e ao cabo, tudo acaba na Bipartite Estadual. Então o sistema brasileiro, a norma brasileira é interessante da Bipartite, porque institui essa cooperação gerenciada na prática.

Tânia: Uma co-regulação da Secretaria estadual e das Secretarias municipais?

Eugênio: É, como a gente tem no Brasil a Tripartite, não é, quer dizer, entre o Ministério, o Estado, o Estado Bipartite na Micro-Região também a Secretaria. Estadual por Municípios.

Tânia: Hum...hum. Mas o que você falou antes, de regulação, não sei se é exatamente (...) palavra mas você imagina o Estado regulador também em nível municipal?

Eugênio: Lógico, o Estado municipal não tem que prestar serviços não.

Tânia: Também não?

Eugênio: O Estado... quando eu falo Estado eu falo com E maiúsculo. Não é porque está no município que muda a função.

O município, a função reguladora é também a função (...), e tanto quanto possível e Estado municipal não deve prestar serviço, aliás, tanto quanto possível não deve prestar.

Tânia: É, isso é um outro problema também do plano diretor, que é mais fácil fazer esse tipo de proposta num nível federal, na União, porque já descentralizou bastante, não é? Agora nos municípios, por exemplo, que estão criando bancos, os municípios estão criando bancos de investimento, estão criando Banco do Povo...

Eugênio: Sim, isso não é função reguladora, isso é uma função prestadora. Não, o município também não deve prestar serviços, e de fato o que está acontecendo, digo, na prática é isso, os municípios não estão contratando, por exemplo, Saúde da Família. Se você se for ver aqui no Ceará, é tudo terceirizado, Saúde da Família. Ou contrata Cooperativa ou não sei o quê, há

inúmeras formas, muitas ilegais, mas assim, concurso público, funcionário da Saúde da Família isso não é uma tendência política, nem no Brasil.

Eugênio: O Qualis é uma terceirização do projeto, você entrega pro Santa Marcelina, ela opera desde hospital até a equipe de Saúde da Família.

Tânia: É.

Eugênio: O Mário Covas fez nove hos... organizações sociais.

Tânia: É, mas não estão sendo chamadas de organizações sociais, né?

Eugênio: São organizações sociais. E estão funcionando bem. Ora, isso foi possível por quê? Porque eram novos, ele não transformou os hospitais em organização social.

Tânia: Sim. Porque isso é meio traumático mesmo, você extingue a de direito público e recria como direito privado, isso é traumático. E os funcionários passam a ser celetistas e tal.

Eugênio: Eu não fui lá ver mas tem muita gente que conversa, que está funcionando bem. Não somos nós grandes hospitais, e eu acho que não são só hospitais, eu acho que tem parte... A Santa Marcelina, por exemplo, pegou o hospital e pegou também o Médico de Família.

Tânia: É, tem a Santa Casa tem, tem a... que é a... não sei se é a... UNIFESP ou se é a... Pinheiros. Tem lá o pessoal da...

Eugênio: Seu raciocínio é a Micro-Região versus os Consórcios.

Tereza: É.

Eugênio: E não existe isso.

Tereza: Não exatamente versus, mas assim, como... meio que sinônimo, não é?

Eugênio: Mas não é, é só...

O objetivo de uma eu chamo de objetivo do Sistema da Micro-Região, do Sistema Micro-Regional, Gestão de Sistema; e o Consórcio só pode ser feito por uma Semi, não tem outra forma. O cara do Banco Mundial ficou me escarafunchando, mas é uma função estatal, indelegável.

Já o Consórcio é um gestor de serviços. O Consórcio é uma das formas de organizar a gestão de serviços, e eu posso ter N formas.

Tereza: É, eu só queria saber, quais são os complicadores de uma implantação de um sistema micro-regional quais são os desafios, as maiores dificuldades.

Eugênio: Olha, um complicador muito básico é que nós temos um sistema desenhado no paradigma que eu chamo de municipalização autárquica, porque a nossa municipalização foi feita numa linha de autarquização municipal. Cada sistema, cada município é um sistema fechado, então o bom Secretário é aquele que faz seu hospital, oferece conjunto de serviços, não é?

Então não em princípio isso não é ruim, isso é problemático num país que tem cinco mil e seiscentos municípios e que tem municípios de doze milhões ou quinze milhões, e tem municípios de mil habitantes. E a organização do sistema de saúde não é uma ciência, mas tem certas leis, leis que são dela mesma e importados. Por exemplo, a economia de escala é uma lei importada da Economia e funciona num sistema de saúde. Eu tenho que ter uma escala mínima pra fechar um sistema, supõe-se estar aí em torno de cento e cinquenta mil, daí pra cima, fora disso eu nem acredito em Economia. Por quê? Porque muito pouca população vem organizar um serviço hospitalar econômico. Ou seja, há serviços de saúde que eu tenho que obedecer um princípio de economia de escala, e quando eu faço a fragmentação do município perco a escala. E escala em saúde está ligada à qualidade porque pra ter um bom laboratório preciso ter uma escala pra introduzir um equipamento automatizado pra poder funcionar.

Então a idéia da Micro-Região surge como uma forma brasileira de... já que nós, porque... os sistemas de municipalização autárquica só o Brasil e a Finlândia tem no mundo, todo sistema é organizado por regiões autárquicas, que é o outro modelo. A Espanha, o Canadá, são (...) sanitários, você não tem a figura protagônica do município. Então quando eu criei esse sistema micro regional, criei no sentido: “Olha, como é que a gente reduz as debilidades da municipalização e aumenta as vantagens da municipalização?”, que foram muitas também, né?

Então aí que surgiu a idéia: vamos agrupar um conjunto de municípios recompondo uma escala e redistribuir, fazer uma readequação da oferta dentro desse espaço micro-regional; essa é a idéia básica, porque você recompõe uma escala, e começa a organizar o sistema, que vai ter uma distribuição mais adequada dos equipamentos, sem fragmentação, combinando, ou eliminando basicamente... Quê que é o objetivo do Sistema Micro-Regional? Eliminar a suboferta interiorizando certos equipamentos que estão muitos centralizados, eliminar a sobreoferta eliminando certos equipamentos que estão muitos fragmentados, que foi a discussão de hoje cedo: vai ter Raio X em todos os municípios, vai ter ultrason em todos os municípios, vai ter...

Tânia: ... uma coisa é você dizer: “Olha, tem mais sentido ter um aparelho de grande potência pra dez municípios que ter dez (...)”, tudo bem, racionalmente isso... É como os kibutzs, onde o pessoal fazia comida tudo junto inicialmente, né? Por que é mais racional, por quê todo mundo vai fazer a sua comidinha nas casas? Se alguém pode fazer por todos, é muito mais racional. Agora hoje fazem, acabou o refeitório comunitário e tal, cada um faz na sua casa. Certamente do ponto de vista de custo-benefício, do ponto de vista da racionalidade, racional, seria melhor fazer tudo junto, não tem sentido. Então, isso que eu vejo bastante, que tem uma lógica técnica muito forte, toda uma argumentação...

Eugênio: Mas não é uma lógica, ela tem uma base técnica, o desenho final será dado na Bipartite, numa negociação.

Tânia: É político?

Eugênio: É político.

Então, o Maciço do Baturité não justifica tecnicamente ter os dois hospitais permanecendo lá. Mas esse é o limite da negociação política. É irracional, é anti-econômico, mas foi o limite... No fundo o limite é dado pela negociação política.

O que nós constatamos é que os Prefeitos não são tão irracionais quanto imaginamos, certo?

Tânia: E a questão da autonomia municipal, por exemplo, eles não berram, o pessoal, os Prefeitos especialmente ou...?

Eugênio: Não berram porque se o Prefeito não quiser isso não é feito, porque tudo é negociado no conjunto dos municípios. A Bipartite é uma grande lugar de negociação, porque se eles não conversarem aquilo não vai ser feito. Agora, o sistema chama-se Cooperação Gerenciada. Por quê? Porque ele está baseado numa solidariedade, de que pode haver uma solidariedade dos municípios, guiada por uma racionalidade política mas informada por uma racionalidade técnica, e que eles não são tão irracionais economicamente assim.

Tânia: Certo, que eles não pensam apenas na questão política, por exemplo?

Eugênio: É.

Não, todo mundo. Quando nós começamos a conversar isso aqui no Ceará, depois o próprio Secretário... mas ele foi numa reunião que ele viu os Prefeitos falando: “Eu não quero aquele hospital lá, porque aquilo é muito caro, eu não vi nunca mais do que pacientes internados”, certo?

“Eu quero que tenha uma boa atenção pro meu município, agora não precisa estar no meu município”.

Tânia: Então aparentemente a lógica dessa proposta de Sistemas Micro-Regionais tende mais à cooperação realmente, que é o conflito.

Eugênio: Lógico, ela está baseada numa figura que é a Cooperação Gerenciada, é uma cooperação porém uma cooperação gerenciada. Como? Pela Bipartite transformada no instrumento de gestão cotidiana, que se antepõe a uma outra lógica de organização de serviço muito comum, que é a chamada Competição Gerenciada, que foi um pouco o que o PAS pretendia, mas eles não foram capazes de desenhar um sistema de Competição Gerenciada.

Eugênio: Que é quando você introduz a lógica de mercado.

Tânia: De mercado. A idéia das organizações sociais é um pouco essa.

Eugênio: Pode introduzir na lógica de mercado.

Tânia: Porque vai ser por projeto, com resultados, e hoje uma organização estatal que vira organização social pode, com o tempo, se não for meio que auto-sustentável ou ter bons resultados e tal, ser extinta, ela vai morrendo.

Eugênio: É, por isso que chamaram quase mercado, mas não é mercado. É uma lógica de quase mercado. Porque não é uma lógica de competição. Lógica de competição é quando eu ponho a competir os hospitais entre si ...

Tânia: Por um mesmo recurso...

Eugênio: E disputando os mesmos recursos. Ou os médicos competindo entre sim.

Tereza: É... agora me ocorreu uma coisa, e o outro lado, e aquele município pequenininho que não tem nenhum recurso, que não tem como negociar nada, ele não tem nada pra...?

Eugênio: Não, ele é membro da Bipartite. Com o mesmo voto, com o município grande. E ele não precisa ter nada, ele precisa ter o cidadão dele ser atendido; agora, não precisa ser atendido...

Tânia: No SUS.

Eugênio: Agora, a gente quer que o município, cada município tenha pelo menos uma atenção primária resolutive.
Não quer centralizar isso pra ter ganho de escala entre ação (...).

Tânia: Certo. E a questão da implantação em outras regiões do Ceará? Porque nesse piloto aparentemente no Baturité tem toda uma série de condições favoráveis, obviamente foi escolhido pra piloto...

Eugênio: Bom, tem uma estratégia de implantação... o piloto foi porque queríamos um lugar mais próximo, que fosse mais fácil de nós controlarmos... que estavamos aprendendo. Primeiro, não foi implantado ainda, né?

Tânia: Mas não são municípios típicos também, né?

Eugênio: É, aqui é um típico.

Nós no Ceará temos um tipo de Micro-Região que é a região de Fortaleza, Fortaleza, Sobral e ali no Cariri, são grandes centros médicos polarizando claramente uma região, que são ao mesmo tempo Micro e Macro. Segundo, tem um outro tipo, que é um tipo de um polo secundário, tipo Iguatú, Crateus, que você tem um hospital bem claramente aqui e tem uma polaridade única bem típica. Depois você tem o tipo de Baturité, que a polaridade é entre dois municípios, não é bem nítida, e tem ainda um quarto subtipo que não há polaridade entre o conjunto de municípios. Baturité é um tipo aqui.

Tânia: É um tipo?

Eugênio: É um tipo.

Tânia: Mas assim, geograficamente... Culturalmente?

Eugênio: Não, isso foi por causa da proximidade. Agora, nesse momento nós estamos fazendo cinco Micro-Regiões no mesmo tempo, e o ano que vem quinze.

Tânia: E você acha que essas quinze, por exemplo, têm iguais condições, ou que elas vão apresentar maiores dificuldades ou maiores facilidades? Porque, por exemplo, Baturité é região de serra, são cidades mais atípicas...

Eugênio: Não, há dificuldades e dificuldades. Eu acho que as dificuldades não são essas, de ser serra. Lógico, estar próximo à Fortaleza tem várias vantagens e muitas desvantagens; o pessoal não mora lá, enfim, não há um filtro muito grande pra Fortaleza, porque o cara está uma hora e meia de Fortaleza então ele tende a vim pra Fortaleza.

Tem vantagens também porque tem mais facilidade de recursos humanos. Se eu for lá pro sertão do Ceará, semi-árido é mais difícil fixar médico pra atenção primária.

Estamos de fato desencadeando esse processo de pôr as pessoas junto, não pôr, dando início a um processo.

Isso é um processo pra muitos anos.

Tânia: E em outros Estados? Você acha que...

Eugênio: Não, não há nenhum outro Estado que esteja trabalhando nessa linha.

Tânia: Não, mas como possibilidade... futura?

Eugênio: Eu não sei, a idéia como está aqui, madura, assim, Micro-Região, não sei se ela está sendo discutida nos outros Estados. Por exemplo, Paraná e Mato Grosso estão numa linha muito próxima, de fazer consórcio, gerenciar Consórcio, que não atinge o Estado inteiro. Paraná não pega nem metade dos municípios paranaenses, os Consórcios, né?

Tânia: Quanto por cento?

Tereza: Eles falaram em setenta por cento.

Eugênio: No Mato Grosso, por exemplo, eu vi ata de reunião de Consórcio: “Decide por lá, que a Secretaria não tem nada a ver com isso”; eles não participam do cotidiano não. Ta certo, o Estado não está dividido previamente nas Micro-Regiões, os Consórcios se organizam do jeito que quiserem. No Paraná creio que é por aí também, quem quiser fazer faz, quem não quiser não faz. Aqui não, você desenhou a Micro-Região, todo mundo faz parte da Micro-Região.

Tânia: E se um município não quiser fazer parte daquela região onde ele foi colocado, ele quiser...?

Eugênio: Isso se discutiu no momento que se pactuou as Micro-Regiões, agora não tem mais...

Tânia: Isso não tem mais volta.

Eugênio: Não, não tem.

Tânia: Parece que um município da região de Baturité, acho que é Redenção, não está na região de Baturité mas considera-se pertencente culturalmente...

Eugênio: Sim, mas isso é negociável.

Porém isso foi muito negociado, então esse até de definir previamente o território eu acho que é um negócio...

Tânia: Pra sinalizar o todo, né? O quê que se pretende.

Eugênio: É, que eu tenho que ter... eu não posso criar um sistema de baixo pra cima, porque ele não fecha, não é?

Eugênio: O movimento de centralização ele tem que ser organizado de cima pra baixo, aí depois eu...

Tânia: Vai ajustando...

Eugênio: Em Minas Gerais tem municípios que participam ao mesmo tempo de quatro Consórcios.

Tânia: Todos de saúde?

Eugênio: Todos de saúde, porque um tem oftalmologista, outro tem não sei o quê...

Tânia: E as diferenças entre as Micro-Regiões, Eugênio? Por exemplo, Baturité tem cento e vinte mil habitantes, a Micro de Fortaleza tem um milhão e quatrocentos, e..., se tem o mesmo (...).

Eugênio: É, Fortaleza é um...

Tânia: Um caso à parte?

Eugênio: É um caso à parte. Sistemas Micro-Regionais, como qualquer coisa em região metropolitana, tem que ser um trabalho artesanal, de configuração dessa Micro-Região. Agora, as outras, de um modo geral têm um sentido de pertencimento cultural, etc., isso foi tudo definido previamente na micro-regionalização.

Quando você entra com a questão da... Aqui nós temos dois problemas, que é Fortaleza e Sobral, são pólos muito... Sobral, apesar de ser cidade um pouco menor, mas é muito concentrador. Então são Micro-Regiões mais problemáticas de serem feitas, apesar que são as que têm mais recurso, não é, mas vão ser as mais problemáticas de ser definidas.

Tânia: É... o mesmo gerente de Micro-Região, não é? Por exemplo, a Fátima, de manhã conversei com ela ... o mesmo cargo, enfim, a mesma estrutura em tese, ou não?

Eugênio: É.

Tânia: Então, a Fátima tem cem mil, outro gerente da região de Fortaleza tem um milhão.

Eugênio: É, mas Fortaleza tem muito mais gente trabalhando na Regional.

Tânia: Tem mais infra, equipamentos e tal, é.

Eugênio: Mas a estrutura da Secretaria prevê cinco cargos, mas esses cargos em comissão. Isso não significa que só tenham cinco, né?

Tânia: Inicialmente cinco?

Eugênio: É, mínimo cinco. Mas isso aí não é a Bipartite, é a representação micro-regional da Secretaria de Saúde. Estadual.

Eugênio: Que tem inclusive na Bahia, por exemplo, que parece que eles vão adotar esse modelo. Lá eles não querem fazer uma Micro-Região porque o Estado é muito grande, então há sessenta Micro-Regiões, e eles não querem aumentar o número de Diretorias Regionais. Então uma diretoria Regional vai estar participando de várias ao mesmo tempo, duas, três.

Tânia: E ainda nessa linha do recorte, da regionalização,... conversei um pouquinho com o Secretário e depois com o Sub-Secretário também, então a Secretaria Estadual da Saúde tem vinte e uma Micro-Regiões, né?

Eugênio: Não é a Secretaria, é o Estado. A Secretaria tem vinte e uma Diretorias.

Tânia: ...são Micro-Regiões.

Eugênio: Chama-se Gerências Micro-Regionais.

Tânia: Elas se estruturam espacialmente em vinte e uma... Sub-Unidades, né?

Eugênio: Isso.

Tânia: Existe alguma coisa pro futuro, pensada, ou como você vê isso, de tentar unificar um pouco esse recorte territorial, pra que todas essas Secretarias e mais uma ou outra que podem ser consideradas estratégicas pra produção social da saúde, como você diz? De fazer um recorte territorial, ...

Eugênio: Eu acho que isso não vai acontecer, é muito difícil, porque as lógicas de recortar são desse tipo. Então se for falar: “Bom, mas e o problema da intersectorialidade?”. Cada vez menos creio nessa possibilidade de fato, entendeu?

Tânia: De intersectorialidade?

Eugênio: É, em espaços tão grandes. Eu acho que em espaços menores é possível fazer um trabalho intersectorial mais consequente. É... eu não sei se o ganho dessa possibilidade compensa a perda que é... perder a lógica...Sectorial.

Tânia: Daquele serviço?

Eugênio: É. Eu não acho que o fato de não coincidir geograficamente que impede o trabalho comum, não é isso; nós não temos cultura de trabalho comum, intersectorial, então...

Tânia: Mas... o ponto de vista do Governo?

Eugênio: Não, o Governo não tem essa proposta aqui de...

Tânia: Não, eu sei, mas ele poderia ter.

Eugênio: O Governo tem essa proposta aqui de fazer algo na linha mais eficientizadora, que é de ter por exemplo, na Micro-Região do Baturité, como quase todas as Diretorias Regionais coincidem. Tá certo, a sede, vai ter um único prédio pra Saúde, Educação, Trabalho e Assistência Social, com uma administração única, com veículos comuns, com toda parte de apoio comum.

Mas isso não significa que vai trabalhar junto, mesmo estando no mesmo prédio.

Tânia: Mas por exemplo, pra comparar resultados assim, a Saúde fala: “Eu tive uma redução na mortalidade infantil, na Micro-Região X”, aí a Saúde quer perguntar pra Educação... enfim: “Vocês fizeram algum tipo de ação educativa ou algum programa de educação das mães, alguma coisa assim, pra motivar isso?”. Só que aí a Micro-Região da Educação não fecha.

Eugênio: Mas porquê eu preciso fechar?

Tânia: Ah, não sei, pra você comparar resultados, impactos.

Eugênio: Ah, eu também não sei. Eu quero dizer que a Secretaria de Saúde vai fazer um compromisso público de reduzir a mortalidade, e isso aí depois vai se cobrar dela, naquela Micro-Região.

Tânia: Certo. Mas se o problema for saneamento, naquela Micro...

Eugênio: Ah, é outro problema; se tem Micro-Região (...), nem sei se tem.

Tânia: Não, pois é.

Eugênio: Sim, mas vai ser cobrado da Secretaria de Saúde. Nós estamos organizando aqui, chama-se Sistema Micro-Regional de Serviços de Saúde. Não é de Saúde. Por quê? Porque o objeto nosso aqui é serviço de saúde.

Tereza: Mas por exemplo, lá em Baturité, quando a gente estava na Secretaria de Saúde, eu estava olhando os quadros de mortalidade, tinha as causas de mortalidade de menores de cinco anos, e eu vi que nos meses de janeiro, fevereiro a mortalidade por diarreia era grande, com comparação.

Eugênio: Tem uma variação sazonal.

Tereza: Isso. E aí o Vasconcelos veio e justificou porquê... aquelas causas ali naquelas mortalidades ali, e ele diz que ali falta água e que justamente no período de verão é que tem pouca chuva, este ano deu pouca chuva e...

Eugênio: Esse ano choveu bem. Mas no verão não.

Tereza: Eu acho que é nesse sentido que a Tânia está falando, quer dizer, como é que faz? Quer dizer, eles sabem que é um problema de...

Eugênio: Sim, mas quem tem que cuidar do saneamento é outra agência, não é a Secretaria de Saúde pra cuidar de saneamento.

Tereza: Então, mas não tem que ter uma...

Eugênio: Sim, mas não se faz saneamento porque não tem trabalho comunal, não se faz saneamento porque não tem dinheiro pra fazer saneamento. Saneamento no Brasil é subfinanciado, se há área subfinanciada é essa, entendeu? Esse não é um problema do Ceará, esse é um problema lá em Belo Horizonte. Belo Horizonte só tem dez por cento de esgoto tratado, não sei quanto é em São Paulo. Agora, por quê não tem? Porque isso custa uma fortuna e Belo Horizonte não tem dinheiro pra... Não é que o Prefeito lá não está careca de saber... Ou porque é um Prefeito que não valoriza saneamento; é médico, ele está careca de saber, ele adoraria fazer saneamento, mas saneamento é muito caro. Não é porque ele não está junto, porque não tem intersetorialidade, é porque não tem financiamento, senão estava feito. E isso se faz, são empresas privadas, é outra lógica. Não tem dinheiro no Brasil pra saneamento, não tem dinheiro.

Até piorou a Secretaria de Saúde, os serviços de saúde de Fortaleza pioraram tremendamente, porque ficou sem uma pessoa responsável. Quem que responde por aquilo? É uma Prefeita e não tem. A Secretaria perdeu muito a sua capacidade regulatória, de planejamento, foi um desastre aquilo. Agora, é apresentado nos seminários, uma pessoa daqui foi um seminário do BID lá em Washington e... Fortaleza é vista como uma experiência exitosa. Por quê? Porque tem uma lógica racional de intersectorialidade, mas na prática é um desastre completo.

Tânia: Na prática eles criaram Coordenações e colocaram as Secretarias lá dentro, na verdade, intersectorialidade...

Eugênio: Criaram três Secretarias e além disso Prefeitos, Sub-Prefeitos. E o orçamento é do Sub-Prefeito, Secretários não têm orçamento.

Tânia: A lógica é mais ou menos a mesma lógica da proposta de reforma da Luiza Erundina em São Paulo,; o Luciano diz que não, mas é. É por isso também que eu estava perguntando um pouco, que era o seguinte, a proposta ao município de São Paulo era criar treze Sub-Prefeituras, e com orçamento nas Sub-Prefeituras, com autonomia pra decidir tudo que fosse referente ao sistema, eles chamavam de local, né? Então tudo que dissesse respeito só à essa Micro-Região seria decidido pelo Sub-Prefeito, e uma coisa que eu achava interessante, por isso que eu estava perguntando de bater essas regionalizações, é que todas as Secretarias da prefeitura passariam a considerar essas treze Sub-Prefeituras, esses treze espaços territoriais... intramunicipais. Então, acabaria com esse negócio de ter um corte da Saúde, daí um corte da Educação, e todos falariam... todas as Secretarias.

Eugênio: É, inclusive é mais fácil fazer isso numa cidade.

Tânia: Você acha que no Estado isso não tem muita importância?

Eugênio: Não. Eu acho que as lógicas de recorte são lógicas distintas no Estado.

Tânia: Você acha que é até bom que seja diferente?

Eugênio: É. Não sei se é bom, bom que não fosse diferente, mas na prática é diferente.

Tânia: Mas pra eficiência pode ser bom, por exemplo, vocês trabalharam na Saúde com a lógica da assistência, do fluxo, das pessoas, do equipamento...

Eugênio: Lógico. E quando eu amplio faço uma outra lógica comum a todas, eu quebro os fluxos naturais de serviços de saúde, então... isso também (...) o sistema inteiro.

Tânia: Pois é, a lógica...

Eugênio: Eu não preciso ter uma Micro-Região de Saúde coincidindo com a de Educação, nada...

Tânia: A lógica deles, inclusive do Luciano, dessa proposta da Erundina e do Luciano também, é que a pessoa não vai pra um lugar pra resolver o problema de saúde, pra outro pra resolver o problema de educação e tal, que ela tem problema da vida dela que vai querer um num lugar, no caso a Sub-Prefeitura.

Eugênio: Não é verdade.

Tânia: E resolver tudo.

Eugênio: Isso é um completo desconhecimento das leis de organização, porque em serviço de saúde tem uma lei que diz: “Olha, há uma correlação entre o acesso, o uso de serviços ambulatoriais e a distância desse serviço à casa da pessoa”. Há uma lei de barreiras naturais e tem, não tem, está certo, não é assim...; a pessoa que mora mais distante do serviço de saúde vai usar menos serviço de saúde do que uma pessoa que mora mais perto do serviço.

Tânia: Mas escola também.

Eugênio: Sim, escola mais ainda... Não é assim, a pessoa não vai onde está, a pessoa vai onde está se ela estiver morrendo, mas se ela não estiver morrendo, pra fazer um bom controle de rotina ela não vai.

Tânia: Não, ele não fala que ela vai onde está, ele fala que os problemas das pessoas, da população, do cidadão, não são problemas fragmentados por Secretarias. Ele tem vários problemas: tirar o documento, ir no médico.

Eugênio: É bobagem, imaginar isso, é uma bobagem. É fragmentado sim, porque quando eu preciso, tenho um problema médico eu vou no médico, eu não vou numa professora. Isso é uma bobagem.

Tânia: Mas não é, Eugênio.

Eugênio: (...) divisão técnica do trabalho, não é?

Tânia: Não é tão terrível assim, porque por exemplo, as empresas, o que as empresas começarão a perceber? Que os Departamentos estavam trabalhando pra si; então Vendas puxava a brasa pra

umentar a verba de vendas; os caras da Produção aqui queriam mais maquinário, não sei o quê; os caras de Marketing queriam não sei o quê lá; o RH queria dar mais condições pros funcionários e tal. Isso é uma lógica setorial, então que lero começou a rolar nas empresas por causa disso? O tal lero do foco no cliente.

Eugênio: É.

Tânia: “Ah, a gente tem que pensar no produto final, a gente tem que saber quem é o nosso cliente, a gente tem que agregar valor ao cliente”. Então você pega e junta isso tudo, por exemplo, numa organização por unidades estratégicas de negócio; lá os caras cuidam de um produto e essa que seria equivalente a uma coordenação, nessa proposta do Luciano, cuida desse produto, de todas as fases desse produto, então teria uma estrutura por produtos ou serviços, por exemplo, né? Então é mais ou menos esta lógica que estava sendo usada aqui, pra dizer: “Ó, não importa se você tem um grupo de médicos trabalhando na Secretaria da Saúde, um grupo de professores na Educação, tal, o quê importa lá pro usuário é que ele quer ter a educação boa, a saúde boa e tal, ele não está interessado em quê Secretaria presta o serviço ou não”.

Eugênio: Tudo bem, então o problema de uma Secretaria de Saúde é prestar um bom serviço de saúde ao cidadão, não é estar junto à Secretaria da Educação.

Tânia: Sim, mas ela pode.

Eugênio: O quê há de revolucionário é foco no cliente, entendeu, e não foco em si mesmo, não é?

Tânia: Sim.

Tânia: Mas Eugênio, sei que o momento que vocês estão vivendo agora aqui no Ceará é um momento em que vocês estão privilegiando a organização dos serviços de saúde, quer dizer, principalmente...

Eugênio: E não sabemos se vamos dar conta, porque você vê a quantidade de problema que tem, certo?

Tânia: Principalmente o secundário e o terciário?

Eugênio: Não, principalmente o primário.

Tânia: Principalmente o primário?

Eugênio: Essa é outra diferença da proposta de micro-regional, porque a proposta de Sistema de Micro-Regional no ponto de vista assistencial está centrada na organização da atenção primária, e através da atenção primária você organiza os outros níveis do Sistema. Onde você implantou o Consórcio, você tirou dinheiro da atenção primária para botar os municípios... vão ter que pôr mais dinheiro, houve uma nítida retirada de recurso da atenção primária pra atenção secundária e terciária.

Tânia: Mas... atenção primária no caso do PSF...

Eugênio: PSF.

Tânia: Pode ser considerado um serviço de saúde, certo?

Eugênio: É um serviço de saúde.

Tânia: Mas e se a gente pensar com aquela idéia de um conceito mais amplo, produção social da saúde e tal, que dizer, o ideal seria que esses serviços de saúde fossem cada vez menos necessários, certo?

Eugênio: Eles vão ser sempre necessário, porque não há essa possibilidade de você não ter a doença entendeu? Não é?

Tânia: Mas intervenções no sentido... sei lá, pegando lá o (...), a educação...

Eugênio: Não, não tem. Se você melhora a educação tem impacto de saúde, se você melhora o saneamento, (...). Se você tivesse dinheiro para sanear o Estado daqui, acabava com a mortalidade de menor de 5 anos praticamente, ou reduzia significativamente, né?

Tereza: Mas você deixaria de ter... vários (...).

Eugênio: Mas vai ter sempre... porque outros países do mundo... já nos Estados Unidos saneamento não é problema. Educação não é problema, tá resolvido, e no entanto...

Tânia: Tem mortalidade infantil.

Eugênio: E tem mesmo lá, diferenças nas doenças entre pessoas de maior escolaridade e menor escolaridade, entre brancos e negros, não é?

Tânia: Mas então por quê que você justifica e enfatiza que é sistema de serviços de saúde e não de saúde?

Eugênio: Porque esse é o objeto da Secretária de Saúde.

Tânia: Agora? Organização de serviços...

Eugênio: Saúde envolve distribuição de renda, envolve... emprego, envolve educação, e isso não está na órbita de um Secretário de Saúde, nem estadual e nem municipal.

Tânia: Ah, certo, o Sistema Micro-Regional de Saúde teria que mover outras Secretarias?

Eugênio: Ah, obviamente, porque saúde é qualidade vida e qualidade de vida não tem a ver só com serviço de saúde, tem a ver com uma porção de outras coisas: saneamento, emprego, renda, micro crédito, ... (...).

Eugênio: E isso se faz quando se provoca na área de saúde, quando se faz uma proposta do tipo Cidade Saudável, ou desenvolvimento local sustentável, etc. Mas não é,... Eu até hoje estou muito com medo, estou muito desanimado com a proposta de Município Saudável, entendeu, estou achando que isso não vai caminhar, né? É porque a Saúde não tem o poder de convocatória pra desencadear uma ação de desenvolvimento sustentável integral, então eu estou preferindo (...) na linha do desenvolvimento local sustentável, que isso é uma condução dos Prefeitos, dos Governadores, sabe, não do grupo da Saúde.

Tânia: Mas o pessoal tem começado a trabalhar com essa lógica, que pra funcionar tem que ser um projeto de governo,...

Eugênio: Pois é, mas... é um projeto de governo mas não é, porque entra pela Secretária. Você chama de saudável e não há a mínima possibilidade de você comunicar a população que saúde não é hospital e serviço, que saúde é emprego, renda.

Tânia: Não, e que saudável não é só a Secretaria de Saúde.

Eugênio: É um problema de comunicação terrível, a gente precisa falar: “Vou fazer uma agenda 21, vou fazer (...)”, tá certo?

Tânia: É bem mais aceitável, né?

Eugênio: Lógico, e não tem a paternidade da saúde então fica mais legítimo e tem muito mais acumulação de experiência, muito mais acumulação de teoria não é?

Tânia: É, tem mais a ver, não é, tem mais a ver (...).

Eugênio: Por quê você vai inventar uma coisa nova, Município Saudável, se já tem, por exemplo, Desenvolvimento Local Sustentável com uma bibliografia enorme, com uma experiência enorme, com um financiamento brutal hoje no Brasil né? Só o Comunidade Ativa são mais de mil municípios, aí você fica fazendo um movimento de Município Saudável, quase corporativo.

Tânia: Quase corporativo.

Eugênio: Agora, São Paulo não tem nenhum movimento nesse (...), a Secretaria de São Paulo não tem nenhum movimento no sentido de organizar de uma forma diferente? O Estado... tem feito alguma reforma, alguma coisa ou...?

Tânia: Que a gente saiba, não.

Tereza: Que seja do nosso conhecimento... (final da gravação)

14- Fátima Ferreira de Oliveira - Gerente da Micro-Região de Baturité, Ceará

Tânia: ...isso. Está funcionando isso? Está. O.K., então... nós conversamos agora com... Maria Fátima Ferreira de Oliveira, que é Gerente da Micro-Região de Baturité. Então é o seguinte, Fátima, nós... é... enfim, nós já fizemos várias entrevistas da outra vez, né, inclusive visitamos lá a Regional de Baturité e conversamos... informalmente com o Vasconcelos, porque não o entrevistamos, talvez até seria interessante, no amanhã talvez dê, e conversamos com a Doutora Vilalva, de Aratuba, né?

Fátima: Aratuba.

Tânia: E... Secretária Municipal de Saúde de Aratuba e com... o Secretário de Baturité, né?

Fátima: Robério.

Tânia: Robério:

Fátima: Robério.

Tânia: Isso, exatamente. Então nós já... a gente usou mais ou menos esse roteiro, nós já fizemos... ham... né, de certa forma a gente já tem bastante informação sobre isso, sobre... esse processo, né? Então assim... ham... se você achar que... enfim, você pode simplificar as respostas

e tal, se você achar que não... enfim, não é tão pertinente, né? Quer dizer, então a gente perguntou basicamente como foi o processo, não é, como... ham... o... o... o quê que levou o município a aderir ou não, como foi o critério de regionalização, a PPI e tal, essas perguntas que nós fizemos... - controle social – fizemos a eles, né? Então, é... de certa forma assim, a dúvida que ainda fica, não é, quer dizer, não estou seguindo o roteiro, estou aqui já tentando dar uma avançada, né, a... enfim, uma das coisas que não... não está muito assim colocada pra gente é em relação às dificuldades desse processo, eu não sei se você poderia falar assim... Por exemplo... ham... em relação à autonomia municipal, por exemplo, o quê que leva um Secretário Municipal de Saúde e um Prefeito, né, o Governo municipal como um todo, a aderir a essa proposta, né? Por exemplo, ele poderia dizer: “Não, mas a... mas... o município é autônomo e tal, eu... eu não quero participar desse processo”, que no fundo é... essa é a nossa primeira pergunta, né, é... o quê que leva o município a aderir, e as dificuldades em fazer essa adesão. E aqui tinha mais uma outra questão, que de certa forma está um pouco colocada lá naquela... nessa reunião que a gente estava, de... como se faz a distinção entre os papéis de cada um, né, e... e... e essa distinção mesmo entre o município, por exemplo, como é que um Secretário Municipal de Saúde se sente, enquanto Secretário Municipal de Saúde, cuidando da saúde do seu município, e como membro desse Sistema Micro-Regional. Quer dizer, não dá confusão, não tem conflito, não... não tem resistências, né? Então, é... (gravador desligado).

Fátima: (reiniciando a gravação)... o processo que está sendo implantado... o sistema de Micro-Regionalização, né, eu acho que ele vai... fortalecer mais os município, é... mais é... é... o conjunto de municípios, porque na verdade, como você sabe, que hoje a municipalização ela... fragmentou muito os municípios, né, nessa questão que... quando o município pensou de ser autônomo, né, ele... ele... ter a sua própria autonomia, é... quando ele pensou que poderia organizar o seu Sistema de Saúde, uma coisa que dificultou muito foi a questão... e vem dificultando, é a questão financiamento, né? Você quer organizar, quer ter o seu... é... atenção primária com seus profissionais, as suas Unidades Básicas de Saúde, ter o seu hospital, você tem que ter o seu equipamento se você quer... quer todo um sistema organizado, e uma coisa... uma... uma dificuldade é hoje, pro Secretário Municipal de Saúde naquela região, e uma coisa que sempre dificultou e vem dificultando é a questão de... realmente financiamento, porque eu acho que vontade de querer fazer, de ter resolutividade eu acho que todos os Gestores têm, nós temos, a Secretaria como o Estado, né, a gente tem essa vontade, mas existe um nós muito... essa questão do financiamento, que é uma... não é uma coisa muito... é...

Tânia: Quer dizer, de viabilizar a prestação dos serviços, a atenção.

Fátima: De (...), é.

Tânia: Quer dizer que de certa forma...

Fátima: Eu acho os recursos assim muito pouco, né, eu acho que... é uma dificuldade, hoje a gente até... os nossos Gestores Municipais de Saúde eles sempre... é... vêm assim discutindo em que... como é que pode oferecer uma... uma assistência de qualidade se nós não temos o financiamento.

Tânia: Hum...hum. E a questão de perda de poder ou de, vamos dizer assim, uma certa sensação... é... de, vamos dizer assim, intromissão da Secretaria Estadual naquilo que deveria ser uma política municipal.

Fátima: É.

Tânia: É...

Fátima: Eu acho que na... na Micro-Região de Baturité eu acho que isso foi um acordo entre... porque já foi uma coisa que não foi de cima pra baixo, lá já foi uma... Porque os próprios Prefeitos eles já vinham questionado essa questão de Consórcio... Intermunicipal...

Tânia: Eles estavam propondo?

Fátima: Eles já estavam propondo essa...

Tânia: Hum, estavam querendo.

Fátima: Essa organização de Consórcio, pra... ver se... se dava pra... é... é... resolver os problemas deles, que existiam principalmente na área da assistência especializada. E aí... eu acho que como a... a... veio juntar, né, com a Secretaria Estadual de Saúde, né, e aí... a coisa se deu assim de forma...é... é... é...

Tânia: Vocês tinham um campo fértil.

Fátima: Um campo mais fértil.

Tânia: É? E... e...

Fátima: Pra poder implantar esse processo, porque já existia essa vontade até política, né, porque... é... os próprios município, porque lá é um conjunto de municípios muito próximos, e já existia uma vocação que todos os municípios já encaminhavam pra um hospital que era o de Baturité, está certo?

Tânia: Certo.

Fátima: Na Programação Pactuada, isso... é... quando era realçado, os municípios já encaminhavam, porque eles não tinham resolutividade no seu município, lo... no seu hospital local e eles já encaminhavam a... a... os seus pacientes, né, na hora de Obstetrícia, Pediatria, né, já para o município de Baturité, já tinha essa vocação.

Tânia: Essa prática, né, de (...).

Fátima: Essa prática.

Tânia: Hum...hum. (pausa curta). Certo. E... e aí assim, aparentemente não existe assim, então... conflito de... vamos dizer assim, de instâncias, de funções e competências, pelo menos... por enquanto.

Fátima: É, porque a gente está iniciando esse processo, né, a gente... o quê viu muito... foi muito um espírito assim muito cooperativo entre eles.

Tânia: Hum...hum. E... a... por exemplo, a garantia, sei lá, se eu fosse Secretária de Saúde de um desses municípios, por exemplo, é... como eu poderia ter uma garantia efetiva de que... é... esses atendimentos seriam realizados conforme o... pactuado e tal, que teriam qualidade...? Quer dizer, a... não sei, imaginando que... a... vamos dizer, que o pessoal de outros municípios sejam tratados da mesma forma no hospital de Baturité que os de Baturité, você acha que isso não... não tem problema?

Fátima: Que...?

Tânia: Pois é, a... a garantia de que os pacientes de outros municípios que fazem parte da Micro-Região sejam tratados da mesma forma, com a mesma qualidade que os de Baturité.

Fátima: É, que se a...

Tânia: Que não são munícipes de Baturité, né?

Fátima: Que não são... de Baturité. Existe uma programação que é pactuada entre os Secretários Municipais de Saúde, né? Aquele município que não tem condições de atender, por exemplo, a... é... parto cesariana, né, eles não têm condições de atender no seu hospital local eles encaminham pro hospital de referência que tem condições de atender, já que ele não tem, entendeu?

Tânia: Tem condições...

Fátima: Que tem condições.

Tânia: E atende?

Fátima: E atende.

Tânia: Porque ter condições...

Fátima: Até porque ele está repassando esse recurso financeiro para o hospital de Baturité.

Tânia: Ah, sei. Ah, sei, certo.

Fátima: Então ele acha... ele tem essa garantia porque ele está programando, né, e fazendo uma pactuação com o Gestor do município de Baturité, né, pra que ele atenda os seus pacientes, o seu muni... os seus munícipes. Agora, o quê a gente percebe que hoje a gente tem tido alguma dificuldade realmente na questão do hospital de referência, porque eles ainda não são adequados pra receber uma demanda muito grande... Tem a questão do financiamento, né, porque na... na hora que esse recurso, esse teto financeiro chega no ponto xis, aí para, não tem condições de atender esse paciente. Ainda existem alguns conflitos... né, que podem ser superados, na medida que esse processo de organização de Sistema Micro-Regional, que é a proposta, né, de... dessa organização, tentar... é... é... é...

Tânia: Vai avançando, né?

Fátima: É. (pausa curta)

Tânia: Certo. É... bom, é... O.K. A... aí é um... uma outra questão em relação ao critério de definição das Regionais, que a gente já sabe que vocês usaram uma série de critérios – o fluxo dos pacientes, né – uma série de critérios que foram utilizados, mas assim, a... por exemplo, é... a gente ouviu lá, quando nós visitamos, que... parece que tem um município... é... de fora da região de Baturité, que se não me engano é Redenção, é isso?

Fátima: Redenção.

Tânia: Que ele considera-se culturalmente, historicamente, fazendo parte da região de Baturité mas ele não está, pela divisão realizada na Micro-Região de Baturité.

Fátima: Isso.

Tânia: Então... como se... como você vê essa questão? Por exemplo, você... você vê isso como uma possibilidade de ajuste? Porque... o problema aí, o quê eu estou querendo saber na verdade é assim, e quê medida, por mais que vocês tenham utilizado critérios, né, vamos dizer assim, feito... porque qualquer recorte ele é (...), mas privilegia uma coisa, você deixa a outra, não tem jeito de você fazer escolha, mas... é... em quê medida você considera que esse recorte, no caso, que a Micro-Região de Baturité, que é a tua Micro-Região, ficou uma Micro-Região, vamos dizer assim, de verdade?

Fátima: Um município... Sim.

Tânia: É... é... orgânica, né, não uma coisa artificial, inventada, e sei lá, esse município, você acha que... ele deveria estar ou que ele pode vir a... a integrar a Regional de Baturité futuramente?

Fátima: Eu acho que ele... ele tem grandes possibilidades.

Tânia: De vir a integrar?

Fátima: De vir a integrar a Micro-Região de Baturité, Redenção.

Tânia: Porque culturalmente...

Fátima: Culturalmente ele já encaminha, e realmente tem uma localidade lá, que é o Antônio Diogo, que já existe uma demanda espontânea, não é um sistema de referência organizada entre Redenção e Ba... e Aracoiaba, existe uma proximidade muito... é... é questão de tempo, de cinco minutos desse... Essa localidade é um Distrito de Redenção, que é vizinho à Aracoiaba, e... e essa... comunidade, essa população ela procura assistência, né, de saúde, no município de Aracoiaba, existe uma demanda espontânea, não é aquela... aquela demanda... é... referenciada.

Tânia: Hum...hum. Quer dizer que efetivamente pode... esse recorte pode ser reconsiderado, (...) e tal, com o passar do tempo.

Fátima: Pode, com certeza.

Tânia: Ah, legal.

Fátima: Até porque a gente está agora ainda redesenhando, readequando... É porque... a gente ainda está em processo de construção realmente, né, vendo... o quê que a gente pode fazer, os ajustes, o quê que... Inclusive esse município de Redenção, o Secretário ele sempre está dizendo: “Olha, na medida que se organizar realmente, se for o hospital de referência, os nossos pacientes

vai ter que ser drenado para Aracoiaba, porque existe uma proximidade muito grande”. Porque hoje, na verdade, Aracoiaba, ele... ele... antes... esse município ele não dava uma resposta a nível de assistência de qualidade, uma assistência de qualidade. Mesmo que a pró... a população... é... é... mesmo que a população procure...ou procurasse esse município, ele não tinha uma assistência mais organizada como... Na medida que a gente iniciou esse processo de micro-regionalização ele vem melhorando gradativamente, entendeu?

Tânia: Hum...hum. E...e a questão oposta, por exemplo, a...e... eu estou pensando assim, na questão da universalização, né, e na questão do Cartão SUS, a possibilidade de implantar algum tipo de controle... é... da demanda, né? Então... é... assim, o quê eu estou pensando é, por exemplo, não... ham... os pacientes, os usuários, eles não vão ter muito... é... restrito esse... esse... essa possibilidade de acesso que antes eles tinham? Quer dizer, iam num lugar, iam no outro, não gostavam, ia no outro, procurava outro e tal, né, então... com essa... com esse sistema mais amarradinho ele não vai estar um pouquinho... fechado, né, é... quer dizer, ele não vai estar meio, quer dizer, entre aspas, dependente do médico ou do serviço ou da burocracia? E se ele realmente não quiser utilizar o serviço pra onde ele foi encaminhado... pela universalização do SUS ele pode vir pra Fortaleza se ele quiser.

Fátima: Ah, claro, né, porque... a Constituição ele diz... se...o Sistema é universalizado, né, você pode...

Tânia: Certo. Então não tem nenhum tipo de barreira, por exemplo, é... se alguém de Baturité... ou da Micro de Baturité, do município próximo for... é... encaminhado pra Baturité mas achar que não é isso que ele precisa, vir pra Fortaleza realmente, aqui ele se sente melhor por alguma razão, que ele queira ser atendido em Fortaleza ele pode, ele tem essa opção? Como fica isso?

Fátima: É, eu acho que... na medida que você vai organizando, eu acho que a própria população ela vai procurar quem atende... melhor. Eu acho que na medida que você...

Tânia: Se garantir qualidade...

Fátima: É, se garantir eu acho que a população ela não vai ter essa dificuldade, né, porque o quê existe hoje na verdade é um sistema super desorganizado. Na medida que você vai... é... é... organizando e a comunidade tendo aquela credibilidade, eu acho que daí a gente não vai ter essa dificuldade, de dizer: “Não, eu devo procurar o meu hospital mais próximo. Por quê que eu vou procurar um hospital mais longe, que não vai... que não faz parte da... da minha região, que eu sei que quando chegar lá eu vou ter muito mais dificuldade...?”. Eu acho que na medida que... é... é...

Tânia: Se garante qualidade...

Fátima: O Sistema, né, se organiza e se garante um... um... um sistema de qualidade, essa população com certeza ela não vai procurar, que o quê existe hoje na prática, que o nosso Sistema ainda é muito desorganizado. Acho que a população ela... ela não vai ter essa dificuldade, de querer estar procurando um ou outro... é... é... uma ou outra assistência...

Tânia: Hum...hum, O.K. E... bom, em relação à PPI, é... como é que você vê, já... digamos assim, em quê estágio você considera que está essa negociação, quer dizer, em quê medida já se consegue... utilizar a PPI realmente, como instrumento de gestão, de trabalho do dia-a-dia, tal? Ou ela ainda está meio... vamos dizer assim, um documento de gaveta? (ri).

Fátima: Eu acho que a Programação Pactuada Integrada ela já existe realmente, né, é um instrumento de gestão que a gente... Eu acho que ela tem que se aprimorar muito, tem que ser ainda muito rediscutida, eu acho que... ainda... a questão... eu continuo sempre dizendo, a questão financeira ainda barra muito, entende? Eu acho que na prática a gente ainda não conseguiu... colocar ela ainda...

Tânia: Quando você fala a questão financeira amarra muito, você quer dizer o quê? É... é... meios?

Fátima: Porque você tem um limite de teto financeiro pra cada município que na verdade, quando é redistribuído, claro que é de acordo com o perfil epidemiológico de cada município, né, mas às vezes é... é... o recurso ainda é muito pouco, ainda fica muito limitado. Às vezes você... é... é... não pode... é... - como é que a gente diz? - é... ele ainda é muito... limitado. Na hora que você... é... fica querendo encaminhar outros pacientes... né, de acordo por exemplo, é... na... na parte de... cirurgias... obstétrica, né, você tem um teto financeiro pra tantos xis de parto, na hora que você extrapola o seu teto você até dificulta, você tem que negociar com o hospital pra te... pra... que esse paciente do seu município seja atendido. Não sei se você entendeu...

Tânia: Hum...hum. Quer dizer, a falta de recurso mesmo, não é... sei lá, não é de mecanismos de fazer essas transferências e coisas assim, não.

Fátima: Não. O quê dificultou hoje, o quê os... os Gestores Municipais de Saúde eles reclamam muito é essa questão do teto muito limitado.

Tânia: Hum...hum. Mas a... com a micro-regionalização isso melhora um pouco, certo, se... se aproveita um pouco melhor os recursos.

Fátima: É.

Tânia: Mas ainda assim são escassos?

Fátima: Ainda são escassos.

Tânia: Mas e aí, não dá briga?

Fátima: Agora, eu acho que... que na medida que você organizar esse processo de micro-regionalização você vai conseguir até acompanhar, regular melhor esses recursos desses municípios, que na verdade hoje nem o seu Gestor de Saúde ele... ele... ele sabe o quê que... tem de recurso total dos seus municípios, é muito... fragmentado, ele não sabe o quê é que ele deve... é planejar, não existe um planejamento. E eu acho que esse processo de... de... de micro-regionalização isso vai fazer com que todos sentem, façam um planejamento, né, é... vejam os seus recursos pra onde é que estão indo, porquê que não foi resolvido o seu problema, está entendendo, isso tudo pactuado e negociado, e eu acho que também... a... a Comissão... é... Bipartite Micro-Regional também vai dar esse suporte a esse... a esses Secretários Municipais de Saúde.

Tânia: Hum...hum. Era meio uma pergunta também seguinte, sobre... a questão do controle social e da articulação entre os Conselhos Municipais de Saúde, né, o Conselho Estadual e... a... tem o Fórum de Participação Micro-Regional, né, como é que se dá a participação nessas três instâncias...

Fátima: É, porque você sabe que a nossa Micro-Região (...), agora seis meses, assim... eu estou na Gerência, né (ri), e a gente está implementando ainda esse Sistema Micro-Regional, é...hoje, cada município tem um Conselho Municipal de Saúde que é atuante, né, e a proposta de...de Sistema Micro-Regionalização, em cada três meses a gente... reunir esses Conselhos Municipais de Saúde pra discutir... é...os problemas, os resultados, o impacto, se realmente esse Sistema de Micro-Regionalização... é... é... está... tendo bons resultados e porquê que não está, tendo inclusive um ator que está participando também desse processo, além dos Conselheiros Municipais de Saúde tem a... a... Promotoria Pública.

Tânia: Ah, sim.

Fátima: Que lá em Baturité nós temos um Promotor Público muito atuante, muito atuante. Ele participa desses Fóruns de discussões, né, ele... ele inclusive está até estudando as Leis Sanitárias(ri), né, e isso contribui muito que haja assim um controle social na Micro-Região.

Tânia: Hum...hum, é. O Evandro falou dessa questão do Promotor(Fátima ri), eu perguntei mais pra ele, é interessante, idéia boa. O.K., e... a... no Conselho Estadual são Secretários Municipais que participam, como é?

Fátima: No Conselho Municipal, é, você diz?

Tânia: No Conselho Municipal de Saúde são...

Fátima: Cada município tem seus...

Tânia: Sim.

Fátima: Os seus Conselhos.

Tânia: Sim, e no Conselho Estadual, como é a composição?

Fátima: É, esse aí... porque é paritário, né, cinquenta Governo e cinquenta não Governo, que são os usuários do Sistema, e (...) representantes, né, de entidades não governamentais.

Tânia: Hum...hum. E aqui no Conselho Estadual também, são os representantes dos municípios,

Fátima: (...) municípios...

Tânia: e mais representantes dos usuários,

Fátima: Dos...

Tânia: de outras organizações.

Fátima: Isso.

Tânia: Aí não tem nenhum tipo de relação entre... ham... esses dois Conselhos...

Fátima: Conselho Estadual tem...

Tânia: Sim.

Fátima: Essa integração de Conselho Estadual junto aos municípios...

Tânia: Mas o... os... esse Fórum participativo micro-regional ele é uma coisa meio em paralelo, certo, em paralelo ao Conselho... aos Conselhos Municipais e ao Conselho Estadual, (...).

Fátima: É, é, porque são os Fóruns, né, de... discussões...

Tânia: Certo, mas ele não é um nível...

Fátima: Não.

Tânia: Quer dizer, não tem o Conselho Municipal, o Fórum Micro-Regional e Estadual, ele não é um nível... hierárquico, né?

Fátima: Não, não. Não.

Tânia: Ham...ham. É, quer dizer, é uma... é um espaço de discussão mesmo.

Fátima: Um espaço de discussão.

Tânia: Meio que informal.

Fátima: Informal, né, mas que a partir dali, é...são encaminhada aquelas proposta para o Conselho Estadual de Saúde, se for o caso, né?

Tânia: Hum...hum. Porque o Gestor é o município, no caso.

Fátima: É o município.

Tânia: E Estado e o município, né?

Fátima: É, Estado e município.

Tânia: O Sistema Micro-Regional seria uma espécie de...

Fátima: Uma instância, né, uma representação do Estado.

Tânia: Certo, uma instância de organização... do... do... do serviço.

Fátima: É, de organização.

Tânia: Ham...ham, certo. É...bom, tinha uma pergunta mais geral, que eu não sei também em que medida... é... se aplica, porque você está trabalhando numa... numa sub-região específica, mas você acha que esse piloto que vocês estão fazendo em Baturité ele... ele é viável em outras regiões do Ceará? Você acha que, por exemplo, em outras regiões... ham... que talvez não tenham essa mesma realidade dessa Micro-Região, ou com... com Prefeituras com outras... posturas, você acha que...?

Fátima: É, eu acho que é viável pra todo o Estado do Ceará.

Tânia: Será que (...)?

Fátima: Porque são... os problemas do Estado do Ceará são comuns. Claro que tem as suas peculiaridades, né, locais, mas o Sistema em si eu acho que ele...

Tânia: Por exemplo, eu... eu não conheço, né, o Estado, conheço muito pouco, mas... é... assim, em São Paulo, por exemplo, a nossa... o movimento lá de... na verdade não é Micro-Regionais da Saúde, são Consórcios, mas é uma coisa que veio dos municípios, né, quer dizer, então são regiões em que os municípios são fortes, que tem um movimento municipalista forte e tal, né? Então numa região, talvez, que tenha esse tipo de iniciativa que vem mais dos municípios,

Fátima: É.

Tânia: você acha que a implantação... dos Sistemas Micro-Regionais de Saúde, onde o nível estadual vai fazer uma... coordenação, uma regulação forte, você acha que não pode... é... criar dificuldades nessas regiões em que os municípios são mais... são mais atuantes ou mais... municipalistas, no sentido de...?

Fátima: É, mas tem um pouco de... assim, rejeição, até porque... porque foi uma luta, né, dessa questão da municipalização, que os municípios, né, já vêm discutindo ao longo dos anos, né? Mas eu acho que... essa regionalização que está sendo implantada no Estado do Ceará ela é uma coisa... assim, compartilhada, não é uma coisa... muito amarrada.

Tânia: Imposta.

Fátima: Imposta do Estado para o município, isso... A gente sempre tem dito, tem que partir do município, até eu acho...estou de acordo que eu acho que tem que partir do município, né, não é uma coisa imposta. Eu acho que o Estado do Ceará, é... da forma que vem assim da... da... das... da muti... da municipalização, claro que... muitos município hoje ele tem sua autonomia, tem muitos... é... Sistemas organizados, Sistema Local de Saúde, mas eu acho que eles não podem sobreviver sozinhos, eu acho que tem que ter uma parceria realmente, o Estado tem que... andar junto, claro que não... controlando, né? Eu acho que tem que partir mesmo do município, mas eu acho que o Ceará não vai ter muita dificuldade nessa implantação de Sistema Micro-Regional.

Tânia: É?

Fátima: Porque são muito parecidas, uma região com a outra.

Tânia: É?

Fátima: Hum...hum.

Tânia: (...), certo. (pausa curta). Certo. Bom, então pra... pra fiscalizar... é... o quê que você acha que seria, na experiência que vocês têm, ainda inicial e tal do... do Sistema Micro-Regional de Serviços de Saúde, qual seriam os principais avanços e conquistas e quais os principais desafios pelos próximos anos? (risos)

Fátima: É, eu vou dizer, Sistema Micro-Regional será um grande desafio, viu, mas eu acho que, olhe, sabe que esse processo se iniciou em mil novecentos e noventa e nove, na... no projeto piloto, né, em Baturité, e foi com o início do processo de capacitação dos Gestores municipais juntamente com os seus assessores, né, indicado pelo município... Eu acho que... já se tem alguns avanços, pelo menos na Micro-Região de Baturité. Por exemplo, é... você sabe que foram definidas algumas metas mobilizadoras, né, de acordo com... o perfil epidemiológico, de acordo com as metas, né, que foram estabelecidas, e eu acho que nós já tivemos algum... alguns avanços. Por exemplo, que foi... é... é... proposto pelo conjunto dos municípios que seriam dois hospitais de referência, né, na atenção secundária, e hoje o quê a gente pode observar, já pode observar que um dos hospitais, como Aracoiaba, ele já teve uma melhoria assim... Até eu sempre digo, foi da água pro vinho, porque era um hospital super sucateado, ele não era organizado, ele não dava resolutividade, e até o Gestor municipal desse município ele teve mesmo que... ver que ele não estava dando a resposta nem a nível de... local, né, e eu acho que ele... acreditou, né, que ele teria... e... e... ficou até sensibilizado, que ele teria que organizar, tanto a nível local e... secundário, e referência secundária. Ele... melhorou muito a questão... é... de... da capacidade instalada dele, até a estrutura física mesmo melhorou, né? Foi implantar nesses seis meses, é... a... o Serviço de Urgência e Emergência, né, e Cirúrgica da Traumaortopedia, que é uma coisa que era muito desorganizada na Micro-Região de Baturité. É... houveram assim alguns... aquisições de equipamentos, né, pra se organizar a questão da atenção primária de saúde, né; em torno de noventa mil, cada município recebeu... é... um... recursos do... do REFORSUS, né, cada município recebeu uma balança pra pesar bebê, balança pra pesar adulto, né, alguns... é... equipamento pra tentar melhorar mais a atenção primária de saúde, dar um suporte melhor de trabalho... é... à atenção primária de saúde. Houve aquisição de equipamentos pro hospital, materno-infantil, que não existia, até... é... cama cirúrgica, focos... (pausa curta) focos cirúrgicos, é... (pausa curta) incubadoras... Eu acho que isso foi um avanço, porque não... não existia essa... esses equipamentos a nível de Micro-Região, acho que foi um avanço. Outro avanço que eu acho assim... achei... acho importante, por exemplo, na nossa Micro-Região só existia vinte e cinco equipes de Saúde da Família, né, depois que... que foi implantado esse Sistema Micro-Regional houve uma ampliação de mais seis equipes, hoje nós estamos já com trinta e uma equipe, a meta é atingir trinta e sete equipes... É... outro avanço que a gente... é... já teve foi na questão de... de... da implantação do CAPS, do Centro de Apoio Psico-Social, que hoje a maioria do... do... dos pacientes, né, com... é... doentes mentais, eram encaminhados pra Fortaleza. Eu acho que foi um grande avanço, hoje ele... existe já um CAPS no município de...

de... Capistrano, que já foi implantado, né, já está fazendo um trabalho lá, até com questão do Hospital-Dia. Acho que isso foi um grande avanço, que não se tinha na Micro-Região, e eu acho que... (final lado A)

Tânia: ... Fátima... é... os desafios do... do Sistema Micro-Regional. (ri).

Fátima: Sim, nós temos ainda muito... uns grandes desafios ainda, né, a realizar ainda nesse ano, a curto prazo, alguns projetos a curto prazo, que é a implantação da Central de Regulação, né, a... Ouvidoria Micro-Regional, que é onde as pessoas terão um espaço pra fazer sugestões, algumas denúncias, ainda está proposto pra esse anos... Nós temos outro desafio, implantar o Centro de Zoonose, que nós temos um... é... nossa Micro-Região muita incidência e... prevalência, né, de zoonoses, e... nós temos ainda também... o grande desafio é reorganizar esses hospitais locais, né? (pausa curta)

Tânia: Hum...hum.

Fátima: Que ele vai... é... na medida que você implantar esses dois hospitais locais eles vão terem outra... é... é... - como a gente diz? – outra... outro papel, né, outro papel, na medida que você vai... organizando todo esse processo de micro-regionalização, né? A gente tem esse desafio ainda, pra esse ano e pro próximo ano dois mil e um, daí já é um desafio... maior. (ri)

Tânia: Hum...hum. É, por exemplo, essa... duas questões que você falou aí, da Central de Regulação, e também tem... tem a ver com essa questão de... reorganizar esses hospitais locais, né? Então, eu queria que você falasse um pouco da Central de Regulação, (...).

Fátima: É... que é... a Central de Regulação ela... ela mesmo é um... um instrumento... assim, até de... de... de ordenar o ser...o próprio Sistema, né, porque hoje a gente tem uma dificuldade lá na Micro-Região do sistema de referência e contra-referência. Essa Central de Regulação ela vem regular os leitos hospitalares, vem regular as consultas e as especialidades, né? Por quê? Porque a gente, a proposta, né, o objetivo é dar o acesso à população a esses serviços especializados, né, de maiores... densidades tecnológica... Então essa Central ela vai ser muito importante, né, na nossa Micro-Região, inclusive eu estou louca que implante (ri), pra ver se... Eu acho que na medida que a gente implantar mesmo essa Central de Regulação, o Sistema vai começar a... a avançar, até porque a gente vai ter... instrumentos de avaliação e de controle, e até agora a gente ainda não conseguiu fazer esse controle. Eu acho que a Central de Regulação... é urgente, eu acho que a partir daí a gente vai começar... a... a dar uma resposta mesmo desse Sistema, desse processo mesmo de micro-regionalização, está faltando essa Central de Regulação, né? E... eu acredito que é um grande desafio, que também está prevista daqui pra dezembro... é ser implantada essa Central... de Regulação. E... outra coisa...?

Tânia: É, daí a... a reorganização dos... dos hospitais locais,

Fátima: Hospitais...

Tânia: que tem a ver com a questão da Central de Regulação também, né?

Fátima: Central de Regulação... Com certeza. Aí a gente vai saber o quê que está se atendendo realmente, né, na Micro-Região, se atenção primária está... conseguindo... é... é... atender os seus municípios, né, que é hoje é um responsabilidade maior do município, é... pelo... menos que ele... atenda o básico, né, e a partir daí a gente... tentar resolver os outros grandes problemas, né, na questão da cardiologia, na questão... é... é... das trauma, né, das urgência/emergência, né, pra que se haja... é... é... bons resultados, né?

Tânia: Hum...hum, certo. E em relação aos mecanismos, no caso, os mecanismos de regulação ou mecanismos mesmo de reorganização dos hospitais locais, a gente viu lá em Aratuba, né, o problema com hospital, que é um hospital filantrópico, né, é uma Santa Casa, né?

Fátima: É.

Tânia: Então assim, um pouco naquela minha linha inicial, os mecanismos de regulação, porque é um hospital que não é do Estado, não é estatal e nem municipal, né, ele é...

Fátima: Filantrópico.

Tânia: Filantrópico, certo, ele não é governamental, de certa forma, né? Então, os mecanismos pra fazer essa reorganização ou pra fazer essa regulação, quer dizer, os mecanismos seriam basicamente através... é... do repasse, da pactuação dos recursos do SUS?

Fátima: Do SUS.

Tânia: Esses seriam os mecanismos?

Fátima: Isso.

Tânia: Que hoje o hospital recebe, vamos dizer assim, de uma forma mais... desorganizada, ou espontânea e tal, e que a Secretaria da Saúde tem intenção de fazer uma... uma... uma organização do repasse desses recursos e... Porque, é um pouco essa minha questão, né, como você... com quê mecanismos você faz uma reorganização lá, dentro de um hospital que é filantrópico, né? É... através de... sabe, de acordos e tal, mas...se isso... sei lá, se por exemplo... essa questão do Raio Xis que estava sendo discutida na... na reunião, né, então... pro pessoal que

está lá, que fundou o hospital e que cuida e que tal, está... está uma história que estava colocando, ter um aparelho de Raio Xis é sinônimo de ser um hospital, se eu não tiver o aparelho de Raio Xis eu não sou hospital.

Fátima: É, tem uma questão cultural muito forte.

Tânia: É. então, como vocês vão... que... com quê mecanismos as... a... no caso o... a Micro-Regional, está pensando em chegar... né, é... como, quer dizer, porque não vai ser uma coisa imposta, certamente.

Fátima: É...

Tânia: Vai ser uma coisa negociada, na medida do possível negociada.

Fátima: Vai ser negociada. Eu acho que... os Fóruns de discussões, existe hoje a Comissão... Intergestora Bipartite, né, pra ser negociada, lá também na nossa Micro-Região existe a (...), Associação dos Prefeitos Municipais, né, que eles também têm um Fórum... é... é... muito... é... de discussão, né, mensalmente, e eles são muito unidos. Eu acho que a gente vai ter que procurar mecanismo pra gente conseguir, claro que vai ser uma coisa de... baixo pra cima, não pode ser imposta (...), né? E também a gente... não vai ser fácil, né, como você... visitou já alguns municípios na Micro-Região de Baturité, mas eu acredito, pela realidade, a gente tem muitos... mecanismos e nós temos... é um diagnóstico da realidade, né? A gente... vai tentar... é... é... negociar dentro... da realidade, porque hoje, os municípios hoje, os próprios Prefeito eles dizem que não têm condição de manter um hospital, de ter um profissional vinte e quatro horas, de ter uma estrutura grande, né, e na verdade, quando você chega naquele hospital não tem às vezes um paciente, uma... gestante, né, hospitalizada, e você tem que manter toda aquela estrutura, toda aquela hotelaria, com... com roupa, com comida, com profissionais, uma estrutura muito grande. Eu acho que... a gente vai conseguir fazer essa... remodelagem, reconversão, né, de... de... desses hospitais locais, com certeza, porque a realidade hoje... é essa, né, que tem que ser... é...ter uma nova remodelagem, porque senão a gente não vai conseguir... é... é... dar uma boa assistência de qualidade à população.

Tânia: Sei, resolutividade.

Fátima: É, resolutividade, que hoje é um dos grandes... nós... Nós, como Gestor, como Gerentes, essa questão, que a população ela está... querendo é resolutividade, ela não chega mais no município, num hospital ou numa Unidade de Saúde, ela quer que o problema dela... seja resolvido, né? Não é aquela coisa de... ah, chega lá e volta e... né, hoje a população ela está mais... consciente do papel dela. Eu acho que tem que ser assim mesmo. (ri).

Tânia: É, pois é, é verdade. É... então a última questão assim, vou insistir um pouco nesse ponto porque... é... eu vejo assim todo esse projeto de vocês, é uma ênfase muito grande na questão da racionalização, né, na questão... É uma coisa meio assim, né, mas é... mas é claro que é melhor você ter um aparelho de Raio Xis mais potente ao invés de ter dez pequenos,

Tânia: mas isso é um argumento racional, não necessariamente... é...funciona, né? Quer dizer (ri), o óbvio pra um não é óbvio pro outro, né?

Fátima: É.

Tânia: Então eu estava pensando ali na reunião, por exemplo na... nos kibutz em Israel antigamente eles tinham refeitório comunitário, né, as pessoas moravam nas suas casas e iam comer... faziam as refeições tudo... no refeitório, que é claro, por quê que cada um vai fazer sua própria comida, chega lá, hora do almoço todo mundo faz o arroz, faz não sei o quê, feijão, se pode fazer tudo junto? Só que hoje eles distinguiram isso, cada um faz nas suas casas. Por quê? Ah, porque as pessoas gostam mais, mas não é mais racional fazer um panelão que fazer dez panelinhas? É, mas as pessoas querem fazer o próprio arroz, e daí? (ri). Entendeu?

Tânia: Lá a sua panelinha, com cebola, com alho ou com não sei o quê. Então...

Fátima: (...) gostoso...

Tânia: É (ri), pois é, então... é isso que eu vejo assim, muita ênfase no... no racional.

Fátima: É.

Tânia: Assim, é claro, é melhor, é mais racional, mas... mas em quê medida...

Fátima: É, (...) a gente vai utilizar melhor os recursos, principalmente, que são escassos, que eu sempre... desde o início aqui da nossa entrevista, a gente sempre disse que a questão do financiamento, realmente. Eu acho que a racionalização tem que existir, né, mas realmente tem que ser gradativo, né, a gente não pode tirar esses Raios Xis de cada hospital...

Tânia: Chegar lá e tirar: “Ó, viemos buscar...” (ri).

Fátima: E tirar e... e vai ser uma confusão.

Tânia: Exato.

Fátima: Que a própria população: “Ah, isso que eu tinha direito”, e até uma cultura médica daqui, que acha que tem que fazer um raio xis, se não fizer diz que o médico é incompetente, está entendendo?

Tânia: Certo.

Fátima: Eu acho que a gente, na medida que as coisas forem dando resultado, impacto e resolvendo, eu acho que a gente vai começar, a po... a própria população ela vai entender esse processo.

Tânia: Quer dizer...

Fátima: E ela vai ter que acompanhar, e lá no... no... na Micro-Região de Baturité a população lá é muito organizada.

Tânia: É?

Fátima: Quer dizer, eu acho que se... pelo menos lá em Baturité, eu não sei nas outras Micro-Regiões, mas com certeza o Ceará é um... um Estado de luta, né, de... de organização.

Tânia: Hum...hum. Então na...

Fátima: Tem que ser gradativo, eu acho que a gente realmente não pode impor e não pode... Vai mudando e vai mostrando, tem que ter... é... é... resultados e um impacto, né, porque senão a gente vai cair nas credibilidade, né? Na dese... aí ser desacre... desacreditado.

Tânia: Hum...hum, certo. Vocês estão procurando cuidar de todas as... as dimensões e negociando, tal, né? Não tem pressa também...

Fátima: Tem que... É... tem que ser muito negociado e muito discutido. Isso sempre a gente tem feito, desde que a gente assumiu a Micro-Região a gente... é... esse... esse entendimento muito bom com os nossos Gestores municipais, e eles têm essa compreensão que devem racionalizar, né, recursos, pra... melhor... resolver, né, resolver os problemas, mas a questão realmente não é fácil. A população vai chiar, com certeza.

Tânia: Na questão do... dos hospitais?

Fátima: Dos hospitais.

Tânia: Vai sentir como uma perda,(...)?

Fátima: Uma perda... de poder, né, até...

Tânia: De status, né? (ri).

Fátima: De status... mas na medida que for... é... tudo é um processo, né?

Tânia: Hum...hum. É, na verdade vai ser re... renegociado a utilização, né, não necessariamente... o fechamento ou coisa assim, seria renegociado a utilização. Legal, Fátima, então... tá ótimo. Muito obrigada.

Fátima: Nós agradecemos

VII. QUADRO

ALGUNS DADOS SOBRE O ESTADO DO CEARÁ

No final do século XIX o tema da abolição da escravatura apaixonava a opinião pública cearense e a lentidão do movimento que se processava no Parlamento imperial, visando a dar liberdade aos escravos, desesperava os abolicionistas cearenses. Grupos ativistas começaram a agir, libertando negros em grande escala, até que a “abolição da escravatura se fez na província do Ceará em 1884, quatro anos antes do 13 de maio. Festejaram os abolicionistas de todo o país e José do Patrocínio deu ao Ceará o nome de “Terra da Luz”. D.Pedro II aplaudiu comovido; e até Victor Hugo mandou da França uma saudação aos cearenses.” (Enciclopédia Barsa, Vol. 4, 1997) Este fato histórico é um dos grandes motivos de orgulho de todo cearense até os dias de hoje, como se pode observar em nossa passagem por Redenção, antigamente Acarape, primeiro município a libertar todos os seus escravos.

Situado na região Nordeste, possui mais de 6 milhões de habitantes, com aproximadamente 70% da população concentrados na zona urbana e 31% na zona rural. A distribuição da população é irregular, com forte contraste entre zonas de fraca e intensa concentração demográfica. A população de zona urbana está concentrada principalmente na região de Fortaleza, a capital do estado e Sobral.

Nas últimas décadas houve uma acentuada queda na fertilidade (3,6 para 2,4 filhos por mulher em idade fértil) e aumento na expectativa de vida, o que mostra uma tendência ao aumento da proporção de pessoas com idade avançada na

população. Entretanto, a distribuição populacional ainda evidencia uma população jovem, tendo apenas 15% acima de 50 anos.

A taxa de analfabetismo entre pessoas de 15 anos ou mais, continua sendo considerada alta (33,1%) e ainda mais grave se considerarmos a taxa de analfabetismo na área rural que ultrapassa os 68%. Este fato parece estar diretamente relacionado com a distribuição da renda mensal por chefe de domicílio onde mais de 75% da população ganha menos de dois salários-mínimos e na área rural este percentual se eleva para 95%.

Na zona urbana do estado a água encanada de rede geral está presente em mais de 65% dos domicílios, assim como o sistema de coleta de lixo (66%). Entretanto, na área rural, os percentuais caem para 1% e 0,5% para o abastecimento de água e coleta de lixo, respectivamente.

A rede geral de esgoto abrange pouco menos que 7% dos domicílios da área urbana, embora em mais de 76% deles se observem a presença de instalações sanitárias. A gravidade maior da situação sanitária do estado pode ser observado na zona rural onde mais de 83% dos domicílios não possui qualquer instalação sanitária.

VIII. FIGURAS

FIGURA 1

ESTADO DO CEARÁ MACRORREGIÕES DE SAÚDE

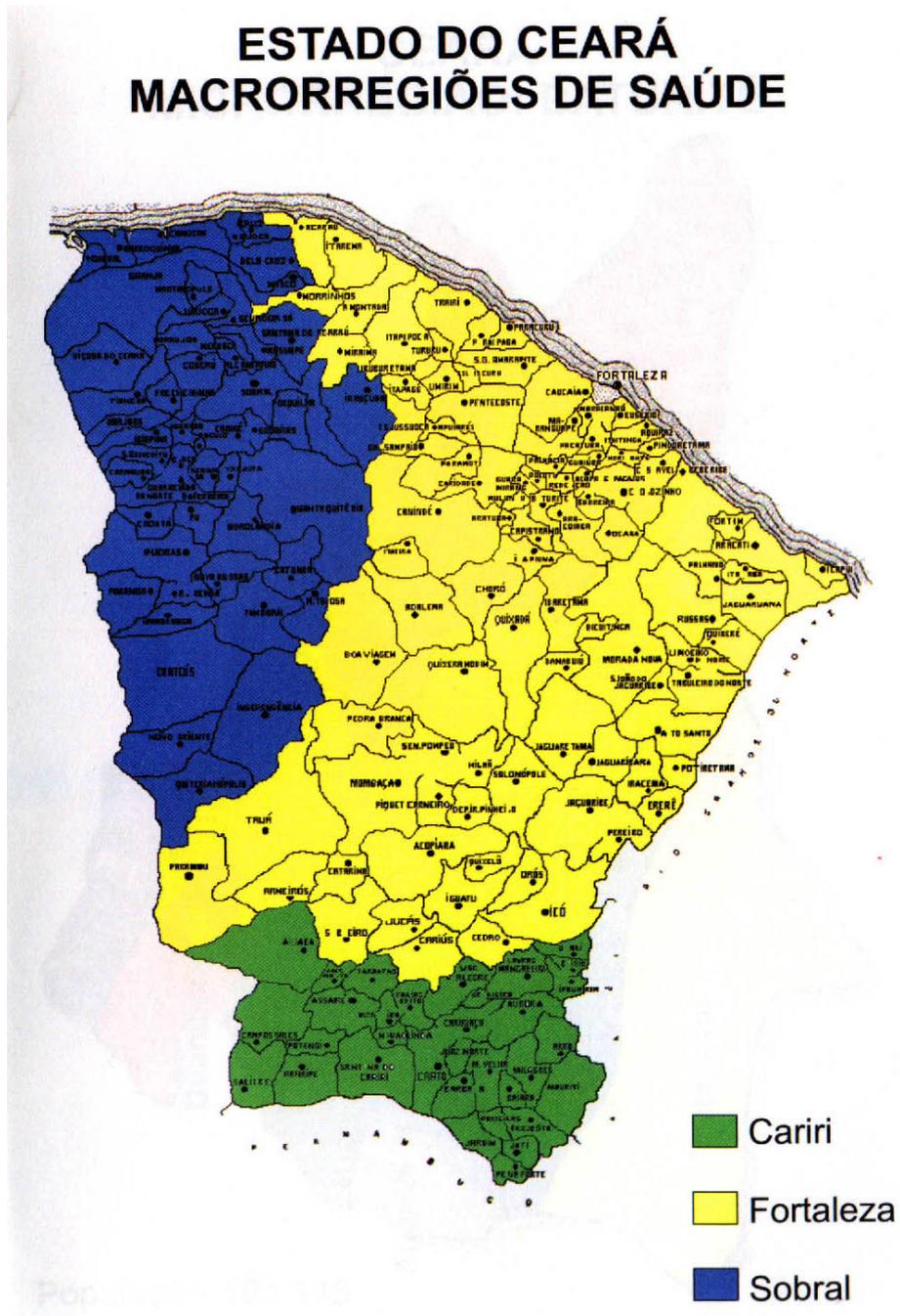


FIGURA 2

MICRORREGIÕES DO ESTADO DO CEARÁ

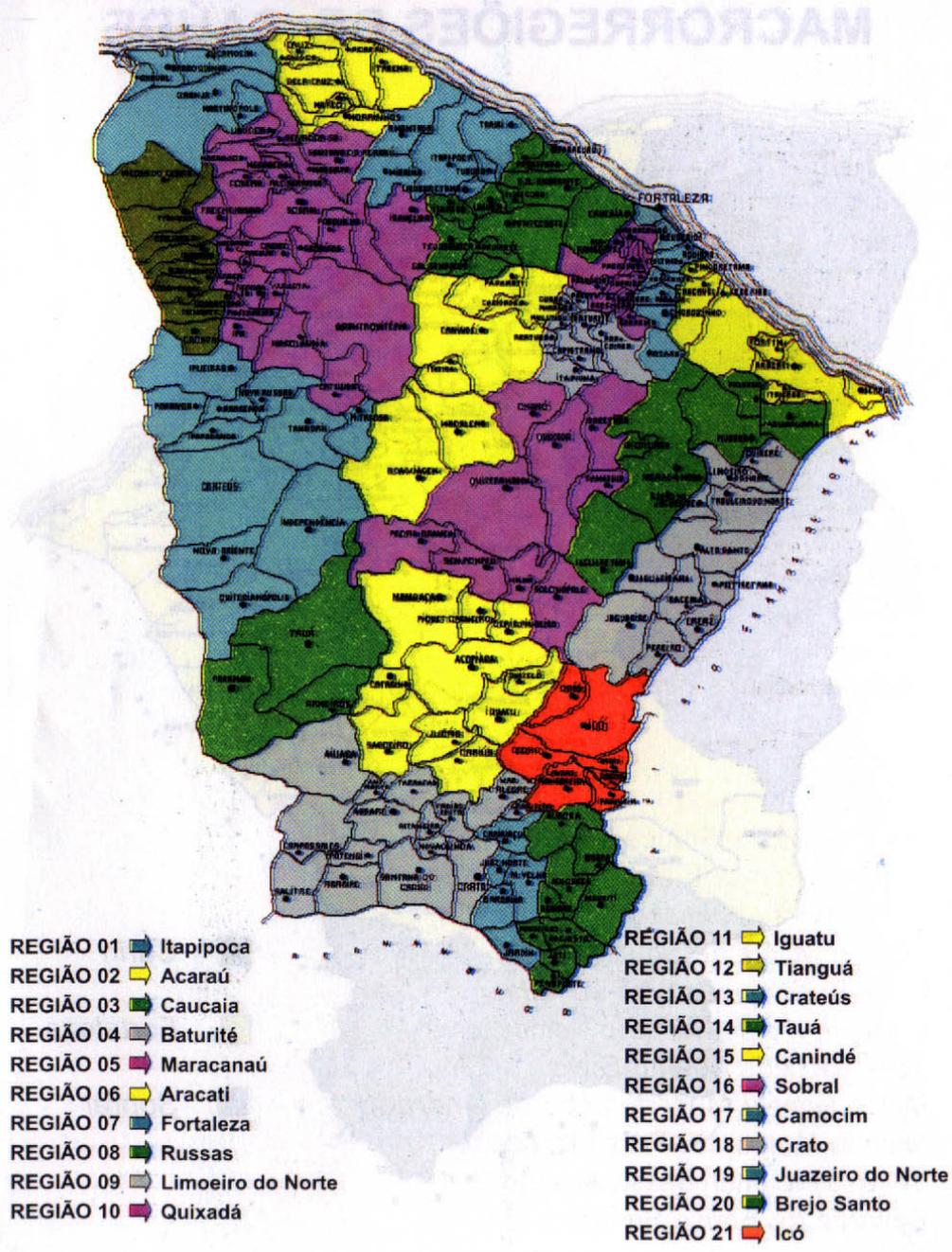


FIGURA 3

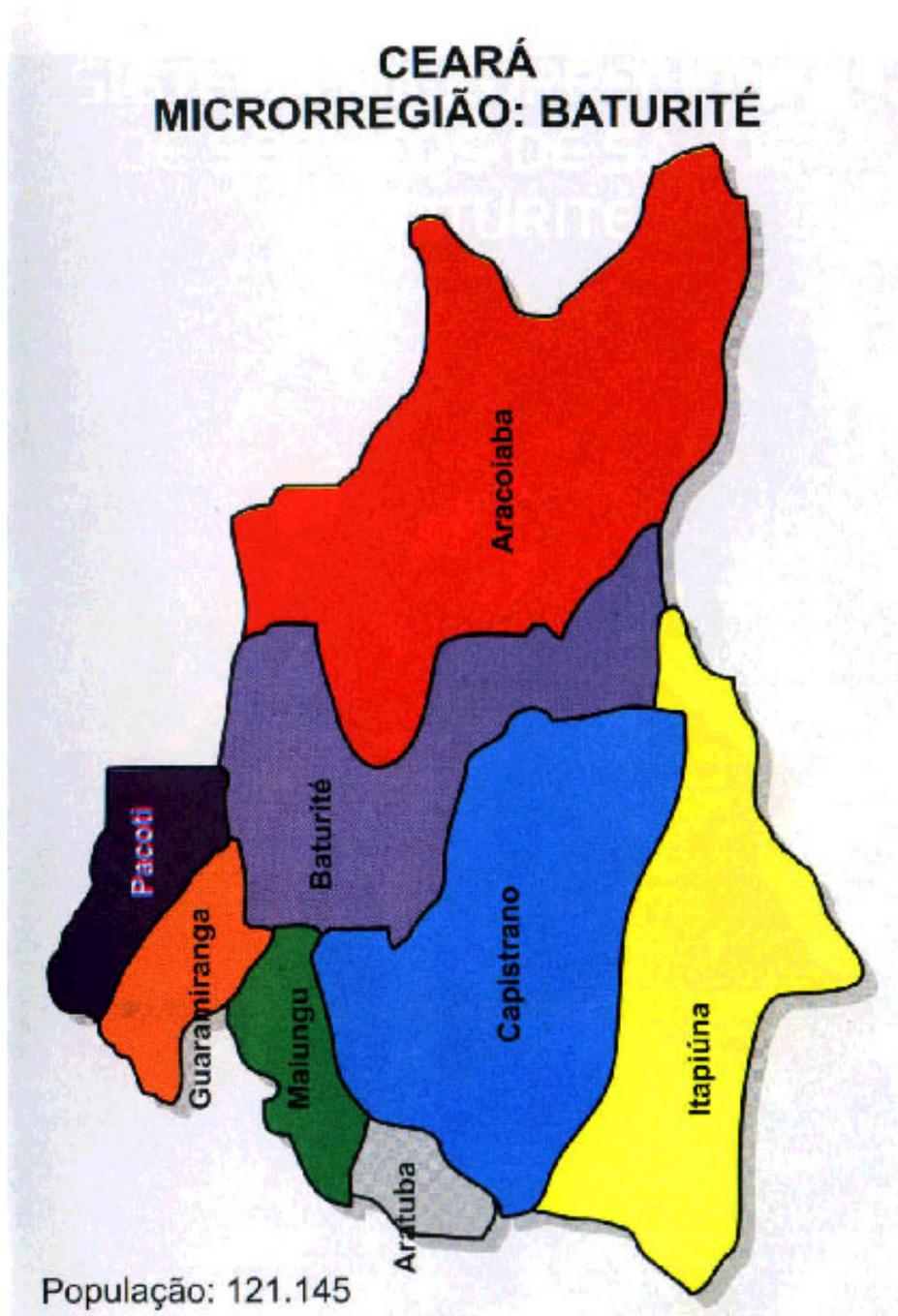


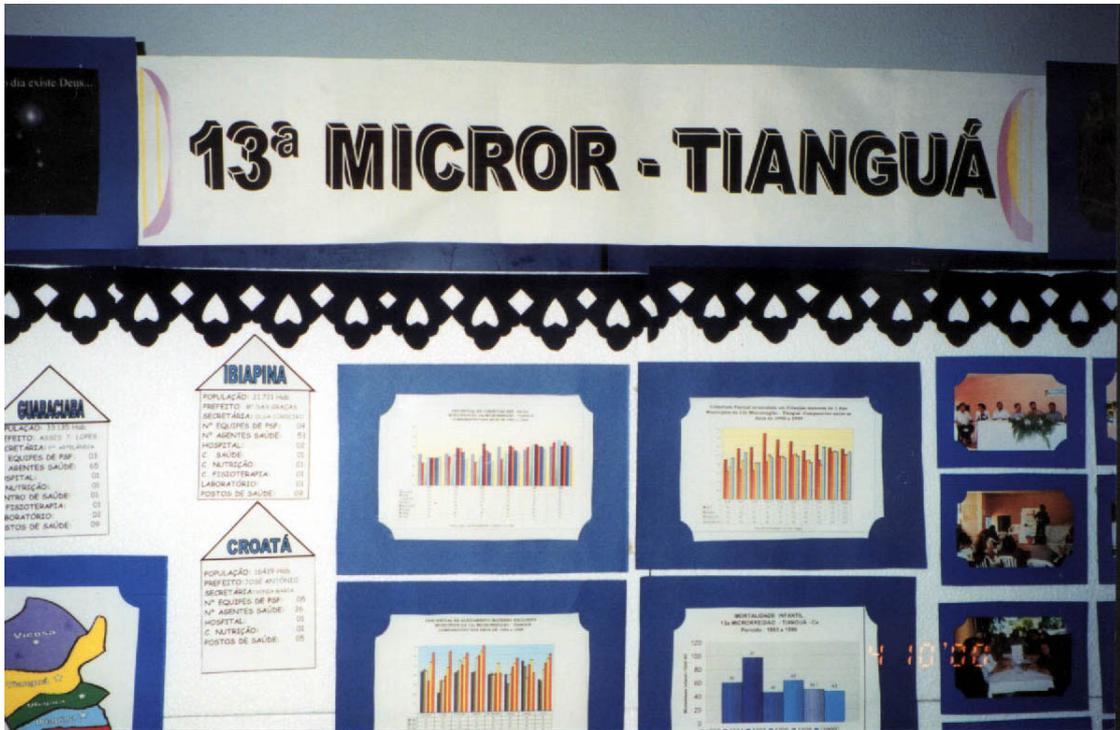
FIGURA 4



FIGURA 5



FIGURAS 6 e 7



FIGURAS 8 e 9

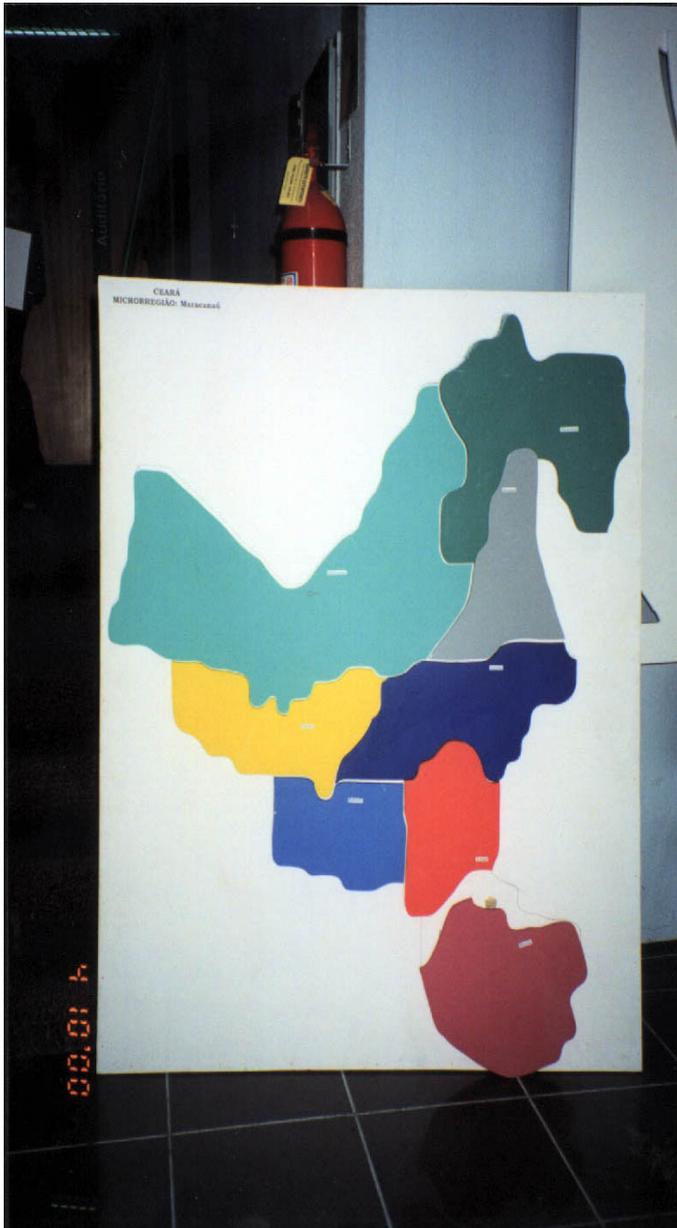


FIGURA 10

