

# Microrregionalização de saúde em contexto de reforma do Estado: experiência de implantação de projeto piloto

**Maria Goreti Macedo Lobo de Andrade**

*Mestra em Planejamento e Políticas Públicas - UECE*

**Liduína Farias Almeida da Costa**

*Doutora em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará – UFC*

*Professora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas (PPGPP) da*

*UECE*

## Resumo

Este artigo discute o processo de implantação das microrregiões de saúde no Ceará, com foco no projeto piloto do município de Baturité. O estudo teve por objetivo registrar as articulações entre os diversos protagonistas do processo, bem como as “etapas” de implantação desse projeto piloto, cujo propósito era proporcionar uma matriz de referência para a microrregionalização de saúde no estado. Trata-se de pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso, realizada por meio de investigação bibliográfica, documental e de campo. Os resultados indicam que essa matriz foi constituída no contexto de reforma do Estado de 1990, a qual serviu de modelo para a política nacional de saúde, conforme a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de 2001, com fortalecimento de fóruns de negociação, conselhos municipais de saúde e comissões intergestoras bipartites. Conclui-se que, no contexto dessa reforma do Estado, com administração gerenciada, a implantação das microrregiões de saúde desencadeou mudanças positivas na organização dos serviços de saúde. Os governos municipais foram além do propósito de racionalização de recursos, apresentando melhoria dos serviços; posteriormente, as definições de região de saúde e os processos de regionalização adquiriram novos elementos.

**Palavras-chave** saúde; planejamento; políticas públicas; reforma do estado; microrregionalização.

---

## Abstract

This article discusses the health micro-region implementation process in Ceará, Brazil, focusing on the pilot project proposed by the municipality of Baturité. The study aimed to register the relationships between the various leading characters of the process, as well as the implementation 'stages' of this pilot project, whose purpose was providing a reference matrix for health micro-regionalization in the state. This is a qualitative research, with a case study approach, carried out through bibliographical, documentary, and field investigation. The results indicate that this matrix was constituted in the context of the 1990 State reform, which served as a model for the national health policy, according to the 2001 Brazilian Health Care Operational Standard (NOAS), by strengthening negotiation forums, municipal health councils, and bipartite inter-agency committees. It is concluded that, in the context of this State reform, with managed administration, the implementation of health micro-regions has triggered positive changes in the organization of health services. Municipal administrations went beyond the purpose of rationalizing resources, showing service quality improvement; later, the definitions of health region and the regionalization processes have acquired new elements.

**Key words** health; planning; public policy; state reform; micro-regionalization.

## Introdução

As mudanças sociais ocorridas mundialmente a partir do final da segunda metade do século XX produziram padrões mais ou menos semelhantes de condução das políticas de saúde pelo Estado. Ao mesmo tempo, adquiriram contornos singulares em cada país, de acordo com seu processo histórico e seu lugar no concerto das nações, bem como em regiões intranacionais de países com grande extensão territorial que ainda enfrentam o problema de suas próprias desigualdades regionais, como é o caso do Nordeste brasileiro – onde se situa o estado do Ceará.

No Brasil e em outros países classificados como “em desenvolvimento” naquele período, essas mudanças levaram a reformas do Estado, as quais repercutiram diferenciadamente nos modos de regulação das políticas sociais, dentre elas as de saúde.

No caso brasileiro, as repercussões de tais mudanças e da reforma do Estado nos sistemas públicos de saúde foram muito significativas, em especial porque o Sistema Único de Saúde (SUS) foi inscrito constitucionalmente apenas em 1988 e teve sua lei orgânica aprovada 2 anos depois, em 1990, em um contexto de grandes incertezas quanto aos rumos do país e de seu projeto societário, suscitando a emersão de acirrado debate sobre as restrições das responsabilidades do Estado sobre a esfera social. Entretanto, as unidades da Federação, mesmo obrigadas a aderir aos cânones constitucionais, tinham certa margem de flexibilidade para promover a organização dos serviços que iriam pôr em prática.

---

De modo geral, o processo de mundialização do capital desencadeou significativas mudanças quanto às funções do Estado. Assim, a ação reguladora e as funções legitimadoras que davam esteio ao Estado de bem-estar social se restringiram. Em países inseridos nesse processo de modo submisso, como o Brasil, o Estado se tornou frágil para intervir com autonomia. Diante dessa situação, teve de adotar receituários de ajustes propostos por instâncias internacionais não só em relação à economia, mas também às políticas e aos programas sociais, portanto, às de saúde. Contudo, “as lições de casa” passavam por ressignificações, a depender de correlações de forças sociais entre os distintos atores envolvidos no processo.

No caso do Ceará – estado localizado na região brasileira com indicadores sociais mais reveladores dos índices de pobreza que repercutem diretamente no processo saúde-doença – importantes segmentos de profissionais da saúde pertencentes aos quadros do Estado, com larga experiência em trabalhos voltados aos segmentos sociais menos favorecidos, esforçavam-se por ressignificar ou até recriar, no próprio cotidiano do processo de trabalho, algumas das estratégias que, em suas origens, voltavam-se exclusivamente à relação custo-benefício. Não raras vezes, isso restringia as possibilidades de atendimento aos direitos sociais. Desse modo, no país, algumas das respostas a receituários restritivos eram reconstituídas de múltiplas e criativas formas.

Não obstante os índices de pobreza, no Ceará se evidenciava a presença de profissionais da saúde e outros atores sociais preocupados com os padrões de vida e sintonizados com as demandas da população por atendimento digno. Em face do compromisso social, esses sujeitos se tornaram reconhecidos por meio de propostas inovadoras referentes, sobretudo, à promoção da saúde e prevenção de doenças, como exemplificam o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF). Enquanto o primeiro foi concebido e testado antes mesmo da promulgação da Constituição de 1988 (CF/1988), a segunda se iniciou nos primórdios da década de 1990. O êxito dessas experiências influenciou muitas outras ações semelhantes e culminou com a ideia de regionalização de serviços de saúde no estado, a qual foi assimilada posteriormente pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de 2001, que passou a direcionar a organização dos serviços inerentes à política nacional de saúde.

Em virtude de experiências de tal natureza desenvolvidas em décadas passadas terem inspirado tantas outras, apesar de já bastante debatidas, ainda merecem ser resgatadas e analisadas criteriosamente, pois sempre terão relevância tanto na esfera acadêmica como sob o ponto de vista das práticas profissionais no setor saúde.

Neste artigo, o objeto de reflexão diz respeito ao processo de implantação das microrregiões de saúde no Ceará, com foco no projeto piloto constituído no município de Baturité. O objetivo é registrar em detalhe articulações entre os diversos protagonistas do processo, bem como as “etapas” de implantação desse projeto piloto, cuja importância recai

---

sobre o fato de ter-se construído como matriz de referência para a microrregionalização de saúde do Ceará, no contexto de reforma do Estado brasileiro da década de 1990.

Além desta introdução, o artigo contém as seguintes seções:

- A segunda apresenta uma discussão de aspectos teóricos, dividida em dois subtópicos: um referente ao conceito de região/território e seus usos na política de saúde e outro sobre a reforma do Estado na década de 1990, onde tecemos algumas inter-relações com a política de saúde do Ceará;

- A terceira traz um breve esclarecimento sobre a metodologia da pesquisa que deu suporte ao artigo;

- A quarta se configura como descrição analítica dos resultados da pesquisa e abrange: o processo preparatório de implantação das microrregiões de saúde; as articulações e alianças estratégicas necessárias à efetivação do processo; a localização do projeto piloto e os critérios utilizados em sua escolha; e os passos dados e os respectivos atores sociais que protagonizaram a experiência; e

- Por fim, a conclusão, destacando que a dinâmica de implantação do projeto piloto propiciou: a geração de conhecimentos, métodos, técnicas e instrumentos sobre a regionalização dos serviços de saúde; a consolidação da regionalização dos serviços de saúde no Ceará, antecedendo-se à NOAS e servindo de modelo para a política nacional de saúde; e o fortalecimento de fóruns de negociação, conselhos municipais de saúde e comissões intergestoras bipartites.

## **Discussão de aspectos teóricos**

### **Conceitos de região e território e seus usos na política de saúde**

No Brasil, segundo Saquet (2007), apesar da centralidade do conceito de região e da abordagem regional (fundamentado em Francisco de Oliveira e Alain Lipietz), há intenso uso do conceito de território, mediante entendimento dos processos de divisão social e territorial do trabalho, relacionando-o à dimensão espacial e enfatizando os aspectos econômicos e políticos da regionalização do espaço geográfico, trabalhada como processualidade no real e não simplesmente como classificação de áreas.

Com efeito, no setor saúde, o trânsito entre o conceito de região e o de saúde se fez sentir à medida que se buscavam estratégias de atuação promocional e preventiva capazes de proporcionar maior abrangência com menores gastos, evoluindo, inclusive, para a ideia de territorialização, um dos procedimentos adotados nas demais políticas públicas de corte social.

Segundo Saquet (2007), o pensamento de Claude Raffestin influenciou os estudos sobre território. Este, ao ultrapassar o conceito de espaço, realçou o caráter político do local e, considerando as relações aí concretizadas que envolvem as territorialidades e a

---

multidimensionalidade do poder, construiu uma abordagem renovada, interdisciplinar e material do território e da territorialidade, sobretudo ao incorporar aspectos semiológicos.

Contudo, no setor saúde brasileiro, a concepção de território mais resgatada foi a de Milton Santos. Não se trata do uso do território em si – noção herdada da modernidade – mas do território vivo, cuja face permanente é o fato de ser “nosso quadro de vida” (Santos, 1996, p. 15) que, contudo, estaria a carecer de constante revisão histórica.

Para facilitar a compreensão da dinâmica do projeto piloto de implantação das microrregiões de saúde no Ceará, mostra-se importante situar a definição de região de saúde derivada da concepção de regionalização dos serviços de saúde no país da CF/1988. Por sua vez, a definição de região de saúde inscrita na NOAS tem inspiração nesse projeto e serviu como um dos pontos de partida para o Pacto pela Saúde, um ato interfederativo mediante o qual foi ampliada e diversificada a definição de região de saúde.

Por força de articulações do movimento sanitário e da sociedade civil no processo de redemocratização do país, a concepção de regionalização dos serviços de saúde foi inscrita por meio do art. 198 da CF/1988. Desde então, como ficou estabelecido, as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes da descentralização, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e da participação da comunidade.

Segundo Andrade (2007), a NOAS trata do aprofundamento da descentralização, amplia a ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais em todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados em territórios municipais. Estabelece, ainda, o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e busca maior equidade. A nosso ver, porém, esse processo poderia reduzir, ao menos em parte, a autonomia de gestão conquistada pelos municípios com a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, de 1996 (NOB SUS/1996), como se esclarece em item posterior deste artigo.

Segundo a NOB SUS/1996, o processo de regionalização contempla o planejamento integrado, a adoção de noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e conformação de sistemas funcionais de saúde, não se restringindo à abrangência municipal, porém, devendo-se respeitar seus limites, visto ser o município uma unidade indivisível. O intuito seria garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, mediante otimização dos recursos disponíveis.

Para tanto, a referida norma definiu região de saúde e expressou a possibilidade de divisão estadual em microrregiões. A primeira seria a base territorial de planejamento da atenção à saúde, a qual coincidiria necessariamente com a divisão administrativa do estado, e foi definida pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (Sesa), de acordo

---

com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde. Para tanto, deveriam ser consideradas as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias e epidemiológicas, a oferta de serviços e relações entre municípios, entre outras. E, ainda, a depender do modelo de regionalização adotado, um estado poderia dividir-se em regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, poderia compreender um ou mais módulos assistenciais (Brasil, 2001c).

Cabe ressaltar que em “ciclo político” (Fialho, 1999) posterior houve ampliação e diversificação na concepção de região de saúde, conservando, todavia, aspectos da original, definida na NOAS. Como se verifica por meio da análise de documentos de 2006, firmou-se um acordo interfederativo articulado em três dimensões: o Pacto pela Vida; o Pacto em Defesa do SUS; e o Pacto de Gestão, o qual gerou mudanças que não foram impostas por normas e geraram o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS, com a Portaria GM/MS n. 399/2006 (Brasil, 2011).

Profissionais da saúde, autoridades e gestores participaram do referido acordo, tendo em vista o apoio à organização e ao fortalecimento da atenção básica, considerando os princípios da ESF e respeitando as especificidades loco-regionais (Brasil, 2006). Nesse momento, a definição de região de saúde abrangeu aspectos mais dinâmicos, com destaque para o fortalecimento da concepção de território, como se lê em documento do Ministério da Saúde:

As regiões de saúde são recortes territoriais, inseridas em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estadual(ais) a partir de identidades culturais, econômicas e sociais; de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território (Brasil, 2006, p. 19).

Percebe-se nessa definição outras sinalizações para além dos critérios de eficiência e eficácia, sem se descuidar da resolutividade ou somente do custo-benefício, como expressa o mesmo documento:

[...] o corte no nível assistencial, para delimitação de uma região de saúde, deve estabelecer critérios propiciadores de certo grau de resolutividade àquele território, como suficiência em atenção básica e parte da média complexidade. Quanto à garantia de atenção na alta complexidade e em parte da média, as regiões deveriam pactuar entre si arranjos inter-regionais, com agregação de mais de uma região em uma macrorregião (Brasil, 2006, p. 19).

---

Segundo Costa e Oliveira (2016), o pacto gerou, entre outros aspectos, uma proposta de classificação diversificada e ampliada de regiões, ou seja: intraestaduais, compostas por mais de um município, dentro de um mesmo estado; intramunicipais, organizadas dentro de um mesmo município com grande extensão territorial e densidade populacional; interestaduais, conformadas por municípios limítrofes em diferentes estados; e fronteiriças, configuradas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos.

Realçamos, contudo, o posicionamento central dos atores sociais e políticos que firmaram o pacto pelo SUS dizia respeito ao que já se havia construído até então. Entretanto, considerando a reorientação dos papéis do Estado em novo ciclo político. O intuito era, em síntese, conservar a unidade de princípios constitucionais, porém, reinventar uma diversidade operativa adequada ao novo contexto:

[...] uma unidade de princípios que, guardando coerência com a diversidade operativa, respeita as diferenças loco-regionais, agrega os pactos anteriormente existentes, reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de cogestão e planejamento regional, fortalece os espaços e mecanismos de controle social, qualifica o acesso da população à atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valoriza a macro função de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo (Brasil, 2006, p.7).

Essa breve menção à concepção relacional de região de saúde também sinaliza frutos produzidos pelo projeto piloto em discussão, não obstante sua sintonia com a reforma gerencial do Estado concentrada essencialmente no custo-benefício. A dinâmica societária e os múltiplos atores sociais envolvidos naquela experiência piloto também foram ponto de partida para a ampliação de redefinições de região de saúde. Em outras palavras, as experiências protagonizadas em contextos sociopolíticos anteriores não foram apagadas em novo contexto.

### **Notas sobre a reforma do Estado no Brasil na década de 1990: algumas repercussões na política de saúde do Ceará**

Favorável às reformas do Estado ocorridas na década de 1990, Mendes (1999) admite ser o SUS um processo em marcha, legal, legítimo e inacabado. Quanto a essas reformas, o autor seguia linha semelhante à do governo do período que defendia o fortalecimento apenas da capacidade regulatória do Estado e a mera condução da política de saúde. Mesmo assim, segundo Mendes (1999), no âmbito da saúde o Estado brasileiro teria realizado as reformas mais consequentes.

---

Concordamos, apenas parcialmente, com tal posicionamento, pois, embora se admita que o SUS é um processo sempre inacabado, porquanto lida com processos humanos e sociais que se transmutam permanentemente, questiona-se as possibilidades de fortalecimento dessa política pública diante de tais propósitos do Estado.

Desse modo, admitimos ser importante destacar uma definição de política pública que nos ajude a refletir sobre a relação entre Estado e política pública, com suporte em Lemieux (1994), autor que pesquisou o sistema de saúde canadense e definiu políticas públicas como tentativas de regular situações – expressas em coletividades, entre coletividades, estados nacionais, regiões ou municípios de um mesmo país – que apresentam problemas públicos. Como acrescenta, problema público é aquele que interfere na repartição dos meios entre os atores sociais e a regulação não é, obrigatoriamente, igualitária. Então, a perspectiva de ter o Estado brasileiro naquele período efetuado as reformas mais consequentes no âmbito da saúde pode merecer várias ponderações que, entretanto, não teríamos como desenvolver no limitado espaço deste artigo.

Entre os propósitos mais gerais dessa reforma, enfatiza-se, com fundamento em Abu-El-Haj (2013), uma “reformulação do pacto federativo”, uma reestruturação econômica e a adoção de uma nova concepção de administração pública, denominada gerencial. A primeira se tornaria possível com a centralização dos recursos do Fundo Social de Emergência (FSE) pela União, a quem cabia a gestão, fortalecendo a direção político-eleitoral do Governo Federal e, assim, enfraquecendo unidades federadas e subordinando os municípios. Quanto à reestruturação econômica, consistiria em modificação estrutural do papel institucional do Estado e de sua lógica de intervenção, com o intuito de facilitar a inserção do país na globalização, como, por exemplo, as privatizações de empresas e setores públicos. Quanto à reforma gerencial, a qual nos interessa mais de perto, tendo em vista os propósitos deste artigo, visava a constituir uma estrutura administrativa voltada à obtenção de resultados e aproximava-se da lógica da empresa privada. Para tanto, as atribuições do Estado foram classificadas como exclusivas (regulamentação, fiscalização, fomento, segurança pública e seguridade social básica) e não exclusivas (os serviços de modo geral, propiciando o ingresso de investidores privados, via privatização, terceirização e publicização).

No plano específico da política de saúde, a ordem era abranger o maior número de pessoas com o menor dispêndio, não importando a qualidade dos serviços – embora, paradoxalmente, em quase todas as instituições de saúde existisse o programa da qualidade. O grande interesse era possibilitar “maior retorno”, ou seja, o principal parâmetro de avaliação era a relação custo-benefício. Daí a funcionalidade da regionalização e microrregionalização da oferta de serviços.

---

## Metodologia

Como mencionado, este artigo tem suporte em pesquisa qualitativa e a metodologia adotada foi o estudo de caso, com inspiração em Becker (1997). Desenvolveu-se mediante estudos bibliográficos, exame acurado de fontes documentais e trabalho de campo.

Quanto à pesquisa de natureza bibliográfica, com vistas a fundamentar a análise do vasto material empírico recolhido, apoiou-se em vários autores, destacando-se: Harvey (1993); Abu-El-Haj (2013); Cohen e Franco (2000); Donabedian (1990); Fialho (1999); Mendes (1999, 2000, 2001a, 2001b, 2002); Merhy (2005); Oliveira (1977); Santos (1996); Saquet (2007); Lemieux (1994).

Em relação às fontes documentais, examinamos: Brasil (1994, 1997, 2000, 2001a, 2001b, 2001c, 2001d; 2002, 2006, 2011); Ceará (2000a, 2000b, 2001a, 2002, 2001b, 2002a, 2002b, 2002c, 2002d); Constituição (1988); Lei n. 8.080 (1990); Lei n. 8.142 (1990); Norma (1991a, 1991b, 1993, 2001); Portaria n. 393 (2001); Portaria n. 2.203 (1996). Entre esses documentos se encontram os produzidos por consultores que acompanharam o processo<sup>1</sup>. Além disso, escutamos áudios e consultamos transcrições de fitas cassete (K7) gravadas durante a implantação do projeto piloto, que reproduzem momentos significativos da experiência em questão.

O trabalho de campo consistiu em entrevistas com membros da equipe profissional que constituiu o projeto piloto, bem como a realização de observação participante. Esta foi viabilizada em virtude da participação de uma das autoras deste artigo em todo o processo de implantação do projeto piloto em discussão, na qualidade de representante da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), no grupo de condução e na coordenação do Curso de Aperfeiçoamento em Gestão dos Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde.

## Principais resultados da pesquisa

A natureza qualitativa desta pesquisa e a metodologia ora descrita possibilitaram a análise em detalhe do trabalho de implantação do projeto piloto, que serviu como matriz para o processo de implantação das microrregiões de saúde no Ceará, e proporcionaram a reunião dos resultados apresentados nesta seção.

### **O processo preparatório de implantação das microrregiões de saúde: a articulação de alianças estratégicas**

No processo de implantação das microrregiões de saúde, constituíram-se alianças estratégicas com o intuito de garantir sua sustentabilidade. Além disso, a Sesa contou com

---

<sup>1</sup> Eugênio Vilaça Mendes, Rifat Atun e Javier Martinez, cujas participações foram possíveis com o apoio do governo britânico, por meio do Department for International Development (DIFD).

---

a parceria do governo britânico, por meio do Department for International Development (DFID), o qual, no período de 1996 a 1999, desenvolveu no Ceará o Projeto de Apoio à Reforma do Sistema Único de Saúde como resultado dessa parceria.

Ampliado para o quadriênio 2000-2003, intitulou-se Projeto de Apoio à Reforma do Setor Saúde no Estado do Ceará (Parssec), implementado conjuntamente pela Sesa e ESP/CE. Também visava à transferência de *know-how*, por meio de consultorias, treinamentos, viagens de estudo e outros. Estabeleceu-se sob o enfoque de processo, mediante plano de trabalho que definia as atividades a consolidar. As áreas prioritárias para investimento no período de vigência do projeto englobavam: desenvolvimento institucional da Sesa, com o propósito de aprimorar o *status* técnico e gerencial de seu quadro de gestores e adequá-lo à nova modelagem da gestão estadual; reordenação dos serviços de atenção primária, secundária e terciária em bases microrregionais; aprimoramento da capacitação do corpo técnico da Sesa e do corpo docente da ESP/CE; e estímulo a maior integração entre Estado e sociedade civil, mediante participação da população.

O Parssec foi organizado por meio de subprojetos como: 1) desenvolvimento institucional da Sesa; 2) implantação dos sistemas microrregionais de serviços de saúde; 3) educação permanente no sistema público estadual de serviços de saúde; e 4) desenvolvimento da sociedade civil.

O subprojeto 2, “implantação dos sistemas microrregionais de serviços de saúde”, propiciou o suporte técnico e financeiro para o trabalho implementado na Sesa, notadamente no que se refere ao processo de descentralização, uma das tônicas do Governo Federal naquele contexto de reforma do Estado.

Em sua primeira versão, o plano previa as seguintes atividades: a) estudos sobre os fluxos de atenção à saúde; b) definição dos critérios para a regionalização da atenção à saúde; c) divisão espacial da atenção à saúde (184 municípios, das 21 microrregiões e 3 macrorregiões); d) processo de implantação das microrregiões de saúde; e) instalação das comissões intergestoras bipartites microrregionais.

Idealizou-se, então, uma rede de parceiros estratégicos, constituída pelo Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems), a Associação dos Municípios do Maciço de Baturité (Amab), a ESP/CE e o 1º Departamento Regional de Saúde (1º Deres).

Destacamos o seguinte: o Cosems exerceu papel fundamental na articulação dos secretários municipais de saúde da área e facilitou a interlocução entre a Sesa e as secretarias municipais de saúde. Nesse prisma, a Amab se fortaleceu, politicamente, em virtude de sua atuação em defesa dos interesses da região, sendo agente imprescindível e facilitador da adesão dos prefeitos à proposta de descentralização apresentada pela Sesa, o que facilitou a pactuação política decorrente do processo; à ESP do Ceará coube a importante tarefa de elaboração teórico-metodológica do Curso de Aperfeiçoamento em Gestão dos Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde, o qual tinha por objetivos: a) facilitar o

---

engajamento dos gestores e técnicos das secretarias municipais de saúde na organização do sistema microrregional de serviços de saúde; b) promover uma compreensão básica do conceito de sistemas microrregionais e da necessidade de adotar a lógica da microrregião para a organização dos serviços de saúde; c) desenvolver atitudes propícias ao fomento de inter-relações entre as equipes municipais, necessárias à estruturação dos sistemas microrregionais de serviços de saúde.

### **Localização do projeto piloto: critérios utilizados na escolha da área**

A escolha do Maciço de Baturité como área receptora de experiência piloto no Ceará decorreu de critérios ligados a fatores de ordem técnica e logística. Tal área agrega vários aspectos facilitadores da cooperação da esfera estadual com a regional, destacando-se a existência da Amab e de uma rede de serviços de saúde de nível secundário com capacidade de atendimento resolutivo às demandas de serviços de saúde pela população da microrregião.

No período, a população do Ceará estava exposta, simultaneamente, às chamadas doenças da modernidade, como neoplasias e doenças do aparelho circulatório e respiratório, ao lado de agravos relacionados a causas externas, como violência e acidentes de trânsito. Ao mesmo tempo, a população lidava com doenças associadas à pobreza, como tuberculose, diarreia, hanseníase e cólera, entre outras.

De acordo com o planejamento governamental do estado de então, a política de saúde priorizava ações voltadas à infância, à melhoria do acesso e da acessibilidade aos serviços básicos da área, bem como ações de prevenção de doenças.

A Microrregião de Baturité, naquele momento, era composta pelos municípios de Aracoiaba (24.615 habitantes), Aratuba (11.843 habitantes), Baturité (29.894 habitantes), Capistrano (15.847 habitantes), Guaramiranga (5.537 habitantes), Itapiúna (14.532 habitantes), Mulungu (8.313 habitantes) e Pacoti (11.338 habitantes), os quais guardam características similares e localizam-se em área serrana do estado, exceto Aracoiaba, situada em área contígua a esses municípios (Andrade, 2007).

Como divulgado, a região se destaca pelas belezas naturais e, no período, a ocupação da população nas atividades agrícolas era predominante e voltada à produção de hortifrutigranjeiros. Um forte traço cultural desses municípios é o gosto das pessoas pela dança e sua forte religiosidade.

Em dezembro de 1998, no início do processo de microrregionalização, 62,5% dos municípios da área estavam habilitados, de acordo com a NOB SUS/1996, sob a forma de Gestão Plena do Sistema Municipal, a qual faculta a elaboração da programação municipal, inclusive a prestação de assistência ambulatorial especializada e hospitalar. Os demais municípios estavam habilitados sob a forma de Gestão Plena da Atenção Básica, que faculta a elaboração da programação municipal de serviços básicos, gerenciamento de

---

unidades ambulatoriais próprias, contratação, controle e pagamento aos prestadores de serviços, procedimentos e ações de assistência básica.

Logo em seus momentos iniciais, a preocupação dos atores públicos empenhados na implantação da experiência com a garantia de sustentabilidade do processo em análise desencadeou o estabelecimento de alianças estratégicas entre técnicos e representantes políticos do estado e da região de Baturité. O enfoque metodológico priorizado na efetivação do projeto piloto foi o de processo, mediante plano de trabalho com delimitação de atividades cujas áreas prioritárias abrangiam o desenvolvimento institucional da Sesa, objetivando o aprimoramento técnico e gerencial dos quadros de gestores e a reordenação dos serviços de atenção primária, secundária e terciária em bases microrregionais, assim como a valorização da participação da população, a qual se tornou possível mediante representantes dos conselhos municipais da região.

### **A constituição do projeto piloto: os oito passos e os atores sociais que a protagonizaram**

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

O grupo ora referido prestou assessoria técnica aos demais protagonistas envolvidos, sobretudo por meio de acompanhamento de suas atividades e propondo redimensionamentos, quando necessário. Outra responsabilidade do grupo era a construção de instrumentos teórico-metodológicos necessários ao desenvolvimento da proposta, os quais eram experimentados e ajustados na prática, com a participação dos técnicos dos municípios envolvidos. Procedia ao monitoramento e à avaliação das atividades e responsabilizava-se pela articulação dos diversos setores da Sesa e da ESP/CE, no sentido da efetivação do Curso de Aperfeiçoamento em Gestão dos Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde, cuja centralidade no processo é discutida a seguir.

O segundo passo constou da realização de seminário interno da Sesa, durante o qual se refletiu sobre os sistemas microrregionais de serviços de saúde, sob a coordenação do consultor de saúde Eugênio Vilaça Mendes. A finalidade básica desse seminário era desencadear a construção de uma lógica de reorganização dos serviços, diferenciada da até então vigente, ainda decorrente do processo original de municipalização verificado no país com a chegada da redemocratização.

Não obstante seus efeitos positivos, tal lógica de reorganização se centrava no município isoladamente, ou seja, cada município buscava a resolução de seus problemas

---

de saúde. A nova racionalidade proposta no caso do projeto piloto consistia em destacar a solidariedade e a troca, com o intuito de potencializar os recursos. A perspectiva era a das economias de escala e de escopo; ao mesmo tempo, também havia preocupação com a melhoria da qualidade dos serviços.

Por sua vez, o terceiro passo constou da realização de fórum para: a) proceder à revisão dos princípios básicos de regionalização da atenção à saúde; b) apresentar e discutir a proposta de implantação dos sistemas microrregionais em análise; e c) definir as responsabilidades das instâncias estadual e municipais na área. A presença de prefeitos e secretários municipais de saúde da microrregião de Baturité, de representações do Governo do Estado do Ceará, do DFID, de técnicos da Sesa e dos municípios envolvidos foi facilitada pela articulação entre a diretoria de coordenação regional da Sesa e a Amab.

O quarto passo constou da elaboração de diagnóstico de acordo com os respectivos municípios. Os objetivos previstos eram: a) conhecer a realidade; b) conhecer o outro; c) conhecer o conjunto; d) identificar potenciais; e) identificar fragilidades; f) subsidiar a elaboração dos projetos de intervenção; e g) reordenar informações para a pactuação das ações, por meio da Comissão Intergestora Bipartite Microrregional (CIB-MR). Nesse caso, o desafio era conhecer a realidade sob a ótica de cada município e do conjunto, mediante identificação de potencialidades e fragilidades, com vistas à definição de prioridades, à elaboração de projetos por área temática e ao estabelecimento de um marco para análise comparativa. Na expectativa do GT-MR, todos os atores envolvidos deveriam compartilhar o processo e firmar compromissos mútuos no sentido da pactuação em nível microrregional, antecipando-se à possibilidade de estrangulamentos, desagregações ou isolamentos.

Três aspectos foram priorizados na construção do diagnóstico: a) informações gerenciais; b) informações referentes à infraestrutura de serviços; e c) informações relacionadas aos perfis epidemiológicos. No tocante ao gerenciamento, as informações foram consolidadas na visão do conjunto dos municípios da microrregião, com o propósito de estimular o pacto por uma situação positiva almejada por todos, porquanto as medidas gerais seriam mais aceitáveis. As informações de infraestrutura foram localizadas por município, com vistas à adoção de medidas estratégicas para a organização dos serviços no conjunto da microrregião, considerando a resolutividade e a economia de escala. Já as informações epidemiológicas foram apresentadas por município e por microrregião, sob a perspectiva de que as taxas gerais poderiam ocasionar impacto e estimular o compromisso quanto à manutenção ou o alcance de uma situação positiva individual almejada pelo conjunto dos municípios.

Realizado por área temática e conduzido por especialistas que rastream várias fontes de informações necessárias à elaboração do “retrato” dos municípios, esse diagnóstico subsidiou os desenhos dos projetos de intervenção, fundamentou a chamada programação pactuada integrada dos municípios e a pactuação na CIB-MR em discussão.

---

O quinto passo constou da realização do Curso de Aperfeiçoamento em Gestão dos Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde. Sua justificativa dizia respeito à compreensão de que o projeto piloto desencadearia a produção de novos conhecimentos, métodos e estratégias de trabalho, com forte dimensão pedagógica inerente à dinâmica de capacitação dos gestores e técnicos das secretarias municipais.

A partir do segundo módulo desse curso, seus participantes passaram a trabalhar na elaboração e execução dos projetos para a estruturação dos diversos sistemas na microrregião, sempre permanecendo envolvidos na efetivação de um projeto relacionado ao processo. A adoção dessa metodologia teve como ponto de partida os conhecimentos e as experiências acumulados pelos profissionais envolvidos, ao mesmo tempo que priorizou uma abordagem educacional fundamentada na chamada aprendizagem baseada em problemas, associada a trabalhos grupais e seminários.

Carvalho (2006) define essa abordagem como construtivista, a qual, apoiada na psicologia cognitiva, propiciaria a aquisição de conhecimentos. Os pontos de partida seriam problemas interdisciplinares contextualizados, visando à motivação necessária ao aprendizado profundo, de modo a facilitar a transferência desse conhecimento. Tratava-se, em síntese, de “aprender a fazer, fazendo”.

O sexto passo constou da composição de câmaras técnicas por área temática, após a realização de cada sessão dos módulos do curso. Sua responsabilidade se vinculava ao refinamento de projetos de intervenção da área específica, desenhado preliminarmente no decorrer da sessão. A câmara técnica definia o cronograma de trabalho das reuniões posteriores e o município-sede onde seria realizada cada uma delas, o qual se tornava responsável pelo apoio logístico necessário aos trabalhos<sup>2</sup>.

A despeito de considerar as áreas temáticas afins, para funcionamento das câmaras técnicas, após a elaboração dos projetos por áreas temáticas foram realizadas análises para identificar interseções entre elas. Ao finalizá-las, a coordenadoria das microrregiões de saúde, representada pelas equipes de nível central e microrregional, reunia-se com o consultor nacional para procederem à sistematização e propiciar o retorno à CIB-MR, para pactuação.

O sétimo passo da experiência constou do processo de pactuação, o qual foi antecedido pela análise dos projetos elaborados por área temática. Nessa ocasião, identificaram-se suas interfaces, efetuou-se uma classificação<sup>3</sup> e verificou-se a viabilidade de execução. O objetivo era estabelecer uma visão geral dos projetos microrregionais e da temporalidade

---

**2** Utilizava-se o método Planejamento de Projetos Orientado por Objetivos (*Zielorientierte Projektplanung – ZOPP*), de modo simplificado. Esse método foi proposto pela Agência Alemã de Cooperação Técnica (*Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit – GTZ*) e privilegia a participação social.

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

---

para sua execução e acompanhamento. Também compreendia dupla dimensão: uma técnica e outra política. Enquanto a primeira visava ao aperfeiçoamento dos projetos considerando os recursos e a disponibilidade dos municípios, a segunda consistia em oportunidade na qual os gestores construía documentos de adesões e compromissos com os projetos apresentados. Efetivava-se, assim, o desenho da rede de atenção e assistência à saúde da microrregião em análise.

Destacamos que a pactuação técnica se realizou após o término de todos os projetos com a participação de secretários de saúde e respectivos assessores, da equipe microrregional e de representante da Sesa. Quanto à pactuação política, transcorreu ao término dos projetos e contou com a participação de prefeitos, representantes da CIB-MR, demais secretários de governo e o secretário estadual da saúde ou representante.

Finalmente, o oitavo passo constou da avaliação geral da experiência e apoiou-se em autores como Cohen e Franco (2000) e Donabedian (1990), entre outros. Em abril de 1999 foi realizado um encontro destinado à avaliação geral, priorizando duas perspectivas de leituras: uma com a participação do GT-MR, técnicos da Sesa e representantes do 1º Deres e outra com a participação dos secretários de saúde e técnicos da Microrregião de Baturité.

A metodologia de avaliação adotada foi o brainstorming (tempestade de ideias), mediante a qual os participantes evidenciaram pontos considerados de impulso, assim como os de estrangulamento, ao tempo em que sugeriram reformulações, atividades e providências.

Outra modalidade de avaliação consistiu em análises dos relatórios apresentados ao GT-MR e dos projetos resultantes das câmaras técnicas. Finalmente, em agosto de 1999, foi promovida uma mesa-redonda com a participação dos secretários municipais de saúde e técnicos da Microrregião de Baturité, Crateús, Iguatu, Maracanaú, Quixadá e Tianguá. O depoimento a seguir, extraído de documento oficial, é ilustrativo da importância do processo, embora sob a ótica de profissional de segmento específico, entre os que atuaram na constituição do projeto piloto:

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

Como evidenciado, o processo de aprendizagem da experiência piloto da Microrregional de Baturité influenciou os atores sociais de todos os demais municípios do

---

Ceará em seus processos de microrregionalização. Apesar das muitas dificuldades, estes persistem na busca pela melhoria dos serviços de saúde oferecidos à população.

## **Conclusão**

A pesquisa que deu suporte a este artigo propiciou não só “rastrear” etapas e resultados relevantes nas arenas política e técnica que influenciaram o projeto piloto, mas também visibilizar sua influência no desenho de expansão da proposta de microrregionalização da saúde do Ceará, a qual repercutiu na política de saúde do país. Propiciou, especialmente, a compreensão dos fios que ligam passados recentes ao presente, porquanto em sociedades democráticas as experiências poderão se transformar em novos pontos de partida para renovadas formas de atuação.

Por meio da experiência de constituição do projeto piloto desenvolvido em Baturité-CE, objeto de pesquisa aqui discutido, constatamos a germinação de conhecimentos, métodos, técnicas e instrumentos sobre determinada forma de organização de serviços de saúde. Desse modo, a contribuição de atores sociais, atores políticos e técnicos integrantes dos quadros da Sesa se mostrou muito relevante na posição de pioneirismo do Ceará, ao consolidar a regionalização que não só antecedeu à NOAS, de 2001, mas serviu de modelo para a política nacional de saúde nesse aspecto.

Um dos resultados mais efetivos do projeto piloto foi o fortalecimento de fóruns de negociação, conselhos municipais de saúde e comissões intergestoras bipartites. No decorrer da experiência, rompeu-se o isolamento até então existente entre os municípios no que se refere à prestação de serviços de saúde, pois os diagnósticos apresentados estimularam a colaboração entre eles. A interlocução dos secretários de saúde possibilitou o desenho de soluções coletivas para os problemas comuns.

A meta mobilizadora “a saúde mais perto do povo, o povo mais perto da saúde”, formulada no decorrer da implantação do projeto piloto, traduziu no imaginário coletivo o desejo das pessoas terem acesso e acessibilidade às ações e aos serviços de saúde condizentes com suas demandas.

Não obstante o contexto de redução das responsabilidades sociais do Estado brasileiro, sob a justificativa da necessidade de reforma e dentro desta a administração gerenciada, desencadearam-se mudanças na organização dos serviços de saúde. Como mencionado, as respostas construídas pelos governos municipais, contando com apoio técnico e financeiro dos governos estadual e federal e até de organismos internacionais, expressaram não só o propósito de racionalização de recursos, mas também a melhoria dos serviços.

Tal melhoria expressa a capacidade de mobilização dos quadros da Sesa e posturas éticas de segmentos profissionais. Portanto, homogeneizações não são adequadas nas

---

análises das ações de agentes do Estado. Mostra-se imprescindível admitir a heterogeneidade e a existência de comprometimento desses profissionais com a saúde e a vida, para além de posições político-partidárias. Embora vislumbrem projetos societários diversos, têm experiências, ideais, éticas e posturas distintas que, no campo das políticas públicas, podem ressignificar “estratégias vindas de fora”, transformando-as em pontos de partida rumo ao atendimento das demandas por melhores serviços, como no caso analisado.

## Referências bibliográficas

- Abu-El-Haj, J. (2013). Entre a governança administrativa e a governabilidade política: uma perspectiva histórica das reformas administrativas no Brasil. *Gestão e Controle*, 1(1), 15-52.
- Andrade, M. G. M. L. (2007). *Microrregiões de saúde: a experiência do estado do Ceará* (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE.
- ANDRADE, M. G. M.L. de; COSTA, L. F. A. da. Política de saúde e microrregionalização em face da reforma do Estado: uma experiência pioneira no Ceará – Brasil. *Anais da III Jornada Internacional de Políticas Públicas*. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2007.
- Becker, H. (1997). *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Brasil. (1994). *Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (1997). *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2000). *IDB 2000: Brasil – indicadores e dados básicos para a saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2001a). Parâmetros consensuais sobre a implementação e regulação da Emenda Constitucional n. 29. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde.
- Brasil. (2001b). *Gestão municipal de saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro, RJ: Ministério da Saúde .
- Brasil. (2001c). *Instrumentos de gestão: manual de consulta rápida*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2001d). *Caderno Conass. Relatório da diretoria do Conass na gestão do presidente Anastácio de Queiroz Souza e coletânea de oficinas de trabalho do Conass no período de agosto de 1999 a outubro de 2000*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
- Brasil. (2002). *Guia do conselheiro: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2006). *Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão* (Série Pactos pela Saúde). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

- 
- Brasil. (2011). *Legislação Estruturante do SUS*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
- Carvalho, C. (2006). A aprendizagem baseada em problemas: a importância do tutor. *Educação em Poucas Palavras*, (6), 23-26.
- Ceará. (2000a). *Consolidado o novo Ceará: plano de desenvolvimento sustentável 1999-2002*. Fortaleza, CE: Secretaria de Planejamento e Coordenação.
- Ceará. (2000b). *Sistemas microrregionais de serviços de saúde de Baturité*. Fortaleza, CE: [s.n.].
- Ceará. (2001a). *Resolução n. 3/2001. Aprova a tipologia dos hospitais na rede assistencial do SUS*. Fortaleza, CE: Conselho Estadual de Saúde.
- Ceará. (2001b). *Conjuntura econômica: 2000*. Fortaleza, CE: Secretaria de Planejamento e Coordenação.
- Ceará. (2002a). *Microrregiões de saúde: uma opção do Ceará*. Fortaleza, CE: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.
- Ceará. (2002b). *O modo de fazer saúde no Estado do Ceará*. Fortaleza, CE: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.
- Ceará. (2002c). *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Fortaleza, CE: Escola de Saúde Pública do Ceará.
- Ceará. (2002d). *Sistemas microrregionais de serviços de saúde: uma estratégia de reorganização do SUS – Ceará*. Fortaleza, CE: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.
- Cohen, E., & Franco, R. (2000). *Avaliação de projetos sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. (1988, 5 de outubro). Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)
- Costa, L. F. A., & Oliveira, L. C. (2016). O Sistema Único de Saúde na confluência do público e do privado e o serviço social. In L. F. A. Costa, & H. M. C. B. Ribeiro (Orgs.), *Políticas de saúde e serviço social: contradições, ambiguidades e possibilidades*. Campina Grande, PB: Ed. UFCG.
- Donabedian, A. (1990). *Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica: un texto introductorio*. México, DF: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Fialho, T. M. M. (1999). Ciclos políticos: uma resenha. *Revista de Economia Política*, 19(2), 131-149.
- Harvey, D. (1993). *A condição pós-moderna*. São Paulo, SP: Loyola.
- Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF.
- Lei n. 8.142, de 29 de dezembro de 1990*. (1990). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intragovernamentais de recursos na área de saúde e dá outras providências. Brasília, DF.

- 
- Lemieux, V. (1994). Les politiques publiques et les alliances d'acteurs. In V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin, & G. Bélanger (Dir.), *Le système de santé au Québec: Organisations, acteurs et enjeux* (pp. 107-128). Québec, Canada: Les Presses de l'Université Laval.
- Mendes, E. V. (1999). *Uma agenda para a saúde*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Mendes, E. V. (2000). A descentralização do sistema e serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In Autor, *A organização da saúde no nível local*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Mendes, E. V. (2001a). *Os grandes dilemas do SUS* (Vol. 1). Salvador, BA: Casa da Qualidade.
- Mendes, E. V. (2001b). *Os grandes dilemas do SUS* (Vol. 2). Salvador, BA: Casa da Qualidade.
- Mendes, E. V. (2002). *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Fortaleza, CE: Escola de Saúde Pública do Ceará.
- Merhy, E. E. (2005). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Norma Operacional Básica SUS 01/91*. (1991a). Brasília, DF.
- Norma Operacional Básica SUS 01/96*. (1991b). Brasília, DF.
- Norma Operacional Básica SUS 01/93*. (1993). Brasília, DF.
- Norma Operacional de Assistência à Saúde*. (2001). Brasília, DF.
- Oliveira, F. (1977). *Elegia para uma re(li)gião: Sudene, Nordeste, planejamento e conflitos de classe*. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra.
- Portaria n. 393, de 29 de março de 2001*. (2001). Aprova a agenda nacional da saúde, Brasília, DF.
- Portaria n. 2.203, de 5 de novembro de 1996*. (1996). Estabelece a norma operacional básica do Sistema Único de Saúde, NOB SUS 01/96. Brasília, DF.
- Santos, M. (1996). O retorno do território. In M. Santos, M. A. A. Souza, & M. L. Silveira (Orgs.), *Território: globalização e fragmentação*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Saquet, M. A. (2007). *Abordagens e concepções de território*. São Paulo, SP: Expressão Popular.