

Série CONASEMS / CEBES - Saberes e Práticas da Gestão Municipal

# SUMÁRIO / SUMMARY

EDITORIAL / EDITORIAL
APRESENTAÇÃO / INTRODUCTION
ARTIGO DE DEBATE / DEBATE ARTICLE
O desafio da gestão municipal em relação à contratação da força de trabalho em saúde  The challenge for local administration in relation to hiring the workforce in health care services  Elizabete Vieira Matheus da Silva & Silvio Fernandes da Silva
ARTIGO DE DISCUSSÃO / <i>DISCUSSION ARTICLE</i>
O SUS e a política de recursos humanos em saúde The Unified Health System (SUS) and human resources policy in health Maria Helena Magalhães de Mendonça
Gestão municipal e contratação da força de trabalho: qual o foco do debate?  Local administration and hiring the workforce: on what is the debated focused?  Maria Helena Machado
ARTIGO DE DEBATE / DEBATE ARTICLE
Complementando a discussão sobre o planejamento em saúde: quem ensina municípios a planejar?  Complementing the discussion on health care planning: who teaches the local authorities how to plan?  Márcia Reis Rocha Rosa
ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES
Saúde urbana e cidadania <i>Urban health and citizenship</i> Sonia Fleury
Gestão de pessoal na administração direta: a experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Amparo, São Paulo Personal manegement in direct administration: the experience of Municipal Health Secretary of Amparo, São Paulo. Aparecida Linhares Pimenta
Saúde mental & cidadania: a resposta de Fortaleza, Ceará  Mental health & citizenship: the answer of Fortaleza, Ceará  Luiz Odorico Monteiro de Andrade; Raimunda Félix de Oliveira; Evelyne Nunes Ervedosa Bastos;  Marcelo Brandt Fialho & Lídia Dias Costa
Academia da Terceira Idade: Promoção da Saúde e Atividade Física em Maringá Fitness Academy for the Third Age: Promoting Health and Physical Activity in Maringá, Paraná, Brazil Ana Rosa Oliveira Poletto Palácios & Antonio Carlos Figueiredo Nardi
Samu-192 e georreferenciamento de ocorrências atendidas: a experiência de Olinda, Pernambuco Georeferencing emergency ambulance services: the experience of Olinda, Pernambuco Amanda Priscila de Santana Cabral; Márcia Maria Cavalcanti Marcondes; Tereza Adriana Miranda de Almeida & João Veiga Leitão de Albuquerque Filho
Construindo saberes e práticas: o projeto humanização em Petrolina, Pernambuco Building knowledge and practices: the humanization project in Petrolina, Pernambuco Ângela de Oliveira Carneiro; Maria Auxiliadora da Silva Benevides & Isleide Carmen Silva Costa

## **EDITORIAL**

Com enorme satisfação que o CEBES lança mais um número da *Divulgação em Saúde para Debate* série Saberes e Práticas da Gestão Municipal. Neste número destacam-se os problemas e soluções referentes à gestão municipal no que toca, principalmente, aos recursos humanos e à gestão da saúde no espaço urbano.

A gestão de recursos humanos está na pauta dos dilemas que precisam ser urgentemente enfrentados pelo SUS. A expansão do sistema para o nível municipal deu nova institucionalidade ao sistema de saúde brasileiro e permitiu a ampliação da cobertura e do acesso, o que causou impacto positivo nas condições de saúde dos munícipes.

A expansão do papel municipal só foi possível pela ampliação da capacidade estatal, a qual se deu, em grande parte, graças ao aumento expressivo da força de trabalho em saúde nos municípios. Contudo, as restrições legais impostas ao crescimento do estado na década de 1990 fizeram com que essa força de trabalho se incorporasse de forma precária, heterogênea e segmentada. Isso tem causado problemas para a gestão, tem comprometido a continuidade e qualidade dos serviços e infringido os preceitos básicos do trabalho no SUS.

Neste número, alguns artigos debatem as conseqüências desse problema e apontam algumas alternativas. O CEBES está totalmente envolvido nessa discussão, pois considera que a garantia de boas condições de trabalho são fundamentais para a universalização do direito à saúde.

A gestão da saúde no espaço urbano é tratada, aqui, sob diversos enfoques, o que só faz comprovar a amplitude do tema: os artigos abrangem desde o lugar da cidadania na complexidade do contexto urbano e o papel da saúde, até relevantes análises de experiências de intersetorialidade e interinstitucionalidade de práticas e programas do SUS que contribuem para a gestão integrada de demandas cada vez mais interdependentes e complexas. E tudo converge para a confirmação, também incorporada aqui, da necessidade de retomada do planejamento na consolidação do SUS nos municípios.

Com certeza este número confirmará, mais uma vez, que o esforço de problematizar nossas experiências no SUS nos une e dá força para seguir sempre em frente.

Boa leitura!

A Diretoria Nacional

#### **FDITORIAI**

the Learnings and Practices of Local Administration series. In this edition we underline the problems and solutions relative to local administration regarding, above all, human resources and health care management in urban areas.

Human resource management is on the list of dilemmas that urgently need to be confronted by the SUS. The expansion of the system to a local level has given Brazilian health care a new institutional aspect and enabled an improvement to both coverage and access, which has caused a positive impact on local health conditions.

The expanded role played by local authorities was only made possible by increasing the state capacity, which came about largely thanks to the expressive growth in the health care workforce in the towns. However, legal restrictions imposed on state growth in the 1990s led to this workforce being incorporated in a precarious, heterogeneous and segmented manner. This has caused management problems, compromised the continuity and quality of the services and infringed upon the basic precepts of the SUS work.

In this magazine, some articles discuss the consequences of this problem and indicate some alternatives. The CEBES is entirely involved in this discussion, as it considers that ensuring good working conditions is fundamental for making the right to health care universal.

Health care management in urban areas is dealt with here from various angles, which only serves to prove the amplitude of the theme: the topics of the articles range from the place held by citizenship in the system of an urban context and the role played by health care, to relevant analyses of experiences of private/public sector and inter-

institutional SUS projects and practices that contribute to an integrated management of the ever more interdependent and complex demands. And everything converges on the confirmation, also embodied herein, of the need to resume planning the consolidation of the SUS in the towns.

This edition shall certainly confirm, once more, that the effort to critically examine our experiences in the SUS unites us and gives us the force to always push on forwards.

Happy reading!

National Board

## **APRESENTAÇÃO**

quarto número da revista Divulgação em Saúde para Debate, Série CONASEMS e CEBES — Saberes e Práticas da Gestão Municipal traz oito artigos e algumas inovações. Há um artigo de debate, discutido por dois outros autores, e um artigo de opinião, além das experiências bem sucedidas na gestão do SUS.

Esperamos, com isso, abrir janelas que nos permitam ter olhares diversos sobre um mesmo tema. Problematizações e opiniões que enriqueçam o debate, fortalecendo o SUS que sonhamos, queremos e fazemos no nosso dia-a-dia como aestores, profissionais, usuários. cidadãos.

Nesse número, inquaurando o artigo de debate, apresentamos o tema da contratação da forca de trabalho no SUS e o processo de descentralização das ações e serviços de saúde. Entram em cena questões fundamentais como a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), a Lei 11.350/ 2006, que admite a contratação de agentes comunitários e de combate às endemias apenas pela administração pública direta.

O artigo de debate. "O desafio da gestão municipal em relação à contratação da força de trabalho em saúde", não apenas problematiza a situação vivenciada pelos municípios, por meio do relato de algumas experiências, como também aponta possíveis soluções. Instigando o debate, apresentamos duas opiniões, dois olhares sobre o tema em questão.

"Complementando a discussão sobre o planejamento em saúde: quem ensina municípios a planejar?", o segundo artigo, denominado 'artigo de opinião', propõe uma reflexão sobre as práticas do planejamento e a programação nos municípios. Levanta questões que suscitam respostas da comunidade científica e dos gestores dos três entes federados, considerando as dificuldades sentidas para efetivação dos processos de planeiamento em saúde.

"Saúde urbana e cidadania" situa a saúde urbana como uma nova estratégia para as políticas públicas, com potencialidade para provocar mudanças nos objetos incluídos neste campo, que vão desde as questões tradicionais da saúde até outros novos temas como a migração e a violência urbana, além da incorporação de temáticas de outras áreas, como o planeiamento urbano, a inovação social e a governança local. Discorre sobre espaço, território e cidadania, colocando a construção da cidadania como o vínculo entre a saúde e o território.

Abrindo o leque de artigos sobre as construções exitosas do SUS, temos a experiência do município de Amparo, São Paulo, no campo da gestão do trabalho. "Gestão de pessoal na administração direta: a experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Amparo, São Paulo" problematiza as dificuldades dos municípios para fazer a gestão de pessoal, enfatizando que as mesmas são resultantes do processo de construção do SUS, e não do fato de a gestão ser por meio da Administração Direta.

O quinto artigo, "Saúde mental e cidadania: a resposta de Fortaleza, Ceará", aborda a implantação da Rede Assistencial de Saúde Mental do município, promovendo direitos em saúde mental, articulando ações intersetoriais e interinstitucionais para a melhoria da aualidade de vida das pessoas, e agrantindo a participação dos movimentos sociais comprometidos com o ideário da Reforma Psiquiátrica e com os princípios do Sistema Único de Saúde.

"Academia da Terceira Idade: Promoção da saúde e atividade física" é o artigo que relata como o município de Maringá, no Paraná, por meio de parcerias entre a Prefeitura e empresas privadas, tem incentivado a prática de atividade física entre os idosos, considerando que a inatividade física é um dos principais fatores de risco para as doencas crônicas não transmissíveis.

"SAMU-192 e o georreferenciamento de ocorrências atendidas: a experiência de Olinda, Pernambuco", fala sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Uraência do município e do uso da ferramenta do aeorreferenciamento em sua realização. Informações inteliaentes. construídas a partir do registro e da análise espacial dos atendimentos realizados, têm possibilitado o desenvolvimento de acões educativas na perspectiva da promoção da saúde.

Concluindo nossas experiências bem sucedidas, o artigo "Construindo saberes e práticas: o Projeto HumanizAção em Petrolina, Pernambuco" relata a implantação do Projeto HumanizAção, especialmente o processo de construção coletiva que definiu o acolhimento como prioridade na reorganização das ações de saúde segundo os princípios do SUS.

Esta é nossa Saberes e Práticas da Gestão Municipal. Retrato vivo, porque construído por sujeitos históricos que fazem do SUS uma voz, a voz poetizada por Ferreira Gullar, que diz "quando ela canta / me lembra um pássaro mas/não um pássaro cantando: lembra um pássaro voando".

O nosso SUS é o SUS que voa: adentra territórios, cantos e recantos desse Brasil imenso e diverso, emprenhando saúde e justica social. Porque cuidar da saúde é também um ato de iustica!

Esperamos que todos se deleitem com a leitura. Que ela tenha para nós o sentido de alento e renovação de esperanças e de certezas de que o SUS é o caminho.

Vida longa ao SUS!

Helvécio Magalhães Júnior Presidente do CONASEMS

#### INTRODUCTION

The fourth edition of the magazine Divulgação em Saúde para Debate, CONASEMS and CEBES Series — Learnings and Practices of Local Administration, brings together eight articles and some innovative features. There is one article for debate, which is discussed by two other authors, and one article giving an opinion, as well as the reporting of successful experiences in the management of the Unified Health System (SUS).

With this we hope to open new avenues that enable us to have various different visions of the same theme. Critical thinking and opinions that enrich the debate, strengthening the SUS that we dream of, want and make in our daily lives as managers, professionals, users and citizens.

In this edition, inaugurating the feature article for debate, we present the theme of hiring the workforce in the SUS and the process of decentralizing health care services and actions. Fundamental issues are brought to the fore such as the Law for Fiscal Responsibility (LRF), Law 11.350/2006, which allows community agents and disease prevention agents to be hired only directly by the local authorities.

The debate article, "The challenge for local administration in relation to hiring the workforce in health care services", does not only critically examine the situation experienced by the local authorities, by means of presenting accounts of such, but also indicates possible solutions. Instigating this discussion, we present two opinions, two visions of the same theme under consideration.

"Complementing the discussion on health care planning: who teaches the local authorities how to plan?", the second article, designated as an "opinion article", presents a reflection on the practices of planning and programming in towns. It raises questions that prompt answers from the scientific community and from administrators of all three governmental levels, considering the difficulties encountered in order to put health care planning processes into effect.

"Urban health and citizenship" regards urban health as a new strategy for public policies, with the potential to cause changes to the scope of this field, which ranges from traditional health issues to other new themes such as migration and urban violence, as well the incorporation of aspects from other areas, such as urban planning, social innovation and local governing. It discusses space, territory and citizenship, regarding the construction of citizenship as a link between health and territory.

Widening the selection of articles about successful SUS construction projects, we present the experience of the town of Amparo, São Paulo, in the field of management. "Personnel management through direct administration: the experience of the Local Health Secretary of Amparo, São Paulo" critically examines the difficulties faced by local authorities in human resource management, emphasizing that such

problems result from the construction process of the SUS, and not from the fact that the management is carried out by means of direct administration.

The fifth article, "Mental health and citizenship: the response from Fortaleza, Ceará", describes the implementation of the town's Mental Health Care Network, promoting mental health rights, indicating public-private sector joint actions and inter-institutional actions in order to improve people's quality of life, and ensuring the participation of social movements committed to the doctrine of Psychiatric Reform and the principles of the Unified Health System.

"Fitness Academy for the Third Age: Promoting Health and Physical Activity" presents an account about how the town of Maringá, in Paraná state, by means of partnerships between the Town Hall and private companies, has encouraged the practice of physical activity amongst the elderly, considering that physical inactivity is one of the main risk factors for chronic, non-transmittable diseases.

"Georeferencing emergency ambulance services: the experience of Olinda, Pernambuco", talks of the town's Emergency Ambulance Services (SAMU-192) and its use of the georeferencing tool for its execution. Intelligent information based on the recording and spatial analysis of the services performed has enabled the development of educational activities for health promotion.

Concluding our selection of successful experiences, the article "Building knowledge and practices: the humanization project in Petrolina, Pernambuco" reports on the implementation of the Humanization Project, and especially the process of collective construction that defined reception as a priority in the reorganization of health care actions according to the SUS principles.

This is our Learnings and Practices of Local Administration. A living portrait, as it is built by historic subjects who give the SUS one voice, the words of which could be compared to Ferreira Gullar's poetic verse, which says: "when she sings / she reminds me of a bird / not of a bird singing: but of a bird flying".

Our SUS is the SUS that flies: into the territories, nooks and crannies of this huge and diverse Brazil, spreading health and social justice. Because looking after health care is also an act of justice!

We hope that everyone will enjoy reading the magazine. And that it will help renew and embolden our hopes and certainties that the SUS is the way.

Long live the SUS!

Helvécio Magalhães Júnior President of Conasems

## O desafio da gestão municipal em relação à contratação da força de trabalho em saúde

The challenge for local administration in relation to hiring the workforce in health care services

Elizabete Vieira Matheus da Silva<sup>1</sup> Silvio Fernandes da Silva<sup>2</sup>

#### **RESUMO**

Procura-se trazer ao debate a contratação da força de trabalho no SUS e o processo de descentralização das ações e serviços de saúde. Os dados demonstram que os municípios são os principais contratadores, o que os tem levado a atingir o limite de gastos com pessoal previsto na Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). A Lei 11.350/2006, que admite a contratação de agentes comunitários e de combate às endemias apenas pela administração pública direta, agravou a situação e poderá causar prejuízos à saúde da população. São relatadas aqui experiências de municípios em difícil situação em decorrência desse quadro e apresentadas possíveis soluções para enfrentar a situação relatada.

PALAVRAS-CHAVE: Contratação; Força de Trabalho em Saúde; Gestão Local; Lei de Responsabilidade Fiscal.

#### **ABSTRACT**

This paper debates the hiring of the workforce for the Brazilian Unified Health System and the process of decentralizing health care services and actions. The data show that local authorities are the main employers, which has led them to reach the limit for personnel costs established by the Fiscal Responsibility Law (LRF). Law 11.350/2006, that allows for community agents for combat against endemic diseases only to be hired directly by the public administration, has aggravated the situation and may be detrimental to the population's health. Reports are presented of the experiences of towns that have found themselves in difficulty due to these circumstances and possible solutions to the situation are proposed.

KEYWORDS: Hiring; Workforce in Health Care; Local Administration; Fiscal Responsibility Law.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Pedagoga; sanitarista; mestre em Educação e assessora técnica do Conasems. bete@conasems.org.br

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Médico; doutor em Saúde Pública; ex-presidente do CONASEMS: assessor técnico do CONASEMS. silviof@sercomtel.com.br

## A FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

O debate sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) remonta aos anos de 1980 e 90, período marcado pelas lutas e conquistas do Movimento Sanitário Brasileiro. Muitos foram os avanços obtidos, que culmina-ram na garantia constitucional da "saúde como um direito de todos e dever do Estado". presente na Constituição Federal de 1988.

Um dos processos significativos e perceptíveis da construção do SUS foi a descentralização dos serviços de saúde, com ênfase na municipalização, caminho que vem, acertadamente, sendo trilhado ao longo desses anos. A municipalização proporcionou a aproximação entre gestão dos serviços de saúde e a população e favoreceu o exercício do controle social. Além disso, o gestor local, juntamente com a sociedade, passou a ter mais força e autonomia para a execução das políticas públicas de saúde, voltadas para a realidade local.

Esses foram, inclusive, os principais argumentos adotados pelos defensores da descentralização no SUS, já que, em conjunto com a garantia de um financiamento adequado, a mesma possibilitaria uma gestão autônoma e democrática.

Entretanto, as dificuldades de contratação apresentadas pelos municípios no presente momento nos levam a refletir sobre as limitações do processo de descentralização. A municipalização não foi devidamente acompanhada por uma política efetiva de financiamento das políticas públicas de saúde e por adequações na legislação que não tolhessem a necessidade de ampliação dos postos de trabalho nos municípios, de forma a suprir de maneira adequada a falta de profissionais oriunda da interrupção de contratação pelas outras esferas de governo.

É importante ressaltar que a transferência de atribuições no atendimento à saúde para os governos estaduais, em um primeiro momento, e em seguida para os governos municipais, nas décadas de 1980 e 1990, ocorreu em um período em que a agenda hegemônica do Estado brasileiro estava ocupada pelo chamado 'ajuste fiscal neoliberal', que induziu à forte redução de gastos com as políticas sociais e à diminuição do papel do Estado. O surgimento de milhares de sistemas municipais de saúde, mesmo nesse contexto político e econômico desfavorável, foi uma conquista importante da sociedade, por ampliar o acesso a muitos serviços até então inacessíveis. Analisado sob a ótica da reforma de Estado que estava em curso, foi também um movimento contra-hegemônico à redução do Estado, por oferecer garantia de acesso público a um serviço essencial. Em virtude, no entanto, de a municipalização ocorrer com financiamento insuficiente das outras esferas de governo, resultou em uma sobrecarga progressiva sobre os governos locais. A esse

respeito, afirmam Silva & Silva(2007, p.8):

O processo de descentralização da saúde ocasionou uma expressiva mudança nas formas de contratação e estruturação da força de trabalho. Além disso, com a indução de políticas públicas pelo Ministério da Saúde, houve a expansão e implementação de novos programas – PSF, PACS, SAMU, CEO etc. - ocasionando um aumento significativo na contratação de trabalhadores de saúde, nos municípios.

A retração da contratação por parte da União e dos estados e a ampliação de postos de trabalho nos municípios pode ser constatada no quadro 1.

Os dados levam à constatação de que os municípios passaram a ser os grandes contratadores da força de trabalho em saúde. Em 2005, a proporção de empregos em saúde ofertados pelos municípios, em relação à União, passou a ser de cerca de 9 para 1 e, em relação aos estados, de 9 para 3.

Com isso, a maioria dos municípios atingiu o limite de contratação de pessoal, imposto, por um lado, pelas restrições orçamentárias e financeiras da maioria dos governos locais, e, por outro, pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que estabelece limites de gastos com pessoal. Essa situação indica que é necessária e urgente uma reflexão sobre a contratação dos trabalhadores no SUS e o seu impacto na gestão municipal.

Quadro 1 - Empregos públicos em saúde

Ente Federativo	1980	2005		
	Quantidade	Percentual	Quantidade	Percentual
Municipal	43.086	16,2	997.137	68,8
Estadual	109.573	41,2	345.926	23,9
Federal	113.297	42,6	105.686	7,3

Fonte: AMS / IBGE - 1980-20051

### OS ENTRAVES NA CONTRATAÇÃO

## A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)

Muitos municípios passaram a se utilizar de diferentes formas de contratação da força de trabalho em saúde, a exemplo das parcerias com ONGs e Oscips, sobretudo como forma de resolver o limite de gastos com pessoal imposto pela LRF.

A combinação dessa lei com o ajuste fiscal brasileiro das décadas de 1980 e 90 tem trazido resultados perversos para as políticas sociais descentralizadas. Traz conseqüências graves para a expansão e continuidade de construção do SUS. De acordo com Oliveira (2002), "a LRF libera o nível central de governo de despesas e, sob ameaça penal, acaba por obrigar os níveis subcentrais de governo a entregar à população serviços precários e insuficientes." Seu poder de coerção é significativo, como afirma esse autor, ao exercer forte controle político sobre a sociedade, incluindo os poderes locais no circuito financeiro globalizado.

Nesta perspectiva, a LRF é o primeiro de uma série de entraves à contratação de trabalhadores para o SUS. Para superá-lo, é necessário que se debata amplamente as

HÁ (...) UM EVIDENTE CONFLITO ENTRE O QUE DETERMINA A LRF E A LEI 11.350, O QUE PODE COLOCAR EM RISCO PROGRAMAS DESENVOLVIDOS PELOS MUNICÍPIOS E. SOBRETUDO. O ATENDIMENTO DE MILHARES DE PESSOAS QUE DEPENDEM DESTES SERVIÇOS

implicações desta Lei na administração das políticas de saúde, visando buscar alternativas para o fortalecimento da capacidade de gestão dos municípios.

#### Lei 11.350

Outro entrave importante à expansão do SUS diz respeito à Lei 11.350, em vigor desde 2006, que

restringe à administração pública direta a contratação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e do Agente de Combate às Endemias (ACE).

Para se adequar à referida lei, os municípios devem criar novos cargos ou empregos públicos visando incorporar na administração direta os atuais agentes contratados por meio das parcerias e os que vierem a ser contratados. Como fazer isso se grande parte dos municípios encontra-se no limite de gastos com pessoal previsto pela LRF?

Há, portanto, um evidente conflito entre o que determina a LRF e a Lei 11.350, o que pode colocar em risco programas desenvolvidos pelos municípios e, sobretudo, o atendimento de milhares de pessoas que dependem destes serviços.

É importante ressaltar que foi aprovado, em outubro de 2006, no Senado Federal, um projeto de lei de autoria do senador Rodolpho Tourinho, que está tramitando na Câmara dos Deputados, com a finalidade de alterar a Lei 11350/2006. A principal mudança refere-se à possibilidade de manutenção das contratações dos ACS e ACE por meio de parcerias. A aprovação do projeto pode representar uma alternativa para a gestão municipal, em especial no que diz respeito à estratégia de saúde da família.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> In: IBGE. Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária 2005. Rio de Janeiro: IBGE, Departamento de População e Indicadores Sociais, 2006

## ALGUMAS CONSEQÜÊNCIAS DESSES ENTRAVES NOS MUNICÍPIOS

Os relatos a seguir ilustram algumas das inúmeras dificuldades que ocorrem nos municípios. O primeiro é dos municípios do estado de Goiás sobre a contratação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agente de Combate às Endemias (ACE). Segundo Rodrigo César Faleiro de Lacerda, presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de Goiás (Cosems/GO) e secretário municipal de Saúde do município de Formosa, a promulgação da Lei 11.350/ 2006 provocou uma grave crise. A maioria dos municípios daquele estado possui contratos de trabalho precários e se encontra no limite de gastos com pessoal imposto pela LRF. As contratações foram realizadas, em grande parte, por meio de credenciamento dos ACS (prestação de serviços) ou por intermédio de OSCIPS.

A partir da promulgação da Lei 11.350/2006, o Ministério Público do Trabalho do Estado de Goiás aumentou a pressão para que os municípios se adequassem às novas regras de contratação e deu prazo até dezembro de 2006 para a incorporação dos agentes na administração pública direta.

Com a impossibilidade de criação de novos cargos ou empregos públicos, por conta de LRF, os gestores municipais temiam a possibilidade de interrupção dos serviços prestados à população, sobretudo no Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e combate às endemias, em decorrência da eventual necessidade de dispensa dos ACS e os ACE contratados por meio de credenciamento ou de Oscip.

A Associação Goiana de Municípios (AGM - representação dos Prefeitos), em conjunto com o COSEMS/GO, articulou um movimento no estado, com a participação da Frente Nacional de Prefeitos, visando enfrentar os problemas oriundos

> COM A IMPOSSIBILIDADE DE CRIAÇÃO DE NOVOS CARGOS OU EMPREGOS PÚBLICOS, POR CONTA DA LRF, OS GESTORES MUNICIPAIS TEMIAM A POSSIBILIDADE DE INTERRUPÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS À POPULAÇÃO ...

da precarização do trabalho em saúde e a falta de contrapartida financeira do estado que, até então, não estava repassando os recursos devidos aos municípios. Os três segmentos envolvidos no Movimento, em conjunto com o Ministério da Saúde (MS), fizeram um acordo com o Ministério Público do Trabalho (MPT), o qual resultou em um Termo de Ajuste de Conduta (TAC). O Acordo prevê que 25% correspondentes ao repasse do MS ao município para a estratégia de saúde da

família serão transferidos dos recursos do fundo estadual ao fundo municipal, para contribuir com o processo de desprecarização da contratação dos ACS.

Entretanto, o problema se arrasta, pois a LRF continua impedindo a criação de novos cargos ou empregos públicos para a absorção dos profissionais contratados de forma precária. Além disso, os recursos estipulados são insuficientes para solucionar o problema.

O MPT/GO prorrogou o prazo para regularização dos contratos de trabalho dos ACS, com base na Lei 11.350/2006 por mais quatro meses, até abril de 2007.

A preocupação do presidente do Cosems/GO é que essa situação possa desencadear um efeito cascata, com extensão dos resultados da Lei 11.350 para a contratação de outros profissionais de saúde, como médicos, dentistas, enfermeiros, etc.

Outro elemento importante, neste processo, é a Liminar do Juiz da 1a Vara do Trabalho de Rio Verde/ GO que obrigava o município de Montividiu, em Goiás, a se abster de contratar novos trabalhadores sem prévia aprovação em concurso público, ou de seleção pública para os casos de agentes comunitários de saúde. A liminar foi suspensa por decisão da ministra-presidenta do Supremo Tribunal Federal, Ellen Gracie, o que interrompe toda e qualquer interpretação "que considere a Justiça do Trabalho competente para a apreciação de causas entre o poder público e servidores a

ele vinculados por relação de ordem estatutária ou de caráter jurídicoadministrativo" (BRASIL-STF, 2007, p.1). O Supremo alega que o cancelamento de contratos pode prejudicar os serviços básicos de saúde.

Em que pese se tratar de uma decisão preliminar, é uma questão que merece um estudo aprofundado sobre a repercussão desta ação na saúde.

Apesar das dificuldades e desafios impostos aos gestores municipais, o presidente do Cosems/GO ressalta que a Lei 11.350 é importante ao contribuir para a desprecarização do contrato de trabalho na medida em que garante os direitos trabalhistas e previdenciários dos ACS e ACE. Porém, ele acrescenta que é necessário dotar os municípios de recursos financeiros que possibilitem dar tais direitos a todos os trabalhadores do SUS. A responsabilidade não pode ficar apenas sobre os cofres municipais, devendo haver solidariedade no financiamento por parte dos estados e da União.

Outra situação difícil é a de Londrina, no Paraná, que se encontra no limite, com gastos com pessoal estabelecido pela Lei de Responsabilidade Fiscal; os ACS são contratados por meio de uma parceria estabelecida entre a Secretaria Municipal de Saúde e uma Oscip. O gestor municipal que já vinha procurando alternativas para solucionar os problemas relacionados à contratação dos agentes, se viu obrigado a intensificar os esforços após a aprovação da Lei 11.350/ 2006. O município criou uma comissão para estudar a situação e apresentar uma proposta para superar o impasse criado entre a nova legislação e a LRF.

A Prefeitura de Londrina não demitiu nenhum profissional até o presente momento. Entretanto, na medida em que os ACS e ACE solicitam desligamento, não há substituição do profissional em função do impedimento legal, pois a folha de pessoal corresponde, hoje, a 55,6%

A MUNICIPALIZAÇÃO É CONSIDERADA UM EIXO ESTRATÉGICO PARA A CONSOLIDAÇÃO DO SUS, NO ENTANTO, ESSE PROCESSO NÃO FOI ACOMPANHADO POR UMA POLÍTICA DE DESCENTRALIZAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS ...

das receitas municipais, ou seja, 1,6% a mais que o limite de 54% previsto para esse tipo de despesa.

É importante salientar que o Tribunal de Contas do Paraná produziu um parecer afirmando que as receitas municipais oriundas do Ministério da Saúde ou do estado (fundo a fundo) não poderão ser computadas para efeito de cálculo da receita, prejudicando ainda mais a implantação da Estratégia de Saúde da Família naquele município.

Esses exemplos mostram que o impasse criado pela contradição entre a legislação e a realidade do SUS deve ser superado a partir do envolvimento de todos os entes federados, para que o princípio da descentralização do sistema não se transforme em um processo de estrangulamento da gestão pública municipal.

> ALGUMAS ALTERNATIVAS A SEREM CONSIDERADAS

#### Revisão do pacto federativo

O Pacto Federativo Brasileiro tem como finalidade a definição de responsabilidades e atribuições de cada ente federado e deve resultar na autonomia política, administrativa e financeira dos municípios, estados e União.

O processo de descentralização da execução das políticas públicas, no entanto, gerou sobrecarga de responsabilidades aos municípios, sem a contrapartida financeira necessária por parte dos estados e da União.

Na área de saúde em especial, com a descentralização dos serviços, estratégia defendida pelo Movimento Sanitário Brasileiro, que se transformou em diretriz constitucional, houve um processo significativo de transferência de responsabilidades para a gestão local. A municipalização é considerada um eixo estratégico para a consolidação do SUS, no entanto, esse processo não foi acompanhado por uma política de descentralização de recursos financeiros e

adequações na legislação que possibilitasse o exercício da autonomia local para obter os melhores impactos na qualidade dos serviços prestados à população. Torna-se imprescindível o aperfeiçoamento do Pacto Federativo para a consolidação do SUS. Redefinição das responsabilidades e atribuições dos entes federados e uma Reforma Tributária, que possibilite mais adequada distribuição dos tributos, são fundamentais para manter as condições de governabilidade e governança das gestões locais na área da saúde.

#### Revisão da LRF para a saúde

O impasse atual aponta para a necessidade de revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal no que diz respeito ao financiamento do SUS. É preciso promover um debate sobre as especificidades da área de saúde, em particular sobre os efeitos da descentralização nos gastos com pessoal nos municípios. É necessário reafirmar o paradoxo existente entre a garantia constitucional da saúde como um direito de todos e dever do Estado e a impossibilidade da ampliação da contratação da força de trabalho para a execução das políticas publicas nessa área.

Apesar da necessidade e importância da LRF como instrumento de controle das contas públicas, sendo sua aplicação prejudicial à execução de uma política pública essencial, isto a torna nociva aos interesses da população.

## Fundo especial para contratação de trabalhadores do SUS

Outra alternativa a ser analisada é a criação de um fundo tripartite específico para o financiamento da contratação da força de trabalho em saúde. O Pacto pela Saúde – etapa de implementação do SUS em curso no presente momento (BRASIL, 2006c) – aposta na gestão compartilhada e cooperativa entre os três entes federativos e aponta para a solidariedade na solução dos problemas referentes à gestão do trabalho, em especial, à contratação da força de trabalho. É preciso aproveitar o momento de discussão do Termo de Compromisso do Pacto pela Saúde para que se redefinam as responsabilidades de cada esfera de governo no que diz respeito à gestão do trabalho em saúde.

Essas alternativas apresentadas são complexas do ponto de vista político e carecem de um estudo mais pormenorizado, sendo intenção do presente artigo trazer à tona questões que precisariam ser discutidas e aprofundadas, envolvendo também outros atores relacionados ao SUS em especial, o Congresso Nacional. É preciso construir uma agenda republicana que envolva os parlamentares e a sociedade como um todo no debate sobre a configuração do Estado brasileiro e suas implicações na consolidação do Sistema Único de Saúde. Na construção dessa agenda deve ser contemplada a necessária autonomia da gestão local, condição essencial para melhorar a qualidade do atendimento à população.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Cartilha de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Brasília, DF, 2006a, p. 20.

. Lei 11.350, de 05 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51 e dá outras providências. *Diário* Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 out. 2006b. p. 1.

\_\_. Lei Complementar nº. 10, de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 maio de 2000.

. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde. In: BRASIL. Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 26. Divulga o pacto pela saúde 2006, consolidação do SUS, e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006c. Seção 1, p. 142.

. Supremo Tribunal Federal. Liminar da Presidenta-Ministra do Supremo Tribunal Federal, referente à Reclamação (RCL) 4872 do Município de Montividiu, em Goiás-GO, 2007, p.1.

IBGE. Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária 2005. Rio de Janeiro: IBGE, Departamento de População e Indicadores Sociais, 2006.

OLIVEIRA, Francisco de. Aproximações ao enigma: que quer dizer desenvolvimento local? In: SPINK, Peter; CACCIA-BAVA, Silvio; PAULICS, Veronika (Orgs.). Novos contornos da gestão local: conceitos em construção. São Paulo: Pólis, 2002. p.11-31.

SILVA, Elizabete Vieira Matheus; SILVA, Silvio Fernandes da. As Implicações da Gestão do Trabalho no SUS: Um olhar do gestor local. Caderno de Recursos Humanos, Brasília, DF, n. 2, 2007. (no prelo).

## O SUS e a política de recursos humanos em saúde

The Unified Health System (SUS) and human resources policy in health

Maria Helena Magalhães de Mendonça<sup>1</sup>

ma Único de Saúde nos anos 1990, promoveu, por si só, um processo de reforma do Estado, em sentido político. O SUS desde seu desenho no projeto de reforma sanitária nos anos 1980 continha um compromisso muito forte com a descentralização dos serviços de saúde e com ampliação do espaço de participação social.

A reforma setorial da Saúde implementada pela organização do Siste-

Para Nogueira (1996) este desenho explicitava uma profunda contradição com os princípios da seguridade social, ordem social constitucionalmente definida na qual se insere o setor saúde, na medida que este regime de proteção social desenvolveu-se em Estados com traços fortemente centralistas ou com longa prática de políticas.

No caso do Brasil, essa definição visou ampliar o conjunto de direitos sociais característicos de sistemas de bem-estar social e garantir sua efetividade, em conjunto com outras garantias no âmbito do direito, como as liberdades individuais e a participação política.

Ao longo dos anos 90, o SUS perdeu recursos do orçamento da seguridade social como sua principal fonte de financiamento, resultado dos limites da capacidade fiscal do Estado sobre o trabalho em face do crescimento do desemprego no setor industrial brasileiro, resultado da reestruturação produtiva, acompanhada de uma desregulamentação da proteção social. O SUS teve de recompor sua base de financiamento, bem como rever as condições de provimento dos serviços de saúde para bancar sua proposta universalista.

Ou seja, para implementar e consolidar um SUS coerente com seus princípios, os atores envolvidos com seu projeto tiveram de enfrentar situações concretas de mudanças na economia e no mundo do trabalho como, por exemplo, na política de recursos humanos.

O regime estatutário, com vinculação não contratual regida por legislação específica sob a forma de estatuto, que foi revigorado pelo Regime Jurídico Único, regulamentado pela Lei 8.112, de 11/12/90 e o regime especial, com vinculação contratual por tempo determinado por excepcional interesse público regido pela Lei 8.745 de 9/12/1993 sustentavam o emprego de recursos humanos do setor público, que ainda se valia dos cargos em comissão, livremente nomeados pelas autoridades.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>Doutora em Saúde Coletiva pelo IMS/UERI; Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP/FIOCRUZ.

Em 1999, esta última lei é alterada pela Lei 9849, para permitir a ampliação do legue de atividades passíveis de contratação por esta modalidade além de rever as condicões de prorrogação de contratos e recontratação de pessoal. Outra medida de 2000 facultou o setor público a contratar pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que rege as relações de trabalho no setor privado.

Os dois regimes – estatutário e celetista – se distinguem em razão dos direitos associados ao estatuto da estabilidade de funcionário público, valor que, por sua vez, é relativo à organização burocrática profissional de concepção weberiana, que visa se proteger dos abusos clientelistas e nepotistas presentes nas relações sociais (Costa, 2005; Nogueira, 1996).

Os funcionários estão associados a uma missão institucional específica, sua admissão no serviço público se dá por concurso público e sua ascensão é resultado da atualização de seu mérito. A estabilidade do servidor deriva da própria estabilidade das políticas institucionais, como interesse público.

A reforma do Estado flexibilizou a estabilidade garantida aos servidores públicos, possibilitando o ajuste quantitativo do quadro de pessoal e permitindo a reprodução renovada das políticas institucionais. Uma primeira questão colocada por ela foi a revisão da perspectiva de isonomia e da implementação de planos de cargos e salários e de carreiras para todos os profissionais, acoplada à introdução de regras de avaliação do desempenho individual, segundo suas responsabilidades, pressupostos de uma política central de âmbito nacional.

Os empregados públicos celetistas gozam de menor estabilidade funcional, e apesar das alterações na proteção ao trabalho já implementadas, a CLT permanece um importante instrumento de luta contra a mercantilização da força de

A REFORMA DO ESTADO FIFXIBILI7OU A FSTABILIDADE GARANTIDA AOS SERVIDORES PÚBLICOS, POSSIBILITANDO O AJUSTE QUANTITATIVO DO QUADRO DE PESSOAL E PERMITINDO A REPRODUÇÃO RENOVADA DAS POLÍTICAS INSTITUCIONAIS

trabalho, pois ela define uma base mínima de direitos (salário-base, teto para as jornadas, remuneração de horas extras, 13º salário, proteção a gestante e ao trabalho infantil) e preserva a condição de fazer estes prevalecerem em face de possível negociação extrajudicial entre trabalhadores e empregadores (Costa, 2005).

O processo de regulação das relações de trabalho no setor público em face da imposição para reduzir o quadro de pessoal ao mesmo tempo que adequá-lo às transformações tecnológicas associadas ao trabalho foi acompanhado pela reforma tributária, que se atrelava à disciplina fiscal e ao controle de gastos públicos, e pela reforma administrativa do Estado, que se refletiu no conjunto das políticas setoriais.

A redução do status de estabilidade dos estatutários ocorre paralelamente às restrições de gastos com pessoal impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, a qual ratificou as medidas provisórias que alteraram e redefiniram o relacionamento no setor público e determinou as possibilidades de demissão de servidores públicos em caso de gastos excessivos e limites para despesas com pessoal na esfera pública, em cada esfera da administração pública, e assim aproxima os dois regimes. Contudo, os benefícios a que cada um faz juz ainda apresentam diferenças importantes que se refletem no processo de trabalho, reproduzindo desigualdades nas condições de qualificação e participação dos servidores no debate da política institucional.

Assim, em curto espaço de tempo, se constituiu uma nova teia de situações de emprego e remuneração, que inauguraram nova tensão na esfera do trabalho entre estabilidade e flexibilidade de emprego, o significou novos desafios para a gestão do sistema público.

Neste contexto, a gestão de recursos humanos em saúde é um fator central e um nó do processo da reforma setorial vis a vis a

reforma do aparelho administrativo do Estado. A descentralização dos servicos de saúde, com ênfase na municipalização, levou a condução da política pública de saúde para o âmbito local, ampliando o volume dos profissionais empregados no município, especialmente para responder à reorientação do modelo de atenção à saúde.

O Programa de Saúde da Família (PSF) como eixo central desta mudança especialmente em sua fase inaugural de implementação em pequenos municípios introduziu novas práticas gestoras que exigiram gerar novos postos de trabalho; enfrentar os problemas de formação e educação continuada; estabelecer formas e níveis de remuneração coerentes com o conteúdo da proposta; além de adequar o processo de formalização e regulamentação do exercício profissional por parte das corporações da área (ESCOREL et al., 2002; MENDONÇA et al., 2006).

O PSF estimula a reorganização do processo de trabalho profissional em saúde, na medida que a equipe de SF é uma unidade produtora de serviços, cujo foco central de atenção é a família e seu entorno. O trabalho em equipe é essencial ao desenvolvimento do PSF, a valorização do trabalho dos diversos agentes institucionais permite nova interação social, com maior autonomia e criatividade dos agentes e a integração da equipe. Por fim, o PSF se sustenta na multiprofissionalidade, que exige a revisão do

papel do médico como elemento central e hegemônico em equipes de saúde, apontando para horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes profissionais.

A flexibilização na gestão dos recursos humanos em saúde no SUS e os mecanismos de seleção dos profissionais de ESF nas experiências municipais foram uniformizados, observando-se que as secretarias municipais de saúde utilizam recursos similares (entrevista, prova escrita e análise de

> A GFSTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE É UM FATOR CENTRAL E UM NÓ DO PROCESSO DA REFORMA SETORIAL VIS A VIS A REFORMA DO APARELHO ADMINISTRATIVO DO FSTADO

currículos para os profissionais de nível superior). Contudo, houve outros mecanismos, como prova oral, em substituição à entrevista; critério de desempenho no treinamento introdutório para contratação dos ACS; e até avaliação psicológica (Escorel et al., 2002), que visavam conferir ao processo de inserção um caráter de confiabilidade e uma continuidade da política, impactada pela rotatividade e não fixação dos profissionais, que afetam a sustentabilidade do mesmo.

Em razão da Saúde da Família ser uma estratégia não consolidada e da inexistência de sinais de mudanças rápidas no aparelho formador, os gestores indicam que a realização de concurso público e contratação estatutária seriam instrumentos inadequados, em função de seu caráter rígido, o que engessaria a composição do quadro funcional. A forma de solucionar tais entraves foi a triangulação de recursos e processos mediada por fundações de apoio, associações comunitárias, empresas de servicos, ONGs etc., e mais recentemente a formação de cooperativas (MENDONÇA et al., 2006).

Os municípios de maior porte, com estruturas já consolidadas, tenderam a combinar diversas estratégias de emprego, utilizando-se de diferentes vínculos trabalhistas. A seleção pública simplificada para inserção no PSF possibilitou elaborar o perfil profissional a partir da relação de trabalho e do processo de educação continuada dos profissionais, sem excluir o aproveitamento do quadro estatutário das SMS, tendo por condição que os profissionais aceitem a alteração do processo de trabalho e que se pactue alguma forma de complementação salarial no PSF.

O esforço de articulação de muitas Secretarias Municipais de Saúde com instituições formadoras e órgãos de interesse, como os Conselhos Regionais e associações corporativas, para promover a capacitação necessária aos profis-

sionais do PSF foi observado em várias localidades como fator de aiuste ao contexto da Reforma Sanitária – que vai muito além da reforma administrativa e visa essencialmente a reorganização do modelo de atenção.

Concluindo, pode-se dizer que as razões que se apresentam para explicar as dificuldades enfrentadas pelas SMS ultrapassam a dimensão orçamentária e financeira e os conflitos gerados junto aos órgãos fiscalizadores das contas públicas, e aponta a prioridade dada pelos governos municipais à política de saúde e sua institucionalização.

#### REFERÊNCIAS

COSTA, M. S. O sistema de relações de trabalho no Brasil: alguns traços históricos e sua precarização atual. In: Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 111-131, 2005.

NOGUEIRA, R. P. Estabilidade e flexibilidade: tensão de base nas novas políticas de recursos humanos em saúde. Divulgação em Saúde para Debates, Rio de janeiro, n. 14, p. 18-26, 1996.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MEN-DONÇA, M. H. M.; MAGALHÃES, R; SENNA, M. C. Avaliação da implantação do programa saúde da família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde/Depto de Atenção Básica, 2002.

MENDONCA, M H. M.; NAJAR, A.; GIOVANELLA, L.; LOBATO, M. F.; MURAT, M.; FARIA, T. W.; VIEIRA, C. M.; LIMA, L.; ANDRADE, C. Relatório síntese do estudo de linha de base do projeto de expansão da estratégia da Saúde da Família em 22 municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <www. ensp.fiocruz.br/proesf>. Acesso em: 02 fev. 2007.

## Gestão municipal e contratação da força de trabalho: qual o foco do debate?

Local administration and hiring the workforce: on what is the debated focused?

Maria Helena Machado<sup>1</sup>

Debater o artigo "O desafio da gestão municipal em relação à contratação da força de trabalho em saúde", de Elizabete Vieira Matheus da Silva e Silvio Fernandes da Silva, é uma tarefa instigante e oportuna, na medida que permite levar aos leitores mais subsídios para compreender a situação na qual se coloca o SUS. O assunto é polêmico e exige de todos nós cautela e conhecimento dos fatos e dados que cercam o tema. Por isso, este artigo é tão relevante neste momento.

A Constituição de 1988, ao definir a política de saúde e a criação do Sistema Único de Saúde, estabelece as competências de cada ente federado, dentre as quais a prioridade da atuação do município na Atenção Básica, e igualmente, que o Financiamento das Ações de Saúde deve ser feito de forma tripartite, com a participação da União, dos estados e dos municípios.

É característica da organização e do funcionamento do SUS a pactuacão produzida em suas diversas instâncias, dentre elas os Conselhos de Saúde e as Comissões Intergestores. Desta maneira, as políticas de saúde são produtos de discussões internas, dentre elas, o recentemente acordado Pacto de Gestão, em que ficou consagrada a adoção da Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como a principal política para organização dos serviços da Atenção Básica, face ao êxito alcançado por essas políticas para melhorar as condições de saúde da população.

Ao longo destas duas décadas de estruturação do SUS ocorreu uma forte inversão do 'parque sanitário brasileiro', especialmente aquele sob o comando público - houve uma descentralização dos órgãos, hospitais, ambulatórios, leitos e empregos de saúde, que passaram a ter centralidade nos municípios (MACHADO, 2005)<sup>1</sup>. Ao final da década de 1970, o Brasil contava com apenas 13.133 estabelecimentos de saúde, passando para 18.489, em 1980, e para 77.004 em 2005, gerando mais de dois milhões e meio de empregos diretos de saúde, sendo que boa parte destes empregos estão concentrados na esfera municipal.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Socióloga; doutora em Sociologia; pesquisadora da Escola Nacional de Saúde (ENSP/FIOCRUZ). machado@ensp.fiocruz.br

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Para aprofundar a análise, cf. o texto de: MACHADO, M. H. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.; SUAREZ, J. M. (Orgs.). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, v. 1, p. 257-281

A expansão dos empregos municipais de saúde possibilitou a inversão definitiva da estrutura da assistência no país. Em 1976, o setor público municipal contava com apenas 25.854 empregos; o setor público federal, com 98.528; e o estadual, com 60.094. Em 1992, o

Estado passou a ser responsável por 315.328 empregos e o município por 306.505 empregos. A grande mudança vai se dar na década de 1990, quando o setor público municipal passa a ter liderança dos empregos, totalizando quase um milhão em 2005, como mostra o Ouadro 1.

Quadro 1 – Evolução da capacidade instalada Sistema de Saúde Brasileiro

Variáveis	1980	1992	2005
Estabelecimentos	18.489	49.676	77.004
Público	10.045	27.092	45.089
Privado	8.444	22.584	31.915
Estabelecimentos Públicos			
Federais Estaduais Municipais	1.575 5.768 2.712	1.387 7.043 18.662	1.044 1.496 42.549
Empregos	573.629	1.438.708	2.566.694
Público	265.956	735.820 (51,1)	1.448.749
Privado	307.673	702.888 (48,9)	1.117.945
Empregos públicos	265.956	735.820	1.448.749
Federal Estadual Municipal	122.475 96.443 47.038	113.987 315.328 306.505	105.686 345.926 997.137

<sup>\*</sup> Incluem os empregos administrativos.

Fonte: IBGE/AMS (vários anos).

Em outras palavras, o crescimento da oferta de empregos no setor público, nestas três décadas, se deu a partir da expansão do 'parque sanitário municipal'. Em 1976, representava 11% do total de empregos públicos do SUS e, em 2005, aumentou para 65%. O foco passou a ser o município, que, além de precisar ampliar sua rede de atendimento, teve de buscar se adequar à nova realidade: ser o maior empregador de saúde do país.

Contudo devemos questionar: que estrutura e infraestrutura o SUS dotou o setor municipal para dar conta desta missão constitucional? Este é o foco da discussão, uma vez que a questão não se resume a cumprir o que determina a

Constituição brasileira, ou seja, promover a municipalização do Sistema Único de Saúde. É necessário observar os problemas, os entraves oriundos de um processo constitucional de municipalização do Sistema de Saúde brasileiro e buscar equacioná-los tendo sempre em vista a qualidade da assistência prestada à população.

Paralelamente ao processo de municipalização do SUS, o Brasil experimentou um crescimento de municípios sem precedentes. No final da década de 1950, o país já contava com 2.763 municípios, registrando até 1964 um aumento de mais de mil municípios, passando a 4.114 (Quadro 2). Novo boom de municípios vai ocorrer no final da década de 1980, quando então ocorre a segunda grande expansão municipalista, mais 1.500 novos municípios, ou seja, o país passa a ter, em 2004, 5.562 municípios. Resumindo, em 50 anos, o Brasil dobra o número de municípios.

A autonomia do município é outro ponto relevante a ser considerado. Significa que o governo municipal não está subordinado a qualquer autoridade estadual ou federal no desempenho de suas atribuições exclusivas e que as leis municipais, sobre qualquer assunto de competência expressa e exclusiva do município, prevalecem sobre a estadual e a federal, inclusive sobre a Constituição estadual em caso de conflito, como tem sido da tradição brasileira.

Ouadro 2 - Evolução do número de municípios brasileiros

Ano	Número
1957	2.468
1960	2.865
1964	4.114
1970	3.951
1980	3.974
1990	4.491
2000	5.561
2004	5.562

Fonte: Anuários Estatísticos do IBGE

Em matéria de receita municipal, a Constituição transferiu para o município o imposto sobre a transmissão de bens imóveis, antes de competência estadual; manteve na sua esfera o imposto predial e territorial urbano e o sobre serviços de qualquer natureza, exceto transportes intermunicipal e interestadual e de comunicações, e a capacidade de cobrar imposto sobre a venda de combustíveis líquidos e gasosos, exceto o óleo diesel, posteriormente eliminado de forma gradual pela Emenda Constitucional n. 3, de 17 de marco de 1993. Foi mantida a participação do município em 25% do produto da arrecadação do imposto sobre circulação de mercadorias e serviços e em 50% do imposto sobre a propriedade de veículos automotores, ambos arrecadados pelos estados (MACHADO, 2005). A pergunta que se deve fazer é: A receita dos municípios, na sua

maioria, cobre os gastos gerados pelas demandas de serviços municipais, incluindo aí os gastos gerados pelo SUS?

Em uma primeira análise, identificam-se algumas questões na esfera municipal que afetam a prestação de serviços de saúde e muitas vezes impedem a prerrogativa constitucional de assistência a toda a população. A primeira questão refere-se à concentração de mais de 90% de municípios com população de até 50 mil habitantes, reforçando a hipótese de que não houve um crescimento sustentável, mas uma proliferação de municípios quase metade dos municípios brasileiros (48,4%) tem menos de dez mil habitantes.

A segunda diz respeito à concentração populacional, uma vez que apenas em 4,1% dos municípios (com mais de cem mil habitantes) concentram-se mais de 50% da população

do país, ao passo que a metade dos mais de cinco mil municípios responde por pouco mais de 8% da população total brasileira.

A terceira questão refere-se à correlação quantitativa de municípios, população e empregos. Enquanto 4% dos municípios detêm mais de 65% dos empregos em saúde, o que equivale a mais de 1.400.000 dos dois milhões e meio de empregos existentes no setor, em torno de 74% dos municípios são responsáveis por apenas 13% da parcela dos empregos de saúde do país, sejam eles de nível superior, médio ou elementar, atuando na rede ambulatorial ou hospitalar. Neste caso, o que deve ser registrado é a escassez ou até mesmo a ausência de profissionais necessários nos municípios para prestar assistência à população. Segundo dados do Conselho Federal de Medicina estimam-se em torno de 1.500 municípios que não dispõem de médicos morando no município, o que exige que sejam contratados profissionais vizinhos para realizar a assistência. Situação semelhante ou provavelmente mais grave de ausência de profissionais nos municípios deve ocorrer com enfermeiros, odontólogos, farmacêuticos, por exemplo.

Essas três questões, analisadas conjuntamente, levam a crer que a criação de novos municípios nas décadas de 1980 e 1990 não foi acompanhada de um desenvolvimento sustentável econômico e social. Esses fatos e dados possuem grande

relevância no sistema de saúde, uma vez que, segundo a Constituição, saúde é um direito de todos (da população) e um dever do Estado. A universalidade com equidade de direitos e oportunidades de assistência são alguns dos princípios fundamentais que regem o SUS. Este é outro foco da discussão.

Concluindo, como apontamos antes, a expansão dos empregos no SUS foi devido à expansão da demanda municipal, responsável hoje por quase um milhão de empregos de saúde. Por outro lado, a precarização dos vínculos de trabalho é um fenômeno que marcou os anos 1990 e o início da década de 2000, tendo sido impulsionada pelas políticas neoliberais que caracterizaram este período no Brasil, atingindo de forma generalizada o setor público. No setor saúde esta situação é bastante preocupante quando se estima que em torno de 30% dos dois milhões e meio empregos de saúde são precários.

Ora, se estamos falando de uma expansão sem precedentes dos empregos no setor saúde e o fenômeno da precarização na década de 1990, certamente a correlação é feita entre empregos municipais e estes fatos, levando a crer que boa parte da necessidade de reverter o quadro deletério de precarização do emprego no SUS terá foco nos municípios.

O atual governo, preocupado com o quadro vivido, criou o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho em Saúde,2 contando inclusive com um Comitê Nacional, cuja finalidade, pela via do entendimento entre gestores e trabalhadores do SUS, é a de formular estratégias para a reversão do quadro atual de precarização do trabalho. Durante todo este período, gestores e trabalhadores vêm procurando formas de superação dos problemas, que não só assegurem a continuidade e fortalecimento dessas políticas, mas que sejam capazes de assegurar o cumprimento dos preceitos constitucionais e garantir os direitos dos trabalhadores.

Contudo, sabemos que a superação destes problemas cruciais que afetam o SUS não é fácil de ser equacionada e impõe aos gestores e trabalhadores uma pauta complexa que abarca: questões de ordem jurídica referentes à modalidade de vínculos no setor público e o regime de contratação destes trabalhadores; questões de ordem econômico-financeira, que exigem da parte dos gestores novas pactuações buscando alternativas frente a um possível esgotamento dos limites da Lei de Responsabilidade Fiscal; e por fim, questões de ordem político-social, em que os atores fundamentais ao funcionamento

do SUS - gestores municipais, estaduais e federais, trabalhadores que produzem a assistência e atenção à saúde e os usuários do sistema – devem buscar o entendimento sobre as soluções definitivas desta situação, ou seja, enfrentar o desafio da Gestão Municipal em relação à contratação da Força de Trabalho em Saúde.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Para mais análise, cf. documento do Ministério da Saúde que trata deste assunto: BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: perguntas e respostas. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Editora do Ministério da Saúde (32 pgs). 2006.

## Complementando a discussão sobre o planejamento em saúde: quem ensina municípios a planejar?

Complementing the discussion on health care planning: who teaches the local authorities how to plan?

Márcia Reis Rocha Rosa<sup>1</sup>

#### **RESUMO**

Pressupostos otimistas no campo do planejamento e propostas avançadas para serem executadas pelos municípios estão explícitos ou subentendidos nas recentes portarias ministeriais do Pacto pela Saúde em 2006. Contudo, estudos empíricos têm relatado as dificuldades locais para a efetivação dessa prática reconhecidamente necessária para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Este ensaio faz uma reflexão sobre o contexto em que estão inseridas as práticas do planejamento e programação nos municípios e levanta questões que suscitam respostas da comunidade científica e dos gestores dos três entes federados.

PALAVRAS-CHAVE: Planejamento em Saúde; Descentralização; Planejamento Local em Saúde, Pacto de Gestão, SUS.

#### **ABSTRACT**

Optimistic presumptions in the field of planning and proposals for local authority actions are explicitly or implicitly present in the recent ministerial directives of the 2006 Pact for Health. However, empirical studies have reported local difficulties in putting this practice into effect, which is acknowledged as necessary for the consolidation of the Unified Health System (UHS). This paper reflects on the context in which the planning procedures and local programming have been inserted and raises questions which provoke answers from the scientific community and from managers from the three governmental levels.

KEYWORDS: Health Care Planning; Decentralization; Local Health Planning; Management Pact; UHS.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Médica; ex-secretária de Saúde dos municípios de Varzedo e Santo Antônio de Jesus na Bahia: representante regional do COSEMS-BA nos anos de 2005 e 2006; mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

## INTRODUÇÃO

Muitas produções na área do conhecimento têm refletido sobre questões ligadas ao Planejamento em Saúde. Paim e Teixeira (2006), em recente revisão de literatura mencionam que entre 2001 e 2005 o traço mais marcante da produção de conhecimentos em planejamento e gestão foi a multiplicação de investigações sobre a municipalização da gestão e a expansão da atenção básica à saúde. Outras produções, ainda não divulgadas pela exigüidade do tempo desde as suas criações, como as de Silva (2006) e Vilasbôas (2006), espelham o ambiente local da planificação em saúde.

Acontecimento também recente como a publicação da Portaria n.399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde com seus três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão nos faz refletir e problematizar sobre o contexto no qual tem ocorrido a descentralização do sistema de saúde brasileiro nos últimos 18 anos de criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Discutir esse contexto torna-se importante por ser o meio em que se desenvolvem as práticas de planejamento e muitas outras práticas no âmbito municipal.

A inspiração inicial desse artigo surgiu da vivência da autora enquanto gestora de Sistemas Locais de Saúde em que experienciou o planejamento no cotidiano da gestão municipal de saúde. Outra fonte de inspiração tem sido a participação da mesma como discente do mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, fato que a estimulou a contribuir para o debate de temas pungentes e atuais para a efetivação do SUS. O encontro de espaço favorecedor à reflexão teórica com vivências práticas de atores sociais envolvidos na construção do SUS enriquece o debate sobre as práticas do planejamento em saúde e

O ENCONTRO DE ESPAÇO FAVORECEDOR À REFLEXÃO TFÓRICA COM VIVÊNCIAS PRÁTICAS DE ATORES SOCIAIS ENVOLVIDOS NA CONSTRUÇÃO DO SUS ENRIQUECE O DEBATE SOBRE AS PRÁTICAS DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE ...

poderá contribuir para a compreensão desse campo de saberes e práticas.

> AS PRÁTICAS DE PLANEJAMENTO NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS

Do inicio do século XX até a década de 1960, predominou o modelo sanitarista-campanhista com centralização administrativa, decisões e normatizações centralizadas; da década mencionada até meados da década de 1980, passou a prevalecer o modelo médico-privatista, quando houve desconcentração de ações para órgãos regionais, mas ainda o sistema de saúde caracterizava-se pelo atendimento individual. A partir da década de 80 começou a predominar o modelo neoliberal da saúde, firmado como proposta conservadora de reciclagem do modelo médico-privatista que se mantém até os dias atuais (MENDES, 1995). Nos anos 80, começaram a ser operacionalizadas propostas alternativas de organização de serviços (PAIM, 2003).

Essas propostas alternativas de organização de serviços traziam o pressuposto de planejamento local que fugia à regra do planejamento normativo a exemplo dos Silos na Bahia, Sudicidade no Paraná, Em Defesa da Vida em Campinas/SP (SILVA JÚNIOR, 2006). O ambiente que cercava as propostas alternativas de organização de serviços e de planejamento refletia o modelo hegemônico neoliberal e essas propostas não conseguiam fazer a mudança pleiteada pelos grupos ligados às universidades e à reforma sanitária. A citação seguinte ilustra este foco.

Constatava-se que não havia, na prática, uma alternativa ao modelo neoliberal, e a proposta do Planejamento Estratégico Situacional era insuficiente. Os modelos de atenção sugeridos, não continham propostas para o trabalho médico (redefinição da clínica) e o atendimento ao individuo doente. (SILVA JÚNIOR, 2006, p.100)

Os municípios, enquanto entes federados, até a criação do SUS no ano de 1988, não exerciam a gestão dos sistemas locais de saúde ou a exerciam de forma incipiente – e, conseqüentemente, não detinham o poder técnico<sup>1</sup> da gestão e do planejamento. Os mesmos estavam habituados a não executar ações de saúde e, quando isto ocorria, estas eram planejadas e programadas por níveis de governo hierarquicamente superiores, refletindo os modelos assistenciais de saúde hegemônicos da época.

A prática de planejamento na saúde passou a ser vivenciada pelos municípios a partir da Lei n.8.142/90 que institui o Plano Municipal de Saúde como condição para o financiamento (BRASIL, 1990). Posteriormente, outras práticas de planejamento foram incorporadas, como a Agenda Municipal de Saúde, e a Programação Pactuada Integrada (PPI), ambas criadas através da Norma Operacional Básica (NOB) em 1996 (NOB/96). Essa NOB teve por finalidade promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da sua função de gestor de atenção à saúde de seus munícipes, com a consequente redefinição das responsabilidades dos estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS. Esse exercício compreende, portanto, não apenas a responsabilidade por algum tipo de prestação de serviços de saúde, como pela gestão de um sistema que atenda, com integralidade, à demanda das pessoas pela assistência à saúde e às exigências sanitárias ambientais. Buscou-se, então, a partir da NOB/96, a plena responsabilidade do poder público municipal (BRASIL, 1996).

Esforços têm sido empreendidos no sentido de levar o planejamento para a práxis dos municípios a exemplo de Vilasbôas e Teixeira

> ESFORÇOS TÊM SIDO EMPREENDIDOS NO SENTIDO DE LEVAR O **PLANEJAMENTO** PARA A PRÁXIS DOS MUNICÍPIOS ...

(2001) que trazem a proposta do Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS) a ser desenvolvida durante a realização de oficinas de trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF) por meio da análise da situação de saúde da população, definição dos problemas de saúde identificados e priorizados na área, estabelecimento dos possíveis

caminhos para o enfrentamento dos problemas, com seus responsáveis, prazos e recursos. Silva (2006) nos mostra que esse método operacional foi uma simplificação do fluxograma situacional, adequando-o para a área de saúde, em especial, para as áreas com cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) (SILVA, 2006).

As estruturas formais de planejamento praticadas pelos municípios não conseguem até hoje colocá-lo como técnica de governo capaz de imprimir governabilidade e capaz de definir projetos de governo eficazes (MATUS, 1993). As realidades municipais estudadas confirmam a utilização destes instrumentos apenas para cumprimento de formalidades:

As práticas estruturadas de planejamento existentes na SMS pouco contribuíram para intermediar estas conexões, na medida em que muitas delas restringiram-se a rituais, para atender às exigências legais de financiamento para as ações de saúde. Não foram capilarizadas na organização para subsidiar atividades permanentes de programação e avaliação das ações, fragilizando a capacidade de governo da equipe dirigente da organização. (VILASBÔAS, 2006, p.94)

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> O poder técnico aqui, segundo Testa (1992), tem conotação relacionada à mobilização de conhecimentos.

Do mesmo modo, outras práticas locais, não exigidas por lei, mas necessárias como instrumento de mudanças no modelo de atenção à saúde, parecem que não conseguem ser implantadas pelos municípios, a exemplo do que foi relatado em trabalho recente:

(...) existe um planejamento eminentemente Normativo (...) falta da participação da Secretaria Municipal de Saúde na realização do planejamento em saúde das ESF e, em especial, da realização das reuniões mensais com os representantes de todas as ESF do município, momento que poderia possibilitar aos trabalhadores / usuários socializarem situações cotidianas vivenciadas no interior do Programa de Saúde da Família relacionados ao processo de trabalho em saúde. (SILVA, 2006, p.177)

Silva idem, pontua que o planejamento em saúde no PSF não vem sendo consolidado na perspectiva de (re)organização do modelo de gestão do município, destacando a ausência de propostas de trabalho no plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde e das situações de risco que vivem o indivíduo, a família e as comunidades das áreas cobertas

Diante da disponibilidade de métodos, técnicas, estratégias, há que se perguntar 'por que os municípios brasileiros têm dificuldade de tornar o planejamento uma prática cotidiana?'

## A DESCENTRALIZAÇÃO E A (RE)DEFINIÇÃO DE PAPÉIS DOS ENTES FEDERADOS

Com a redemocratização, o Brasil se tornou um país altamente descentralizado em comparação com outros paises federativos. Este fato trouxe inúmeras mudanças nas relações intergovernamentais e no poder relativo dos governos e das sociedades locais (...) a experiência brasileira de descentralização com desigualdade desnuda os constrangimentos e as limitações da descentralização em países historicamente marcados por heterogeneidades regionais e sociais. (Souza, 2002)

Não tenho a pretensão de responder à questão formulada no item anterior, mesmo porque foge ao objetivo deste trabalho e para tal, seriam necessárias investigações aprofundadas para dar conta de tal propósito. A intenção da pergunta visa apenas aproximar-se da complexidade que envolve a temática. Entendo que a forma como tem ocorrido a descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil possivelmente está contribuindo para as dificuldades do planejamento em saúde e também para outras práti-

cas importantes para a sociedade. (...) a descentralização tributária, que permite que alguns municípios apresentem relativa 'saúde' financeira, não é a realidade de todo o país. Como mostrou Bremaker (1994), mais de 200 municípios do Nordeste não têm possibilidade de arrecadar recursos próprios. As razões para essa impossibilidade estão na inexistência de atividade econômica significativa e no tamanho de sua população pobre.

Cálculos de Samuels (2000 apud Souza, 2002, p. 432)

(Souza, 2002, p.432)

"mostram que quase 75% dos municípios brasileiros arrecadam menos de 10% da sua receita total via impostos e que cerca de 90% dos municípios com menos de 10.000 habitantes dependem quase 100% das transferências do FPM<sup>2</sup> e ICMS."

Considerando que a partir da década de 1990 as transferências intergovernamentais passaram a ser vinculadas, o que de fato concorre para a aplicação restrita a um determinado fim, deve-se ponderar que a autonomia do município fica comprometida e a liberdade de gasto fica reduzida (Souza, 2002). Os argumentos apresentados aqui convergem para a explicação do pouco uso do planejamento como ferramenta de gestão e ação democrati-

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Fundo de Participação dos Municípios

zante pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) no caso estudado por Vilasbôas (2006, p. 94):

"(...) autonomia restrita da SMS em formular políticas de saúde, dada pelos limites impostos pelo modelo de financiamento induzido pelo governo federal, que estabelece, a priori, o desenho do modelo assistencial a ser operacionalizado no município".

Deve-se olhar com cautela a literatura sobre descentralização e muitos trabalhos sobre governos locais no Brasil que tendem a desconsiderar as heterogeneidades e considerá-los uniformes na execução nas tarefas que lhes foram transferidas (Souza, 2002).

As responsabilidades dos três entes federados estão expressas nas leis e portarias que constituem o arcabouço jurídico do SUS. Recentemente, essas responsabilidades foram ampliadas, mais uma vez, para os municípios por meio da portaria/GM n.699, de 30 de março de 2006. Este documento enumera uma série de atribuições precedidas do termo "todo município deve" nas áreas da gestão do SUS; da regionalização; da programação e planejamento; da regulação, controle, avaliação e auditoria; da gestão do trabalho; da educação permanente; e da participação e controle social (BRASIL, 2006). Sublinha-se, por exemplo, que na área do planejamento e programação, assim está escrito:

RESPONSABILIDADES NO PLANEJA-MENTO E PROGRAMAÇÃO

**MUNICÍPIOS** 

Todo município deve:

formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano

DEVE-SE OLHAR COM CAUTELA A LITERATURA SOBRE DESCENTRALIZAÇÃO E MUITOS TRABALHOS SOBRE GOVERNOS LOCAIS NO BRASIL QUE TENDEM A DESCONSIDERAR AS ETEROGENEIDADES E CONSIDERÁ-LOS UNIFORMES NA EXECUÇÃO NAS TAREFAS QUE LHES FORAM TRANSFERIDAS (SOUZA, 2002)

de saúde e submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente; formular, no plano municipal de saúde, a política municipal de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde; elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente; operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a respon-

sabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação: Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde (CNES); e quando couber, os sistemas: Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos:

assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito local;

elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano municipal de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde. (BRASIL, 2006, grifo nosso)

A execução do elenco acima relacionado requer vontade política, organização, conhecimento técnico e recursos para a concretização das ações. Seria ingênuo pensar que, no contexto de desigualdades municipais, o planejamento poderá ser implantado como elencado na portaria ministerial. Não queremos, aqui, justificar a não-implantação ou minimizar a necessidade e a importância do planejamento, apenas refletir sobre as possíveis causas dos entraves da sua aplicabilidade local.

## O QUERER FAZER / O SABER FAZER E O FAZER DO PLANEJAMENTO

Problematizamos antes as desigualdades no financiamento diante do contexto de realidades e capacidades heterogêneas. Mas, as desigualdades municipais vão mais além. Para execução do elenco de responsabilidades na área de planejamento faz-se necessária qualificação profissional e experiência. Esta afirmação é validada no relato a seguir:

A precária incorporação do planejamento à gestão de organizações públicas tem sido verificada, também, em países desenvolvidos como a Inglaterra, Canadá e Estados Unidos. Em estudos sobre a implementação de um novo sistema de planejamento para autoridades locais na Inglaterra verificou-se que a adoção bem sucedida desse sistema ocorreu nas localidades que dispunham de recursos financeiros e recursos humanos com 'expertise organizacional' para sustentar as ações de planejamento. (Boyne et al., 2004 apud VILASBÔAS, 2006)

O planejamento é complexo por envolver muitas variáveis e por não ter um alvo fixo, inerte e sem inteligência. "É um processo não redutível a uma teoria bem estruturada e que requer muita experiência, perseverança e capacidade de aprendizagem na prática, além de forças e recursos [grifo nosso] para alterar o curso dos acontecimentos na direção desejada" (MATUS, 1993, p.10).

Em se tratando de planejamento social, a imagem sempre é móvel, os objetivos são conflitantes em relação ao individual versus coletivo. Para Matus, idem, o planejamento surge como um problema entre os homens. Mas, deixa claro que isto não é um empecilho para não se planejar. "Ou planejamos ou somos escravos da circunstância" (MATUS, 1993, p.14).

Na história recente do SUS, a descentralização e a implementação são mais recentes ainda. Pode-se

> PARA EXECUÇÃO DO ELENCO DE RESPONSABILIDADES NA ÁRFA DE PIANFJAMENTO FAZ-SE NECESSÁRIA QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL F FXPFRIÊNCIA

dizer que isso se deu a partir da NOB/96, portanto, há dez anos. Defendemos que os municípios ainda não acumularam a experiência referida por Matus para instituir práticas efetivas de planejamento e que é necessária ajuda para sua ocorrência. Cabe então a interrogação: quem ensina os municípios a planejar?

A experiência da autora em quatro anos de gestão do SUS municipal e de participação regional de encontros e discussões possibilita afirmar que, até o momento, houve ações pontuais e descontinuadas dos entes federados, associados ou não a instituições de ensino, mas que não atingiram a totalidade dos municípios ou não conseguiram traduzir-se em práticas efetivas e continuadas.

Como exemplos, podem-se citar o Treinamento Introdutório para as equipes do PSF sem um acompanhamento efetivo das práticas do planejamento, a Programação Pactuada Integrada (PPI) que ocorre com a "assessoria" do estado em oficinas que não promovem o diálogo e a negociação prevista nos regulamentos oficiais, os Planos Municipais de Saúde e as Agendas de Saúde, que são elaborados pelos municípios sem capacitação, treinamento ou orientação prévia de seus membros. Os entes federados, responsáveis pelo apoio técnico, se omitem e alegam fragilidades estruturais no atendimento aos municípios em tempo hábil.

Resta-nos a esperança de que o recém instituído Pacto de Gestão modifique essa realidade de abandono técnico dos municípios, pois este Pacto, em suas diretrizes operacionais, prevêem:

"Promover a institucionalização e fortalecer as áreas de planejamento no âmbito do SUS, nas três esferas de governo (...) Promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento do SUS" (BRASIL, 2006).

Desta forma, espera-se que os executores das políticas nos três níveis de governo as operacionalizem e que estudos mais aprofundados sejam realizados na busca das repostas às questões aqui levantadas.

#### RFFFRÊNCIAS

BRASIL. Lei 8142, de 24 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde-SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Departamento de apoio a Descentralização, 2006. 74p. (Série pactos pela saúde 2006, v.1).

. Ministério da Saúde. *Norma* Operacional Básica 001/96. Brasília, DFD: Ministério da Saúde, 1996.

. Ministério da Saúde. Regulamento: pactos pela vida e de gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Departamento de apoio a Descentralização, 2006. 143p. (Série Pactos pela Saúde 2006, v.2).

MATUS, Carlos. Política, Planejamento & Governo. Brasília, DF: IPEA, 1993. Tomo I. 292p.

MENDES, Eugênio Vilaça. Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1995. 310p.

PAIM. Jairnilson Silva. Modelo de Atenção e Vigilância da Saúde, *In:* Rouquayrol, Maria Zélia. Epidemiologia & Saúde. 6. ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-586.

; TEIXEIRA, Carmem Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Revista de Saúde Publica, Rio de Janeiro, v. 40, n. esp., p. 73-78, 2006.

SILVA, Jair Magalhães da. Planejamento em saúde no programa saúde da família em Jequié-BA: a dialética entre a teoria e a prática. Feira de Santana, 2006. 225 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Universidade Estadual de Feira de Santana, 2006.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da. As propostas de saúde coletiva. *In:* SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da. Modelos tecnoassistenciais em *saúde:* o debate no campo da saúde coletiva. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 71-110.

SOUZA, Celina. Governo e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 431-442, 2002.

TESTA. Mário. Pensar em Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 226p.

VILASBÔAS, Ana Luisa. Prática de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal. Salvador, 2006. 129 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. 2006.

; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Orientações metodológicas para o planejamento e programação das ações de vigilância da saúde nas áreas de abrangência do PACS-PSF, Bahia. In: PEREIRA, Rosana Aquino Guimarães (coord.). Manual do Treinamento Introdutório das Equipes de Saúde da Família. Salvador: Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, 2001. p. 113-124. (Série Cadernos Técnicos, 2).

## Saúde urbana e cidadania

Urban health and citizenship

Sonia Fleury<sup>1</sup>

**RFSUMO** 

Cada vez mais, um número crescente de pessoas habita em cidades. Este fenômeno tem consegüências no âmbito da saúde, pois a urbanização afeta a relação com o meio ambiente, interfere nos determinantes sociais do processo de saúde e doença e altera as condições de sociabilidade. A dimensão espacial é vista como geradora de condições que colocam em risco a saúde da população, mas também como geradora de condições de seu enfrentamento, já que os governos locais são vistos como agentes do desenvolvimento sustentável, capazes de mobilizar a rede de organizações comunitárias e os cidadãos em prol de medidas de promoção da saúde. A cidade interpela a cada um de seus habitantes a partir de uma identidade coletiva, um imaginário social que se constrói sobre ela e que está em processo permanente processo de construção.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Urbana; Território; Desenvolvimento Sustentável; Cidadania.

<sup>1</sup>Doutora em Ciência Política; professora da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas (EBAPE), da Fundação Getúlio Vargas. É presidente do CEBES desde 2006.

sfleury@fgv.br

#### **ABSTRACT**

The number of people living in cities is growing more and more. This phenomenon has consequences in the area of health, as urbanization affects our relation with the environment, interferes with the social determinants of the health and disease process and modifies the conditions of sociability. The spatial dimension is seen as generating conditions that put the population's health at risk, but also as generating the conditions for confronting it, as local governments are seen as agents of sustainable development, capable of mobilizing the network of community organizations and citizens for the benefit of health-promoting measures. The city queries each of its inhabitants based on a collective identity, an imaginary social aspect that is built over it and that is in a permanent process of construction.

KEYWORDS: Urban Health; Territory; Sustainable Development; Citizenship

A saúde pública há muito convive com os problemas decorrentes da concentração da população em cidades, fato que pode afetar positiva ou negativamente a saúde das pessoas. As epidemias do século XIX nos centros urbanos europeus são um bom exemplo desta relação entre a vida urbana e a saúde pública, sendo esta última responsável por importantes intervenções no disciplinamento da vida urbana. No entanto, pesquisas relacionando o viver nos centros urbanos modernos com as condições de saúde têm indicado uma perspectiva de abordagem multidisciplinar que requer este complexo fenômeno e a articulação em rede de diferentes instituições e atores que atuam no nível local.

Segundo o relatório Derek (2004), no século XIX a saúde pública estava relacionada com as consequências de fatores ambientais, no contexto de segurança da comida, ar e água. Em relação às doenças, isto estava relacionado às infecciosas, tóxicas e às causas traumáticas da morte, frequentemente associadas com a pobreza absoluta. Já no século XX, a saúde pública foi adaptada para lidar com os desafios de um novo conjunto de doenças associadas com a longevidade, industrialização, iniquidade em saúde e danos ambientais, com base na crença de que muitos dos fatores por trás destas enfermidades podiam ser amenizados pela prevenção, por meio da mudança social, ambiental e comportamental.

A definição de saúde pública evoluiu desde a prevenção de doenças transmissíveis para incluir o comportamento individual e até a população como um todo, os estilos de vida, as influências socioeconômicas, ambientais e culturais. As iniquidades em saúde têm se

A DEFINIÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA EVOLUIU DESDE A PREVENÇÃO DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS PARA INCLUIR O COMPORTAMENTO INDIVIDUAL E ATÉ A POPULAÇÃO COMO UM TODO, OS ESTILOS DE VIDA, AS INFLUÊNCIAS SOCIOECONÔMICAS. AMBIENTAIS E CULTURAIS

tornado uma preocupação crescente da saúde pública, colocando-a em crescente contato com outros campos disciplinares que tratam dos fatores socio-econômicos, como etinicidade, idade, gênero e status social, fatores que explicam as desigualdades em saúde.

Derek (2004) cita a definição de saúde pública dada por J. Last: "a combinação de ciência, habilidades práticas, e crenças que são dirigidas à manutenção e melhoria da saúde de toda a população (...) através de ação social ou coletiva". Portanto, o conceito de saúde pública é um conceito em permanente evolução, já que combina ciência e arte na prevenção de doenças e na melhoria da saúde, por meio de esforços organizados de toda a sociedade.

Recentemente, a saúde pública tem incluído um conjunto de trabalhos que são tratados sob o conceito de saúde urbana, incluindo temas tão diversos como saúde das cidades no mundo, meio ambiente, migração e saúde dos migrantes na cidade, serviços e sistemas de serviços na cidade, equidade, governança local, políticas urbanas e planejamento urbano, inovações sociais, atenção a pobres e famintos, violência urbana, etc.1 Além disso, há um investimento institucional na consolidação deste campo, seja com a criação do World Health Organization Center for Health Development, da Organização Mundial de Saúde (OMS) em Kobe<sup>2</sup>, o Healthy Cities and Urban Governance, ligado ao escritório regional do OMS para a Europa<sup>3</sup> e

<sup>1</sup> INTERNATIONAL SOCIETY FOR URBAN HEALTH, 2004.

<sup>2</sup> www.who.or.jp/city

<sup>3</sup> www.who.dk/healthy-cities

a criação da International Society for Urban Health<sup>4</sup>.

A emergência destas iniciativas, parte da constatação de que pelo ano 2007, mais de 50% da população mundial estarão vivendo em áreas urbanas e que por volta de 2050 já serão 70%.

A OMS analisa esta tendência a partir da necessidade e urgência de uma ação estratégica no campo da saúde urbana:

Essa tendência traz uma enorme carga sobre as cidades no que se refere à saúde dos cidadãos e os fatores que afetam a saúde das pessoas - habitação, alimentação, emprego, água, qualidade do ar, saneamento e tratamento do lixo, assim como sobre o ambiente físico e social de forma mais ampla. Esses fatores clamam por atenção urgente, políticas adequadas e planejamento oportuno. (WHO, 2002, p.8)

A adoção pela OMS de um conceito ampliado de saúde, como completo bem-estar físico, mental e psicológico, permite a compreensão da saúde urbana como dependente das condições de trabalho e vida das pessoas que habitam uma cidade, sendo condicionada pela qualidade do meio físico e socioeconômico e o acesso aos serviços de saúde.

Com base na Carta de Ottawa (1986), a promoção à saúde é definida como "o processo de empoderamento das populações para obter um melhor controle sobre sua saúde e para melhorar os determinantes da saúde" (indicar a fonte citada) tendo como pré-requisitos para a saúde a paz, a moradia, educação, alimentação, renda, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, a justiça social e a equidade.

Por outro lado, o reconhecimento do poder da ação local na promoção de cidades saudáveis gerou um movimento de articulação dos

ADOÇÃO PELA OMS DE UM CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE, COMO COMPLETO BEM-ESTAR FÍSICO, MENTAL E PSICOLÓGICO, PERMITE A COMPREENSÃO DA SAÚDE URBANA COMO DEPENDENTE DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO E VIDA DAS PESSOAS QUE HABITAM UMA CIDADE ...

prefeitos e representantes locais, o que se expressou através de um conjunto de declarações de comprometimento destas autoridades européias com a promoção da saúde para todos, com base em princípios de sustentabilidade, equidade, cooperação intersetorial, participação, responsabilização e solidariedade (WHO, 1990, 1998, 2000, 2003).

Na América Latina, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) tem promovido a mobilização e articulação de prefeitos e autoridades locais na promoção da estratégia de municípios e comunidades saudáveis, gerando uma rede regional de representantes de países, organismos, municípios e comunidades voltados para a promoção da saúde.

Maria Tereza Cerqueira, diretora da Divisão de Promoção e Proteção à Saúde da OPAS ensina que:

uma experiência de município e comunidade saudável começa com o desenvolvimento e/ou fortalecimento de uma parceria entre autoridades locais, líderes da comunidade e representantes dos vários setores públicos e privados, no sentido de posicionar a saúde e a melhoria da qualidade da vida na agenda política e como uma parte central do planejamento do desenvolvimento municipal. (OPAS, 2004)

São considerados elementos essenciais para a implantação da estratégia de Municípios e Comunidades Saudáveis:

- compromisso público entre autoridades governamentais e comunitárias:
- participação comunitária nas fases de planejamento, implementação e avaliação;

<sup>4</sup> www.isuh.org

- planejamento estratégico;
- construção de consensos e parce-
- participação de todos os setores sociais, incluindo o setor saúde;
- formular políticas públicas saudáveis nos níveis local, regional e nacional:
- conduzir o monitoramento e avaliação.

Todas estas iniciativas institucionais em saúde urbana convergem para pressionar pela introdução das questões tratadas no campo da saúde urbana na agenda das políticas públicas, especialmente em relação aos governos e sociedades locais. Além da saúde urbana se constituir em nova estratégia para as políticas públicas, ela também vai provocar mudanças nos objetos incluídos neste campo.

Uma breve leitura da lista das temáticas tratadas neste campo nos permite identificar que nela estão incluídos temas tradicionais da política de saúde e também aqueles relacionados à transmissão de enfermidades, ao acesso aos serviços e à preservação do meio ambiente, juntamente com outros novos temas - como aqueles relacionados à migração e violência urbana, além da incorporação de temáticas de outras áreas como o planejamento urbano, a inovação social e a governança local. Seria necessário buscar o elo que permitiria juntar coisas tão distintas sob um mesmo conceito de saúde urbana.

Um primeiro ponto é a compreensão das cidades como enormes processadores de alimentos, combustível, tecnologia e lixo, sendo elas, portanto, um 'metabolismo' complexo. Suas conexões se estabelecem em escala global, ocasionando implicações para o comportamento coletivo e as relações sociais e, assim, para a saúde coletiva<sup>5</sup>.

> ALÉM DA SAÚDE URBANA SE CONSTITUIR EM NOVA ESTRATÉGIA PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS. ELA TAMBÉM VAI PROVOCAR MUDANÇAS NOS OBJETOS INCLUÍDOS NESTE CAMPO

O estado de saúde da população urbana é determinado ou influenciado por numerosos fatores, dentre os quais estão a violência, uso frequente de cigarros, acidentes de trânsito, homicídios, agressões, obesidade e poluição do ar. Acrescenta-se a esta lista problemas psicossociais (drogas, depressão, suicídio e abuso de álcool) e o meio

ambiente urbano, responsável por facilitar a transmissão de agentes infecciosos por intermédio da diversidade e intensidade da circulação de pessoas, contatos e comportamentos sexuais.

Por outro lado, processos macroeconômicos que geram a pauperização de certas áreas urbanas e a carência de equipamentos urbanos disponíveis para atender à demanda da população mais pobre são apontados como problemas presentes em sociedades de economias não desenvolvidas, e tais problemas tendem a ser acentuados pelo processo de globalização, mesmo nos países mais desenvolvidos. O crescimento da pobreza urbana e suas diversas consegüências – fome, miséria, prostituição infanto-juvenil – é o mais importante fator previsível de riscos ambientais para a saúde.

Um dos maiores problemas da urbanização no mundo é sua desorganização, a qual acarreta a degradação dos ecossistemas naturais e compromete o meio ambiente. A promoção de um desenvolvimento sustentável é condição para a saúde das cidades e de suas populações.

Desta forma, a determinação e o trato de doenças já não podem mais ser atribuídos apenas às diferenças individuais, fazendo-se necessária a contextualização do

<sup>5</sup> www.ufmg.br/ieat

indivíduo no espaço em que ele vive, a caracterização do grupo em que está incluído, e uma ação abrangente sobre este meio físico e social.

A dimensão espacial é vista como geradora de condições que colocam em risco a saúde da população, mas também como geradora de condições de seu enfrentamento.

Os governos locais estão em uma posição singular na promoção da saúde e do desenvolvimento sustentável porque possuem responsabilidade direta sobre os fatores de maior impacto sobre a saúde (como meio ambiente, habitação e serviços públicos e de saúde coletiva) e/ou porque consistem no ponto de referência agências para governamentais localmente situadas, grupos de cidadãos e organizações comunitárias.

A saúde coletiva moderna clama por esforços mais sistematizados e de maior amplitude na abordagem das desigualdades e da pobreza urbana, das neces-sidades dos grupos vulneráveis, das raízes sociais, econômicas e ambientais das doenças, tornando possível situar as políticas de saúde no centro das estratégias econômicas, regenerativas e de planejamento urbano.

A Abordagem das Cidades Saudáveis da OMS proporciona tais soluções mais compreensivas de planejamento e de

política voltadas para os problemas de saúde urbana. Essa abordagem insere os governos locais no desenvolvimento da saúde por meio de um processo de comprometimento político, de mudanças institucionais, de construção de competências, planos compartilhados e ações concretas (WHO Regional Office for Europe)6.

Uma das áreas de trabalho da saúde urbana é aquela relativa ao acesso aos serviços, em especial aos cuidados primários, por serem mais

O CRESCIMENTO DA POBREZA URBANA E SUAS DIVERSAS CONSEQÜÊNCIAS — FOME, MISÉRIA, PROSTITUIÇÃO INFANTO-JUVENIL — É O MAIS IMPORTANTE FATOR PREVISÍVEL DE RISCOS AMBIENTAIS PARA A SAÚDE

baratos e mais facilmente entregues, além de mais efetivos na prevenção. Recentes avanços no campo da geografia sanitária aumentam a compreensão do papel da distribuição geográfica dos serviços na manutenção da saúde da população. O desenvolvimento de técnicas de georreferenciamento tem sido uma ferramenta importante para os estudos da saúde urbana, por exemplo, em relação à acessibilidade espacial aos cuidados primários (GUAGIARDO, 2004). São muitos os estudos sobre distância e acesso nas áreas rurais; em áreas urbanas, estes estudos têm se tornado comuns a partir do uso de software e hardware mais sofisticados para áreas urbanas. A literatura mostra evidência de iniquidade na distribuição espacial de provedores de cidades, incluindo os cuidados primários, mas, todavia, há poucas evidências de como a distância afeta a utilização do acesso no que se refere a algumas enfermidades.

Entre as questões que permanecem em aberto quanto à acessibilidade espacial (SA), Guagiardo (2004) enumera suas relações com urbanicidade, composição racial, status da área sob estudo, etc. Ou ainda: em que ponto a acessibilidade espacial começa a afetar a disponibilidade? Ou, como isto afeta as diferentes doenças? Existe um ótimo acesso espacial quanto aos cuidados primários e outro para especialistas? O primeiro é mais importante que o segundo?

Os estudos em saúde urbana buscam comparar as condições de saúde da população em áreas rurais e urbanas. Resultados de pesquisa nos Estados Unidos mostram que a população rural é menos saudável que a urbana, apresentando

<sup>6</sup> www.euro.who.int

maior proporção de casos de saúde deficiente, menos exames em problemas crônicos, menos testes para câncer e maior frequência de comportamentos de risco. Além disso, a cobertura dos seguros e serviços de saúde é mais deficitária em relação à população rural (Center on AN AGING SOCIETY, 2003)

Uma área de crescente importância no campo da saúde urbana relaciona migração e saúde (McKAY; MACINTYRE; ELLAWAY, 2003). A literatura de migração e saúde com freqüência compara os padrões do grupo migrante aos padrões da população hospedeira e, em adição, à sua contraparte não migrante. Estas diferenças provêm a oportunidade de separar as influências genéticas e fatores ambientais na saúde humana. Os padrões de mortalidade e morbidade dos imigrantes podem ser influenciados tanto por seus países de origem quanto pelo de destinação e pelo próprio processo de migração, dependendo se eles carregam seus hábitos ou vão adotando os padrões do hospedeiro.

Os padrões de doenças dos imigrantes são influenciados pelo ambiente de sua origem e do país novo, e pelo processo de imigração em si. O efeito varia de acordo com quem emigra, de onde, para onde e foi medida qual a influência na saúde. Apesar de apresentarem certas vantagens e desvantagens em perfis de fatores de risco, eles são considerados um grupo vulnerável e será beneficiado com suporte social e estratégias preventivas específicas que podem diferir daquelas relevantes para a população hospedeira.

A OMS (2003) propõe enfocar o problema da saúde dos imigrantes nos marcos dos direitos humanos, o que em geral garante proteção legal para indivíduos e grupos, contra ações que interferem com as liberdades fundamentais e a dignidade humana. O direito à saúde deve ser garantido a todos os tipos de imigrantes, voluntários ou

> OS PADRÕES DE DOENÇAS DOS IMIGRANTES SÃO INFLUENCIADOS PELO AMBIENTE DE SUA ORIGEM E DO PAÍS NOVO. E PELO PROCESSO DE IMIGRAÇÃO EM SI

involuntários, nacionais ou estrangeiros, refugiados, deslocados, asilados, ilegais.

O fenômeno da migração tornou-se cada dia mais intenso, em consequência da instabilidade política e/ou estagnação econômica de um número considerável de países e suas implicações para a saúde das populações tende a se acentuar. Assim sendo, a resposta a este problema deve ser dada de forma cooperativa e solidária, respeitando-se os direitos da população imigrante

e da hospedeira, criando condições de acesso aos serviços, sem estigmatizar ou discriminar os usuários imigrantes, além de ser sensível às peculiaridades culturais de cada

A saúde pública sempre tratou as questões ambientais como parte do seu escopo. A perspectiva da saúde urbana leva em conta o aumento dos problemas de manejo das questões ambientais na medida que a concentração populacional em megalópoles coloca tanto os problemas tradicionalmente envolvidos nos estudos do desenvolvimento sustentável, como a dimensão da escala no tratamento de problemas como o de poluição, uso da água, dejetos e reciclagem, etc.

A proposta de mudança de foco em relação à segurança, desde a segurança do Estado para a segurança humana e ambiental, pretende oferecer uma resposta às indagações sobre o que deve ser sustentado e desenvolvido.

A segurança e o desenvolvimento humano deslocam o campo do desenvolvimento sustentável de uma abordagem centrada nas necessidades para outra, centrada nos direitos, objetivando ampliar oportunidades e competências. A implicação prática dessa mudança ocorre no fato de os diretos civis e políticos, assim como os econômicos, sociais e culturais se tornarem um componente integral do pilar social do desenvolvimento sustentável. Isso proporciona uma ferramenta mais prática para o empoderamento individual por meio de um engajamento em direitos e obrigações universais. (Khagram, CLARK, RAAD, 2003, p.300)

Outra vertente que ganha crescente importância nos estudos em saúde urbana trata o tema da violência como um problema complexo e multideterminado, ainda que possa ser previsto e prevenido. O relatório da OMS sobre violência e saúde assume que a violência é um ator de uso intencional ou a ameaça de uso da força física ou poder, contra uma pessoa, grupo ou comunidade que resulte (ou tenha alta probabilidade de resultar) em ferimento, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação. Os tipos de violência são identificados como autodirigida, interpessoal ou coletiva.

O tratamento da violência a partir da saúde pública tem sido facilitado pela natural interdisciplinaridade inerente ao campo da saúde pública, o que permite a apreensão das múltiplas facetas de um problema de tal complexidade. Por outro lado, outra particularidade da saúde pública, que trata da associação entre teoria e prática política é visto como adequado ao tratamento de um fenômeno de dimensões crescentes e explosivas, especialmente nos países em desenvolvimento (FRANCO, 1999). O relatório da OMS propõe a compreensão da violência por meio de um modelo ecológico que possa apreender as relações entre os múltiplos fatores envolvidos, sejam eles do tipo individual, relacional, social, cultural ou ambiental.

Na medida que a saúde das populações tem sido crescentemente afetada por atos de violência de todos os tipos, os serviços de saúde vêem sua demanda aumentada e alterada, precisando alterar suas formas de trabalho e organização dos serviços.

> **OUTRA VERTENTE** QUE GANHA CRESCENTE IMPORTÂNCIA NOS ESTUDOS EM SAÚDE URBANA TRATA O TEMA DA VIOLÊNCIA COMO UM PROBLEMA COMPLEXO E MULTIDETERMINADO. AINDA QUE POSSA SER PREVISTO E PREVENIDO

Mais do que um papel passivo, por tradição, reservado ao setor saúde, a abordagem atual prevê que este setor assuma uma posição ativa na resposta global à violência, dado sua familiaridade com o problema, o acesso à informação e a possibilidade de desenvolver um trabalho de prevenção.

Esta atitude proativa decorre da responsabilidade do setor saúde em relação ao público e sua posição especial para identificar casos de abuso e encaminhar o paciente a outros serviços. Da mesma forma, o setor saúde, em cooperação com outros setores e atores governamentais e não governamentais deve atuar na prevenção e combate à violência, a partir de um plano nacional de prevenção.

Várias outras dimensões dos estudos englobados no âmbito da saúde urbana poderiam ser tratados, como as questões das doenças transmissíveis, ou mesmo o manejo de diferentes aspectos dos recursos ambientais. Não é nosso interesse aprofundar a discussão sobre os diferentes aspectos que compõem este campo de estudos e intervenções, mas buscar sua especificidade, para identificar um marco teórico que permita tratar a saúde urbana no interior da discussão teórico-conceitual das políticas públicas.

Assim sendo, passemos a identificar os elementos comuns a um campo composto de múltiplos problemas, objetos e métodos. Sem desconhecer esta diversidade<sup>7</sup>, podemos assumir que a unidade pode ser encontrada na abordagem dada a questões tão diversas que afetam a saúde das populações que habitam

<sup>7</sup> O WHO Center for Health Development identifica as seguintes áreas de pesquisa neste campo: qualidade do ar; manejo de desastres, segurança alimentar; políticas de saúde e bem-estar; habitação; saúde mental; pobreza; manejo de dejetos sólidos; planejamento urbano; violência; qualidade da água.

as cidades. Esta dimensão espacial passa a ser crucial na compreensão tanto da escala em que os problemas se apresentam como também na possibilidade de seu enfrentamento de forma a envolver, nesta ação integrada, atores e instituições de uma comunidade local, ainda que em um contexto de crescente integração global da economia.

Finalmente, vemos que os problemas de saúde urbana começam a ser tratados a partir dos direitos dos cidadãos em uma sociedade democrática, em uma ação planejada e concertada que assegure estes direitos e promova a expansão da cidadania. Estes aspectos foram condensados na exposição da Dra. Ilona Kickbush, diretora de Promoção da Saúde na OMS, por ocasião da reunião sobre Cidades Saudáveis, em Viena, 1997, da seguinte maneira:

As cidades saudáveis transcendem os limites em função dos princípios de organização, além da política de saúde e da saúde coletiva ao ampliar o programa e gerar mecanismos que abordam os fatores determinantes da saúde. A iniciativa das cidades saudáveis estabeleceu o planejamento para a saúde como um exercício público, com ampla participação da comunidade e amplos setores. Assim, também foram introduzidas novas formas de comunicação social. As cidades saudáveis desenvolvem um novo enfoque para a gestão pública que envolve o engajamento diferenciado dos membros administração municipal e das equi-

pes de projeto mediante treinamento especificamente orientado. O desenvolvimento das equipes é um aspecto essencial desse treinamento. Esse enfoque desafia as cidades a irem além dos departamentos compartimentados e exige a criação de um plano de saúde elaborado de forma conjunta com os cidadãos e com os responsáveis de todos os setores pertinentes. Da mesma forma, nos desafia a introduzir a saúde como um insumo do plano de desenvolvimento das cidades. As cidades saudáveis buscam introduzir novas

> ... OS PROBLEMAS DE SAÚDE URBANA COMEÇAM A SER TRATADOS A PARTIR DOS DIRFITOS DOS CIDADÃOS EM UMA SOCIEDADE DEMOCRÁTICA ...

formas de co-gestão social e de responsabilidade ao fomentar as alianças com outros membros da sociedade civil e do setor privado. Uma vez que nos últimos dez anos, as cidades saudáveis se difundiram por todo o mundo, uma análise minuciosa desse movimento seria extremamente valiosa e oportuna (KICKBUSH, 1997).

#### ESPAÇO, TERRITÓRIO E CIDADANIA

Os núcleos urbanos, para além de uma especialização funcional

(rural/urbano) representam a complexificação da produção e a exigência do nível de cooperação necessária para seu exercício. Assim, a urbe é definida pela multiplicidade de experiências presentes, pela confluência de numerosas relações sociais imprescindíveis em sua com-plexidade e unicidade, mas por outro lado, parte de um processo social potencializado pela cidade em si. A cidade interpela a cada um de seus habitantes a partir de uma identidade coletiva, um imaginário social que se constrói sobre ela e que está em processo permanente processo de construção.

"O território em que vivemos é mais que um simples conjunto de objetos, mediante os quais trabalhamos, circulamos, moramos, mas também um dado simbólico" (SANTOS, 1996, p.61). Mais do que mera condição de viver em dado território, a coesão das pessoas se dá tanto pela produção social quanto elaboração simbólica que uma coletividade faz sobre este espaço. Esta simbologia sobre o território no qual vivemos é fruto de uma produção coletiva, portanto, é parte essencial da coesão social. O compartilhamento de vivências e de uma histórica comum faz com que cada indivíduo isolado se sinta parte de uma coletividade, de um passado e de um devir. Neste sentido, as cidades envolvem tanto a pluralidade de identidades quanto a sua interconectividade, o que, nas metrópoles, vai além de um entremeado de histórias locais.

As cidades requerem esta experiência coletiva, ou solidariedade orgânica, seja pelas necessidades colocadas pela produção social, relativas ao provimento de bens e serviços, seja na construção de instituições e de uma cultura comum.

Santos (1996) formula sua proposta de enquadramento do espaço a partir do que ele denomina modelo cívico:

O modelo cívico forma-se, entre outros, de dois componentes essenciais: a cultura e o território. O componente cívico supõe a definição prévia de uma civilização, isto é, a civilização que se quer, o modo de vida que se deseja para todos, uma visão comum do mundo e da sociedade, do indivíduo enquanto ser social e das suas regras de convivência. O componente territorial supõe, de um lado, uma instrumentação do território capaz de atribuir a todos os habitantes aqueles bens e serviços indispensáveis, não importa onde esteja a pessoa; e, de outro lado, uma adequada gestão do território, pela qual a distribuição geral dos bens e serviços públicos seja assegurada. (SANTOS, 1996, p.5)

A proposta do autor de analisar o território a partir de um modelo cívico visa recuperar o cidadão como a perspectiva político-normativa, que inclui um componente territorial e um componente cultural, definido pelo projeto de civilização que se pretende para os cidadãos.

Segundo Arocena (1995), um território com determinados limites é, então, uma "'sociedade local' quando é portador de uma identidade coletiva expressa em valores e normas interiorizados por seus membros, e quando conforma um sistema de relações de poder constituído em torno de processos locais de geração de riqueza" (AROCENA, 1995, p. 20). Em outras palavras, uma sociedade local é um sistema de ação sobre um território limitado, capaz de

> ...AS CIDADES ENVOLVEM TANTO A PLURALIDADE DE IDENTIDADES QUANTO A SUA INTERCONECTIVIDADE, O QUE, NAS METRÓPOLES, VAI ALÉM DE UM ENTREMEADO DE HISTÓRIAS LOCAIS

produzir valores comuns e bens localmente geridos.

Entender a cidade como o território dos cidadãos implica assumir a construção política de uma esfera pública, em que os indivíduos se encontram igualados na condição de cidadãos. A esfera pública, como ordem simbólica relacional, é o espaço em que os sujeitos assim constituídos afirmam sua identidade e intercambiam significados que dão sentido e direção à suas ações. Na relação entre discurso e ação encontramos o lugar do sujeito.

Em seu comentário, Vicherat (2005) chama a atenção para as relações entre democracia e cidade, afirmando que o mundo moderno começou com a construção da cidade como ato político fundamental. A democracia se erigiu como baluarte das metrópoles, quando conceitos como cidadania, burguesia, direitos urbanos e direitos cívicos compunham boa parte do ideário moderno. A cidade é vista como expressão do exercício da liberdade de organização dos intercâmbios, lugar de concentração da diferença e do reconhecimento do outro.

A igualdade requerida na esfera pública é politicamente construída, já que na natureza humana o que encontramos é a diferença (ARENDT, 1993, p.227). Por isto, a cidade, ao implicar a pluralidade dos seus habitantes e sua interconectividade é também a materialização territorial da esfera pública, o espaço onde se encontram os cidadãos, sendo crucial no processo de coesão social.

A cidadania, hipótese jurídica igualitária inscrita como possibilidade na natureza do Estado moderno, foi a mediação mais importante na reconstituição da totalidade (comunidade) necessária à integração social (FLEURY, 1994, p.45) Tal mediação e as instituições a que deu origem conformaram a engenharia institucional democrática, materializando a emergência de uma esfe-

ra social que Habermas (1984) denominou 'repolitizada', ou Estadosocial, no qual as instituições estatais e sociais se sintetizam em um único complexo indiferenciado.

A cidadania integra as exigências de justica e exercício democrático do poder político; a pertença comunitária, ou integração a uma dada coletividade social, bem como uma base territorial. A idéia de direitos cidadãos - civis, políticos e sociais – remete à construção dos Estados-nações, isto é, de um poder político que se exerce de forma soberana e autônoma sobre um território e um povo, ligados por uma história e uma cultura comuns. No entanto, a mediação entre os indivíduos e o Estado, através da igualização realizada na cidadania só é efetiva, na medida que a sociedade civil seja capaz de realizar as funções de agregação dos interesses, reconhecimento dos sujeitos e sua inserção na esfera pública. Só assim a cidadania deixa de ser um invólucro legal e passa a ser um exercício na vida social.

A construção de identidades coletivas, comunais, em uma sociedade, que se fundou sob a concepção de indivíduos que se encontram apenas nas trocas de mercadorias, aparece como uma reação ao individualismo possessivo<sup>8</sup> burguês e como um movimento de autoproteção da sociedade face às forças destrutivas do mercado9. Castells (1999) afirma que "as pessoas resistem ao processo de individualização e atomização, tendendo a agrupar-se em organizações comunitárias que, ao longo do tempo, geram um sentimento de pertença e, em última análise, em muitos casos, uma identidade cultural, comunal" (CASTELLS, 1999, p. 79).

A dimensão cívica diz respeito à condição de inclusão ativa dos cidadãos à comunidade política,

> ENTENDER A CIDADE COMO O TERRITÓRIO DOS CIDADÃOS IMPLICA ASSUMIR A CONSTRUÇÃO POLÍTICA DE UMA ESFERA PÚBLICA, EM QUE OS INDIVÍDUOS SE ENCONTRAM IGUALADOS NA CONDIÇÃO DE CIDADÃOS

compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que são atribuídos ao status de cidadão. Como dimensão pública dos indivíduos, a cidadania pressupõe um modelo de integração e de sociabilidade, que transcende os interesses egoístas do

indivíduo no mercado, em direção a uma atitude generosa e solidária (FLEURY, 2003). Este é o vínculo que buscamos entre a saúde e o território: a construção da cidadania.

### REFERÊNCIAS

ARENDT, H. A condição humana. 6. ed. São Paulo: Forense Universitária. 1993.

AROCENA, J. El desarrollo local: um desafio contemporâneo. Caracas: Nueva Sociedad, 1995.

CASTELLS, M. A sociedade em rede. São Paulo: Paz e Terra, v.1, 1999.

CENTER ON AN AGING SOCIETY. Rural an urban health. Washington: Georgetown University, 07 jan. 2003. Disponível em: http:// hpi.georgetown.edu/agingsociety/ pubhtml/rural/rural.html>. Acesso em: 02 fev. 2007.

DEREK, W. Securing good health for the whole population. Final Report. London: [s.n.], 2004. Disponível em: <www.hm-treasury.gov.uk>. Acesso em: 02 fev. 2004.

FLEURY, S. Estado sem cidadãos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

. La expansión de la ciuda-

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Sobre a noção de individualismo possessivo veja MACPHEARSON, 1979.

<sup>&</sup>lt;sup>9</sup> Sobre o movimento de autoproteção da sociedade face ao liberalismo veja POLANYI, 1980.

danía. In: Inclusión Social y Nuevas Ciudadanías. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2003.

HABERMAS, J. Mudança estrutural na esfera pública. Rio de Janeiro: Tempo Universitário, 1984.

GUAGIARDO, M. F. Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. *International* Journal of Health Geographics, London, v. 3, n. 3, 2004. p. Disponível em:<www.ij-healthgeographics. com>. Acesso em: 02 mar. 2007.

INTERNATIONAL SOCIETY FOR UR-BAN HEALTH. Building Healthy Cities for the 21st Century. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON URBAN HEALTH IN REVIEW, 2., 2004. New York. Anais... New York: The International Society for Urban Health; Center for Urban Epidemiologic Studies, 2004. The Newsletter of the International Society for Urban Health, n. 1, p. 1, 2004. Disponível em: http://www.isuh.org/ download/newsletter Jan 2004.pdf. Acesso em: 02 fev. 2007.

KHAGRAM, S.; CLARK, W.; RAAD, D. From the environment and human security to sustainable security and development. Journal of Human Development. v. 4, n. 2, p. 289-313, 2003.

MACPHEARSON, C. B. Teoria política do individualismo possessivo de Hobbes a Locke. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

MCKAY, L.; MACINTYRE, S.; ELLA-WAY, A. Migration and health: a review of the international literature. Glasgow: Medical Research Council, 2003. (MCR & Public Health Sciences Unit Occasional Paper, n. 12).

OPAS. Guia dos prefeitos para melhorar a qualidade de vida, 2004. Disponível em: < www.paho.org/ portuguese/AD/SDE/HS/ guia prefeitos.html>. Acesso em: 02 maio 2007.

. Municípios e comunidades saudáveis: guia dos prefeitos para promover qualidade de vida. Washington. Divisão de Promoção e Proteção da Saúde, OPAS, 200-. Disponível em: < http://www.opas. org.br sistema/arquivos/Mun SAUD.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2007.

OTAWA Charter for Health Promotion. International Conference on Health Promotion, 1. Otawa, [s.n.], 1986.

POLANYI, K. A grande transformação: as origens da nossa época. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

SANTOS, M. O espaço do cidadão. 3. ed. São Paulo: Nobel, 1996.

VICHERAT, D. Comentário para o II Congresso Mundial para redes cidadanias, 2005. Disponible em: <www.iigov.org/resenas?p+</pre> 6 oiis>. Acesso em: 15 dez. 2006

WHO. International migration, health & human rights. Geneva, WHO, 2003.

. World report on violence and health. Kobe: WHO, 2002. Disponível em: <www.who.int/en/>. Acesso em: 15 dez. 2006.

WHO – Regional Office for Europe. The Belfast Conference. 2003. Disponível em: http://www.euro. who.int. Acesso em: 02 fev. 2007.

. Mmayor's Statement of the WHO Healhty Cities Network in Phase II. 2000. Disponível em: http:/ /www.euro.who.int. Acesso em: 02 fev. 2007.

\_\_\_\_\_. The Ahens Declaration for *Healthy Cities*. 1998. Disponível em: http://www.euro.who.int. Acesso em: 02 fev. 2007.

. The Milan Declaration on Healthy Cities. 1990. Disponível em: http://www.euro.who.int/ AboutWHO/Policy/20010927 8. Acesso em: 02 fev. 2007.

KICKBUSH, Ilona. Feasibility, Effectiveness, Quality and Sustainability of Health Promoting Hospital Projects. In: 5th International Conference on Health Promoting Hospitals. Vienna, 1997. Disponível em: http://www.euro.who.int/Document/ IHB/hphvienna1997.pdf Acesso em: 02 fev. 2007.

# Gestão de pessoal na administração direta: a experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Amparo, São Paulo

Personal management in direct administration: the experience of Municipal Health Secretary of Amparo, São Paulo.

Aparecida Linhares Pimenta<sup>1</sup>

### **RESUMO**

Relata-se a experiência de gestão de pessoal através da Administração Direta no município de Amparo, em São Paulo. Detalha-se o quadro atual de pessoal da Secretaria de Saúde, mencionandose as formas de contratação para o PSF de 1995 até hoje. Comenta-se as características do Plano de Cargos e Salários, implantado em 2003. E problematiza-se as dificuldades dos municípios para fazer a gestão de pessoal, enfatizando que estas dificuldades são resultantes do processo de construção do SUS, e não do fato da gestão ser por meio da Administração Direta. Conclui-se que, se o conjunto de atores políticos do SUS estivesse empenhado em encontrar soluções dentro da Administração Direta para os problemas da gestão de pessoal, muitas dificuldades poderiam ter sido superadas.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão de Pessoal; Administração Direta; Terceirização; Sistema Municipal de Saúde.

#### ABSTRACT:

A report on the experience of personnel management through Direct Administration in the town of Amparo, in São Paulo state. The current personnel figures of the Health Secretary are detailed, including information about the different forms of hiring Family Health Program workers since 1995. The Positions and Salaries Plan, implemented in 2003, is described in detail, and the difficulties in personnel management faced by local authorities are critically assessed, underlining that these difficulties result from the construction process of the Unified Health System, rather than from the fact that the management is executed by means of Direct Administration. It is concluded that if the group of Unified Health System political actors had endeavoured to find solutions to these management problems within the Direct Administration, many of the difficulties could have been overcome.

KEYWORDS: Personnel Management; Direct Administration; Outsourcing; Local Health System.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Médica sanitarista; doutora em Medicina Preventiva pela FCM-UNICAMP; secretária municipal de Saúde de Amparo; presidente do COSEMS/SP na gestão de março de 2005 a março de 2007. saude@amparo.sp.gov.br

### INTRODUÇÃO

O tema da gestão de pessoal é hoje dos mais cruciais para o processo de construção do SUS.

Na década de 1990, com a hegemonia neoliberal no país, as propostas de Reforma Administrativa do Estado preconizavam a flexibilização do trabalho e do emprego para responder à necessidade de reduzir o aparato estatal, considerado burocrático, formal e ineficiente. Para enfrentar este aparato era necessário privatizar e terceirizar a força de trabalho.

No âmbito do SUS, essas propostas se traduziram na terceirização de pessoal, realizada por Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), cooperativas, fundações, o chamado Terceiro Setor. As OS e as Oscips são entidades privadas – pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos (MERHY, 1998).

A utilização destas formas de gestão de pessoal tem levado a problemas legais e gerenciais, que podem comprometer o próprio desenvolvimento do SUS (CONASEms, 2006a).

Segundo a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, Brasil (2006), a terceirização posta em prática por meio das OS ou Oscips está associada à precarização do mercado de trabalho, com implicações na gestão de pessoal: multiplicação de contratos por serviço prestado, acúmulo de modalidades de vínculos e pagamentos, sublocação de serviços, que dilui a figura do empregador, favorecendo o desrespeito aos princípios do SUS.

A expansão de empregos públicos, ocorrida com o SUS, é de fato gigantesca: de 265.956 empregos públicos em 1980 este número aumentou para 1.193.503 em 2003, ou seja, a expansão foi de mais de cinco vezes!

Contudo, o que mais chama a atenção é que essa expansão se deu basicamente através de contratações feitas pelos governos municipais que, para implantar novos programas como o Programa de Saúde da Família (PSF), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ou novos serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST), tiveram que expandir seu quadro de pessoal, conforme mostra o Ouadro 1.

Quadro 1 – Empregos públicos na Saúde: 1980 e 2003

	1980	2003	
Municipal	43.086 (16,2%)	791.397 (66,3%)	
Estadual	109.573 (41,2%)	306.042 (25,6%)	
Federal	113.297 (42,6%)	96.064 (8,1%)	
Total	265.956	1.193.503	

Fonte: CONASEMS, 2006b.

Ainda segundo a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, as contratações das equipes de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde, no país como um todo, estão terceirizadas e, na maioria dos casos, a contratação é precária.

Ainda segundo essa mesma publicação, o tipo de vínculo trabalhista dos agentes comunitários era, em 2001/2002, de 4% como estatutários e 22% como celetistas (CLT), sendo que os demais, 74%,

eram contratos precários (BRASIL, 2005).

Segundo dados do Departamento de Atenção Básica (DAB), do Ministério da Saúde, em janeiro de 2007 eram 24.600 equipes de PSF, e o número de agentes comunitários de saúde era de 208 mil agentes (BRASIL, 2005). Se considerarmos que a situação trabalhista dos agentes melhorou, e que hoje ainda existam 60% de ACS nas condições da encontrada em 2002, o SUS deve contar ainda com mais de 120 mil agentes com contratos de trabalho precários.

A expansão de cobertura da atenção básica, através da contratação das equipes de PSF e agentes comunitários, bem como a criação de outros programas e serviços especializados, como CAPS, CEO, CEREST e outros, exigiu ampliação das contratações nos municípios. O gasto com estas contratações não foi acompanhado de um financiamento solidário das Secretarias Estaduais de Saúde, e mesmo do Ministério da Saúde: ficando o ônus do aumento das despesas destas contratações sob a responsabilidade dos municípios (CONASEMS, 2006a).

A insuficiência de recursos financeiros para garantir a expansão de cobertura necessária para oferecer acesso universal para todos os brasileiros é um dos determinantes da precarização do trabalho, tendo em vista que o custo da remuneração de um trabalhador aumenta consideravelmente quando se inclui o pagamento dos benefícios, previstos na legislação trabalhista.

O município de Amparo vem, desde 2001, enfrentando o desafio de organizar seu sistema de saúde, expandindo o quadro de pessoal através de admissão e contratação de pessoal pela Administração Direta, sem terceirizar a força de trabalho do PSF, CEO, CEREST, CAPS, ou seja, contratando através de Concurso Público para Emprego Público, os trabalhadores para todos os programas e serviços da Secretaria Municipal de Saúde.

#### **OBJETIVO**

Pretende-se relatar e problematizar a experiência de gestão de pessoal da saúde através da Administração Direta no município de Amparo, em São Paulo.

> CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO E DO SISTEMA LOCAL DE SAÚDE

Amparo localiza-se a 127 km da cidade de São Paulo e está situado

O MUNICÍPIO DE AMPARO VEM. DESDE 2001, ENFRENTANDO O DESAFIO DE ORGANIZAR SEU SISTEMA DE SAÚDE, EXPANDINDO O QUADRO DE PESSOAL ATRAVÉS DE ADMISSÃO E CONTRATAÇÃO DE PESSOAL PELA ADMINISTRAÇÃO DIRETA, SEM TERCEIRIZAR A FORÇA DE TRABALHO DO PSF, CEO, CEREST, CAPS ....

na Regional de Saúde de Campinas. O município é uma instância hidromineral, e integra-se a outros municípios do Circuito das Águas de São Paulo, como Serra Negra e Águas de Lindóia.

De acordo com o Relatório de Gestão de 2006, da Secretaria Municipal de Saúde de Amparo, a população estimada para 2006 foi de 67.503 habitantes; o Coeficiente de Mortalidade Infantil em 2005 foi de 9,16 e, em 2006, foi de 5,12 por mil nascidos vivos; e as principais cau-

sas de óbitos são as Doenças do Aparelho Circulatório, as Neoplasias e as Doenças Respiratórias (AMPARO, 2007).

O Município estava na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, e assinou o Termo de Compromisso do Pacto de Gestão em setembro de 2006.

O Sistema Municipal de Saúde é formado por:

- 14 unidades básicas de saúde:
- Ambulatório de Especialidades Médicas:
- Centro de Atenção Psicossocial -CAPS II:
- Núcleo Ambulatorial de Saúde Mental:
- Laboratório de Análises Clínicas:
- Centro de Especialidades Odontológicas;
- Centro de Referência de Saúde do Trabalhador:
- Central de Ambulâncias:
- Coordenação de Vigilância Sanitária e Epidemiológica;
- Coordenação de Avaliação, Controle e Regulação.

A retaguarda hospitalar é realizada em dois hospitais gerais, filantrópicos, conveniados com o SUS: a Santa Casa Anna Cintra e a Beneficência Portuguesa; e um hospital psiquiátrico, de referência regional, o Sanatório Ismael.

Em relação ao financiamento, como o município está na gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde desde 1998, todos os recursos públicos são repassados para o Fundo Municipal de Saúde e geren-

ciados pela Secretaria Municipal de Saúde, Fundo este criado de fato em 2001 por mejo de lei municipal.

Por outro lado, a Secretaria Estadual de Saúde não participa de maneira efetiva da coordenação e financiamento da rede hierarquizada de serviços de maior complexidade que possa oferecer a retaguarda especializada para os municípios de menor porte, os quais representam à maioria dos municípios paulistas (AMPARO, 2006).

Em relação às despesas com a Saúde, o município de Amparo investiu, em 2005, 21,49% do Orçamento Próprio em Saúde, utilizando os itens das receitas orçamentárias definidas pela Emenda Constitucional 29.

Quadro 2 - Percentual de Recursos Municipais investidos na Saúde em 2005 no município de Amparo

TOTAL DE RECEITAS ORÇAMENTÁRIAS MUNICIPAIS	R\$ 49.153.044,63
TOTAL DAS DESPESAS DO TESOURO MUNICIPAL COM SAÚDE	R\$ 10.561.648,49
PERCENTUAL DE APLICAÇÕES JANEIRO A DEZEMBRO DE 2005	21,49%

Fonte: AMPARO, 2006.

Em 2005, além das receitas do Tesouro Municipal, o Fundo Municipal recebeu recursos federais no valor de R\$ 9.902.995,38, totalizando uma receita anual de R\$ 20.464.643,87.

No período de 2001 a 2005 os gastos com pessoal cresceram 126%, conforme dados do Ouadro 3.

Quadro 3 - Despesas com a folha de pessoal da Secretaria Municipal de Saúde de Amparo, de 2000 a 2005

Ano	Valor da Folha de Pessoal da Saúde
2000	4.633.502,34
2001	4.664.127,92
2002	6.882.345,67
2003	7.720.646,44
2004	9.134.332,91
2005	10.478.023,87

Fonte: AMPARO, 2006.

Da verba destinada ao custejo das ações de Média e Alta Complexidade - MAC repassada pelo Ministério da Saúde em 2005, praticamente 100% foram utilizados para remunerar os hospitais conveniados, e o custeio das ações de média complexidade realizadas nos serviços municipais é realizado com recursos próprios.

A maior despesa da Secretaria é com a atenção básica; e a segunda é com os hospitais.

Nosso esforco tem sido para manter o percentual de investimentos próprios em torno de 21% e implementar todas as ações que garantam a saúde para a população que vive no município de Amparo.

> O QUADRO DE PESSOAL DA SECRETARIA DE SAÚDE DE AMPARO EM 2006

A rede municipal própria de saúde conta com 493 funcionários, sendo 409 servidores municipais, 79 estaduais "municipalizados" e cinco federais.

Entre os estaduais, a maioria é de administrativos e auxiliares de serviços gerais, mas ainda temos servidores estaduais de nível universitário.

Todos os trabalhadores da SMS são servidores públicos contratados mediante concurso público para ocuparem cargos estabelecidos no Plano de Classificação de Cargos e Salários, através de Lei Municipal 2.911, aprovada em agosto de 2003. O regime de trabalho é regido pela CLT.

De acordo com o PCCS, os cargos do PSF são diferenciados, portanto, o ingresso depende de concurso público específico, e os salários da Saúde da Família são maiores que os demais cargos da Secretaria (as categorias e cargos ocupados do quadro de pessoal estão no Anexo 1).

A rede de atenção básica está organizada integralmente na estratégia de Saúde da Família, e conta com 19 equipes de PSF habilitadas junto ao Ministério da Saúde. Cada equipe atende uma média de 850 famílias.

No total são cerca de 217 servidores que trabalham na rede básica: 19 médicos, 19 enfermeiros, 38 técnicos de enfermagem, 74 agentes comunitários de saúde, 14 dentistas, 14 auxiliares de consultórios dentários, 16 agentes administrativos e 16 auxiliares de serviços gerais, todos com jornada de 40 horas semanais. A rede básica conta ainda com cinco psicólogos e duas nutricionistas.

O Ouadro 4 evidencia que a maioria dos médicos do PSF de Amparo está há mais de três anos trabalhando no município.

Quadro 4 – Tempo de Trabalho dos Médicos do Psf de Amparo

Tempo de trabalho no PSF	Nº de médicos	Percentual
Menos de 1 ano	01	5,26%
De 1 a 3 anos	07	36,84%
De 3 a 5 anos	03	15,78%
+ de 5 anos	08	42,10%
Total	19	100%

Fonte: AMPARO, 2006.

Outro dado interessante é que dez médicos têm formação na área de Saúde da Família e Saúde Coletiva: cinco médicos fizeram Especialização na Unicamp, através do Pólo de Educação Permanente -PEP Leste Paulista; quatro fizeram Residência em Saúde da Família, sendo três na Unicamp e um na USP-SP; e uma médica fez douto-

rado em Saúde Coletiva, também na Unicamp.

Duas enfermeiras fizeram Especialização em Saúde da Família, e uma enfermeira e um dentista estão terminando a Especialização, todos através do PEP Leste Paulista/UNICAMP. Outra enfermeira fez Especialização na USP/SP, através do PEP da Grande São Paulo.

Além dos profissionais do PSF, uma psiquiatra e uma psicóloga fizeram Especialização em Saúde Mental; a coordenadora da UAC fez Especialização em Saúde Pública e em Gestão de Sistemas e Serviços do SUS: todos na UNICAMP. A enfermeira do CEREST está fazendo Especialização em Saúde do Trabalhador, pela FSP-USP/SP.

Nestes seis anos em que a gestão da SMS está sob a responsabilidade da mesma equipe de governo, houve mudanças no perfil de atendimento do Centro de Saúde, a unidade mais antiga e maior serviço ambulatorial do município, com a produção de cerca de 36% do total de consultas médicas realizadas pelos serviços municipais em 2005.

De antigo centro de saúde tipo I da SES-SP. o CS vem se transformando gradativamente em Ambulatório de Especialidades de Amparo, com oferta de atendimento em várias especialidades médicas, inclusive pequenas cirurgias, atendimentos em programas específicos como Tuberculose, Hanseníase, Doenças Sexualmente Transmissíveis.

As especialidades oferecidas no Ambulatório de Especialidades/Centro de Saúde são cardiologia, pneumologia, oftalmologia, infectologia, dermatologia, urologia, otorrinolaringologia, ortopedia, neurologia clínica, endocrinologia.

Na área básica conta com dois pediatras, dois clínicos gerais, quatro ginecologistas e um cirurgião geral.

As áreas de cirurgia geral e ginecologia obstetrícia funcionam na mesma sistemática das especialidades.

No PCCS foram criados cinco cargos para médicos especialistas, posteriormente ampliados para dez. Estes cargos têm salário por hora trabalhada, podendo ser de 12 horas, 16, ou 24 horas semanais, e a remuneração é melhor que a remuneração dos médicos contratados para jornada de 20 horas semanais, porém menor que o salário dos médicos do PSF.

A existência destes cargos possibilitou a contratação de especialistas de municípios de maior porte que se deslocam para Amparo, e trabalham em regime de plantão.

Atualmente, o Ambulatório de Especialidades conta com 25 médicos, sete especialistas trabalham em regime de plantão (cirurgião geral, ginecologista, oftalmologista, neurologista, cardiologista, urologista e endocrinologista), e 17 trabalham em jornada de 20 horas semanais, e um em jornada de 40 horas semanais.

Das 27 enfermeiras, 19 estão no PSF, três no Ambulatório de Especialidades, duas na Saúde Mental, duas na Vigilância, e uma no CEREST, sendo que 25 têm jornada de 40 horas semanais e duas trabalham 30 horas semanais.

Decidimos não contratar mais auxiliares de enfermagem e, desde a implantação do PCCS, todos os concursos públicos são para o cargo de técnico de enfermagem.

ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO DE UMA POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAL PARA O SUS NO MUNICÍPIO

O PSF de Amparo foi implantado em 1995. Nessa ocasião, o programa praticamente não existia nos municípios paulistas e não havia recurso financeiro do nível federal para custear o PSF.

Diante das dificuldades financeiras e da falta de profissionais no mercado de trabalho o programa

> DIANTE DAS DIFICULDADES FINANCEIRAS E DA FALTA DE PROFISSIONAIS NO MFRCADO DE TRABALHO O PROGRAMA TEVE INÍCIO DE FORMA PRECÁRIA, COM OS MÉDICOS TRABALHANDO FM TFMPO PARCIAL F COM UMA ENFERMEIRA PARA TRÊS UNIDADES

teve início de forma precária, com os médicos trabalhando em tempo parcial e com uma enfermeira para três unidades.

A decisão foi de implantar o PSF em toda a rede básica, e o atendimento médico nas unidades urbanas era de meio período, e a auxiliar de enfermagem permanecia período integral na unidade. Duas enfermeiras faziam a supervisão das seis unidades. Decidiu-se não contratar agentes comunitários de saúde.

Como a remuneração dos servidores públicos de Amparo era muito baixa, a decisão para contornar o problema foi criar cargos de livre provimento para médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, com salários diferenciados em relação aos demais profissionais da Prefeitura, bem como pagamento de gratificações especiais.

Para compor as equipes do PSF, houve processo seletivo para profissionais dos serviços de saúde do próprio município e interessados de fora da Prefeitura.

Em 1996, houve ampliação da jornada de trabalho dos médicos e ampliação do número de enfermeiras e auxiliares de enfermagem. O município contava então com sete equipes, cada uma formada por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem, mas continuava sem o agente comunitário de saúde.

No final de 1996, houve eleições municipais, e em Amparo ocorreu mudança de prefeito, e a nova secretária decidiu dar continuidade ao PSF.

Nos quatro anos da nova gestão, houve aumento de sete para 11 equipes, porém essas equipes contavam com um número de enfermeiros e auxiliares de enfermagem menor do que o exigido pelo Ministério da Saúde.

A partir de 1997, o município decidiu contratar também em cargo de confiança 12 agentes comunitários de saúde.

Em 2000, ao término da gestão municipal de 1997 a 2000, foram realizados concursos para regularizar a situação de várias categorias profissionais contratadas sem concurso, entre elas os ACS. No segundo semestre de 2000, houve ampliação do número de agentes através de contratação por concurso público. Em dezembro de 2000, a rede de PSF contava com 44 agentes para 11 equipes.

Em janeiro de 2001, quando assumi a Secretaria Municipal de Saúde, o PSF de Amparo estava no seu quinto ano de existência, contava com 11 equipes de PSF que atuavam em 11 Unidades Básicas de Saúde, e todos os profissionais ocupavam cargos de livre provimento.

O Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, ao analisar as contas do Orçamento Municipal de 1999 e 2000, havia recomendado ao município mudanças na forma de contratação das equipes de PSF, pois entendia que a nomeação de livre provimento não deveria ser feita para funções próprias do serviço público, como era o caso da atenção básica.

Os demais profissionais da Secretaria da Saúde eram concursados e recebiam salários bastante defasados em relação ao mercado regional.

Uma decisão que marcou o primeiro ano da gestão que estava iniciando foi a de criar cargos e realizar concurso público para todos os profissionais de Saúde da Família.

No segundo semestre de 2001, a Secretaria Municipal de Saúde elaborou uma proposta de Projeto de Lei que criava cargos de médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem para o PSF. A proposta foi discutida com o Prefeito que manifestava discordância, pois considerava o impacto político negativo que teria, caso a maioria dos profissionais não conseguissem ser aprovados. Mas ainda assim concordou, pela insistência da Secretária da Saúde, em encaminhar o

...O ESTADO DEVE ASSUMIR A ADMINISTRAÇÃO DIRETA DOS SETORES ESTRATÉGICOS, E NO CASO, ENTENDEMOS QUE A SAÚDE PÚBLICA É UM SETOR ESTRATÉGICO. INCLUSIVE PELO FATO DE TER SIDOCONSAGRADA NA CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA COMO DIREITO DO CIDADÃO E DEVER DO ESTADO

Projeto de Lei à Câmara, e a lei foi aprovada na última sessão de 2001.

A maioria dos profissionais das equipes não concordava com essa proposta da Secretaria, que foi discutida no colegiado de coordenadores das unidades de Saúde da Família para que todos fossem informados do processo – deixamos claro, no entanto, que essa era uma decisão da direção da Secretaria, que seria concretizada, apesar das posições contrárias dos funcionários.

Esta decisão provocou muita tensão interna, pois o projeto foi sustentado quase que exclusivamente pela equipe da Secretaria Municipal de Saúde. As opiniões contrárias a nossa decisão de criar cargos e fazer concurso público para o PSF vinham tanto dos funcionários como do Prefeito e da maioria de gestores municipais com os quais discutíamos em reuniões da Comissão Interinstitucional Regional (CIR/ Campinas) e do Cosems. O concurso ocorreu em marco de 2002.

A decisão de realizar o concurso público para todas as categorias de Saúde da Família em Amparo, em 2002, foi tomada levando em consideração o entendimento que a Equipe Central tinha do próprio SUS.

A nosso ver, o Estado deve assumir a administração direta dos setores estratégicos, e no caso, entendemos que a Saúde Pública é um setor estratégico, inclusive pelo fato de ter sido consagrada na Constituição Brasileira como direito do cidadão e dever do estado. Mais ainda, no caso da atenção básica, que é a porta de entrada do SUS, e deve ser gerenciada diretamente pelos municípios, e não pelo Terceiro Setor.

Acreditamos que esse é um exemplo de exercício de uma dimensão do poder do gestor em posição de governo que, em muitas situações, defende projetos estratégicos, que nem sempre representa os interesses dos funcionários de uma determinada instituição, em uma conjuntura específica (PIMENTA, 2007).

Tomada a decisão, tratava-se de colocá-la em prática e, em 2002, enfrentamos o desafio de realizar o primeiro concurso público para todos os cargos de PSF.

O concurso ocorreu em fevereiro de 2002, foi homologado em março, e em abril iniciamos o processo de contratação dos profissionais aprovados, e a exoneração dos reprovados. Nossa proposta era de em 90 dias concluir o processo e, em junho, ter as novas equipes contratadas. Como as contratações eram feitas conforme a classificacão no concurso foi necessária muita habilidade para que os usuários continuassem tendo seu atendimento garantido.

À medida que as equipes iam se constituindo, fomos definindo as coordenações, o colegiado de coordenadores foi recomposto, o programa de Educação Permanente foi retomado, e os atores políticos da instituição foram assimilando a nova situação.

De 2002 até 2006 foram realizados três concursos públicos para as três categorias que compõem as equipes de PSF: médico, enfermeiro e técnico de enfermagem; e foi realizado um concurso público para Agente Comunitário de Saúde. No caso dos ACS, um dos critérios definidos no Edital era que as inscrições e as vagas eram por local de moradia, conforme a Lei que criou a profissão de agente comunitário.

Em 2005 foram feitos o terceiro concurso público do PSF e o segundo para agente de saúde. O concurso de 2005 teve 15 médicos inscritos, 131 enfermeiros, 285 técnicos de enfermagem, e 1.121 agentes de saúde.

Houve também uma expansão significativa de pessoal para a área de Saúde Mental, em função da qualificação de um CAPS II, a implantação de uma Moradia, e implantação de ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Para isso, houve a realização de concursos públicos, nestes seis anos, parapsicó-

NA SECRETARIA DA SAÚDE, TOMOU-SE A DECISÃO DE MANTER SALÁRIOS MAIORES PARA AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, E A LEI DO PCCS ESTABELECEU UMA CLASSIFICAÇÃO DIFERENCIADA DE CARGOS E SALÁRIOS PARA MÉDICOS, ENFERMEIROS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DO PSF

logos, terapeutas ocupacionais, e psiquiatras.

Nosso maior problema tem sido a dificuldade em conseguir psiquiatras para a Saúde Mental; situação que parece ser comum à maioria dos municípios.

Implantamos um Cerest e, para isto, foram contratados, por concurso, um engenheiro de segurança, um médico do trabalho, um enfermeiro, um psicólogo, um técnico de segurança, e em 2007, estamos contratando uma terapeuta

ocupacional para completar a equipe.

Houve também a criação do cargo de Agente de Vigilância Ambiental e de médico plantonista, para atender à necessidade do Ambulatório de Especialidades.

Outra medida importante para qualificar a gestão de pessoal foi a implantação de um Plano de Classificação de Cargos e Salários/ PCCS.

Desde 2001, a nova equipe que assumiu o governo decidiu fazer uma Reforma Administrativa na Prefeitura e implantar um Plano de Classificação de Cargos e Salários (PCCS), com os objetivos de adequar a estrutura administrativa e corrigir uma série de distorções em relação aos cargos e salários dos funcionários.

Em 2003, a Prefeitura contratou a Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP) para fazer a Reforma Administrativa e o PCCS.

A grande mudança que o PCCS trouxe para o funcionalismo municipal foi rever o salário-base, incorporando gratificações que não eram fixas e alterando a composição da folha de pagamento, de tal forma que o gasto com o pagamento de salário passou a representar cerca de 80% da composição dos recursos usados para pagamento de pessoal. Antes do PCCS, os salários representavam 60% da Folha e as gratificações representavam 40% da mesma.

Na Secretaria da Saúde, tomouse a decisão de manter salários

maiores para as equipes de Saúde da Família, e a lei do PCCS estabeleceu uma classificação diferenciada de cargos e salários para médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem do PSF. Os cargos da Saúde foram definidos no Subanexo 1 da Lei Municipal 2.911, de 14/ 08/2003 do PCCS (ver Anexo 2). Os quadros são referentes a 2003. e anualmente os salários vêm sendo atualizados com base no INPC.

Em 2003, a discussão do PCCS e as mudanças na vida funcional dos servidores permearam as discussões do funcionalismo e a agenda das reuniões dos trabalhadores da Saúde foi ocupada em grande medida com as propostas do novo Plano.

Nas equipes de Saúde da Família, a pressão era para que os salários dos enfermeiros do PSF fossem equiparados aos dos médicos do PSF. Nos demais espaços de discussão da Secretaria, a pressão era para que os demais salários se equiparassem aos do PSF. Nas demais secretarias municipais, a pressão era para que os salários se equiparassem aos da Saúde, que eram maiores do que os demais salários da Prefeitura.

Como o funcionalismo municipal não contava com sindicato com capacidade de representá-los nas discussões com a Administração, essas pressões ocorriam de maneira desorganizada e fragmentada. Eram conflitos de interesses simultâneos atravessando toda a organização da Prefeitura.

A definição de salários no serviço público é resultado de um conjunto de determinantes e a principal delas é o mercado de trabalho.

A categoria médica tem salários maiores do que todas as outras categorias no mercado de trabalho e, se a gestão pública não considerar esse dado da realidade e pagar salários muito abaixo dos salários de mercado, não consegue contar com esse profissional. Em muitas situações, os gestores contratam médicos com salários baixos: eles

> A DECISÃO DE MELHOR REMUNERAR AS EQUIPES DE PSF FOI TOMADA EM FUNÇÃO DESSA MESMA ESCASSEZ DE RECURSOS, E EM FUNÇÃO DA PRIORIDADE À ATENÇÃO BÁSICA E AO PSF

não cumprem a jornada de trabalho e trabalham sem estabelecer compromissos com os serviços.

Por outro lado, os médicos têm alto grau de autonomia no processo de produção do cuidado. Médicos mal remunerados e sem compromisso com as equipes e com os usuários, na maioria dos serviços significa serviços sem resolutividade.

As outras categorias da saúde de nível universitário recebem salários menores do que os dos médi-

cos, tanto na iniciativa privada como no setor público estatal. As causas dessa diferenciação salarial das profissões da saúde no mercado de trabalho são sociais, históricas e envolvem vários elementos, que não serão analisados aqui.

Gerenciar o problema da diferenciação salarial tem sido uma das dificuldades que tenho enfrentado nesses 20 anos em que trabalho na gestão municipal, particularmente quando se trabalha com projetos de construção de modelos assistenciais substitutivos ao modelo médico hegemônico, e fundamentados na formação de equipes interdisciplinares.

Por outro lado, dificilmente se consegue praticar uma política salarial independente do mercado de trabalho, sobretudo em função da escassez de recursos financeiros da área da saúde. Numa situação em que os recursos financeiros fossem abundantes, seria possível praticar políticas salariais mais igualitárias, mas essa não é a realidade do SUS.

A decisão de melhor remunerar as equipes de PSF foi tomada em função dessa mesma escassez de recursos, e em função da prioridade à atenção básica e ao PSF. Como o município não dispõe de recursos financeiros para remunerar bem o conjunto de seus servidores, a decisão foi priorizar a saúde e, na saúde, a atenção básica.

Porém essa decisão teve conseqüências na organização do sistema de saúde como um todo, inclusive no

fato de não conseguirmos ter um ambulatório de especialidades com a mesma qualidade que temos na atenção básica, pois não se consegue contratar profissionais em função dos baixos salários. A criação do cargo de plantonista minimizou este problema, mas não o resolveu.

A diferença salarial entre os médicos em relação a outras categorias profissionais é, a meu ver, um conflito constitutivo do SUS e não vejo no curto e médio prazo, nenhuma possibilidade de solução. Portanto, os gestores têm que estar preparados para enfrentar esse conflito na gestão.

O PCCS ainda está em fase de aperfeicoamento e a Administração está, neste primeiro semestre de 2007, realizando a avaliação de desempenho de todos os servidores que estão em estágio probatório, contratados nos últimos três anos. Este processo está sendo feito por meio de amplo debate com as coordenações das unidades, com o conjunto de trabalhadores e com os próprios servidores que vão passar por avaliação.

Em seis anos foram realizados 32 concursos públicos para várias categorias da Saúde e novas admissões foram feitas para praticamente todas as unidades. Esta expansão do quadro de pessoal levou a um aumento da despesa com a folha de pessoal que dobrou em seis anos.

Simultaneamente a esse processo de mudanças na gestão de pessoal, a Secretaria Municipal de Saúde investiu na construção de uma política de gestão do trabalho que inclui, além da gestão de pessoal, a criação de espaços coletivos de gestão e a implantação de um amplo Programa de Educação Permanente. E esta política de gestão do trabalho é a base de sustentação da Gestão do Sistema Municipal de Saúde, voltado para a defesa da vida e a humanização da atenção à saúde.

#### **RESULTADOS**

Os principais problemas que enfrentamos na gestão de pessoal

A FALTA DE PROFISSIONAIS COM FORMAÇÃO PARA OS PROGRAMAS E SERVICOS DO SUS É UM PROBLEMA ESTRUTURAL QUE ATINGE TANTO OS MUNICÍPIOS QUE CONTRATAM PELA ADMINISTRAÇÃO DIRETA, COMO AQUELES QUE TERCEIRIZAM AS CONTRATAÇÕES

em Amparo podem ser resumidos em três blocos:

- Insuficiência de recursos financeiros, tanto para expandir o quadro de pessoal de acordo com a expansão de cobertura, como para remunerar os profissionais com salários competitivos em relação ao mercado de trabalho;
- Número insuficiente de profissionais no mercado de trabalho com formação para trabalhar nos pro-

gramas e serviços prioritários do SUS, tais como médicos para o PSF, psiquiatras para os CAPS, médicos especialistas em algumas áreas essenciais:

- Contratação de profissionais sem formação para o trabalho na área pública, os quais desconhecem as especificidades da Saúde da Família, da Vigilância Sanitária e Epidemiológica, dos CAPS, de Saúde do Trabalhador, da Auditoria:
- Dificuldade para tomar medidas disciplinares com relação aos servidores públicos concursados, particularmente demissão de profissionais sem qualificação e sem compromisso com o serviço público.

A insuficiência de recursos atinge tanto os municípios que contratam pessoal pela Administração Direta como aqueles que terceirizam as contratações.

Os municípios que precarizam as relações de trabalho e não pagam os direitos trabalhistas estão descumprindo a Lei, e isto é incompatível com a proposta do SUS.

Se houvesse maior aporte de recursos financeiros para os municípios seria possível remunerar melhor os trabalhadores de saúde. E isto permitiria enfrentar a competitividade do mercado de trabalho.

Para enfrentar o problema da escassez de recursos, o município de Amparo tem investido bem mais

recursos do orçamento próprio que o piso recomendado pela EC 29. Além disso, temos utilizado vários dispositivos para otimizar os processos de trabalho e combater o desperdício. Mas estamos no limite, e atualmente qualquer expansão no quadro de pessoal depende do aporte de recursos financeiros novos das outras esferas de governo.

No caso da Administração Direta, para aumentar os salários, o município deve dispor de recursos financeiros e orçamentários para fazer frente ao aumento de despesa com pessoal. Além disso, é obrigado a enviar projeto de lei à Câmara para alterar os salários dos cargos do PCCS. Como a maioria dos vereadores é favorável a aumento de salário, este é um problema de natureza política, pois sempre que há alteração de salário de uma única categoria com alteração no PCCS, isto causa desgaste com o conjunto do funcionalismo. No entanto, quando a administração dos contratos é feita de forma terceirizada, o aumento de salários para uma ou outra categoria é feito com mais agilidade.

Esta situação vem ocorrendo com frequência em Amparo no caso dos médicos do PSF. A maioria dos gestores dos municípios da região contrata médicos de PSF de forma terceirizada, e isto permite aumentar os salários com mais facilidade.

Em 2005 fomos obrigados a enviar projeto de lei à Câmara Municipal modificando a grade salarial dos médicos do PSF, porque o município não estava conseguindo contratar novos profissionais, em função dos aumentos de salários na região. E isto provocou uma crise interna, particularmente com as enfermeiras do PSF.

A falta de profissionais com formação para os programas e serviços do SUS é um problema estrutural que atinge tanto os municípios que contratam pela administração direta, como aqueles que terceirizam as contratações. Neste

...O MAIOR PROBLEMA DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA ESTÁ NA DIFICULDADE DE TOMAR MEDIDAS DISCIPLINARES QUANTO AOS SERVIDORES PÚBLICOS CONCURSADOS. PARTICULARMENTE DEMISSÃO DE PROFISSIONAIS SEM QUALIFICAÇÃO E/OU COMPROMISSO COM O SERVIÇO PÚBLICO

caso, pesa mais as diferenças regionais e mesmo o porte dos municípios. É provável que a possibilidade de conseguir alguns destes profissionais seria maior se o setor público conseguisse pagar salários maiores que o setor privado.

Mas o enfrentamento definitivo deste problema depende de mudanças estruturais na formação universitária, sobretudo na Residência Médica. Segundo Campos (2006), "as universidades brasileiras continuam formando profissionais

como se eles fossem trabalhar nos EUA ou no Brasil na década de 1980, e não são formados para o SUS."

Em Amparo, temos criado dispositivos para conseguir profissionais com formação de acordo com nossas necessidades, e temos conseguido resultados satisfatórios em algumas áreas e em outras não.

O problema das áreas específicas que exigem formação em servico só pode ser enfrentado através de programas de educação permanente voltados para estas áreas. As dificuldades para enfrentar este problema são de duas ordens: primeiro, porque esta deveria ser uma política a ser enfrentada solidariamente pelas três esferas de governo, com participação das instituições formadoras, e sua solução acabou ficando somente para o município; em segundo lugar, porque formar profissionais em serviço exige que os municípios contem com um número deles que permita a utilização de parte da jornada de trabalho para as capacitações, pois toda formação necessita de participação em aulas, seminários, em atividades fora do trabalho propriamente dito.

Como formar os trabalhadores contratados para desenvolver as ações de vigilância sanitária? Onde estão os docentes para construir com os farmacêuticos, enfermeiros, dentistas, as novas atribuições da Vigilância Sanitária? Quem vai arcar com os custos desta formação? Como compatibilizar o número reduzido destes profissionais com a necessidade de dispor de horário para a Educação Permanente.

Os mesmos questionamentos cabem aos profissionais contratados para atuar nos CAPS. A maioria dos psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, aprovados nos nossos concursos, nunca atenderam um psicótico em crise, um dependente químico grave, durante a formação universitária.

A situação se repete no que se refere à Saúde do Trabalhador e ao PSF: os profissionais para estas áreas necessitam de cursos formais. estruturados, oferecidos por docentes especializados, para que eles possam ter formação consistente.

Tais dificuldades acontecem tanto no que concerne aos trabalhadores contratados pela administração direta como aos terceirizados. Nas situações em que há maior estabilidade da força de trabalho, os investimentos na Educação Permanente (EP) destes trabalhadores é mais eficaz, pois a rotatividade é menor.

Em Amparo, com exceção dos médicos, a rotatividade é relativamente pequena, mas ainda assim bastante prejudicial à qualificação da atenção oferecida à população.

Desenvolvemos desde 2001, em Amparo, um Programa de EP, utilizando recursos próprios, recursos do Pólo de EP. Mas nossa necessidade é muito maior do que nossas possibilidades, particularmente na Vigilância, na Saúde Mental e no PSF.

Acreditamos que o maior problema da Administração Direta está na dificuldade de tomar medidas disciplinares quanto aos servidores públicos concursados, particularmente demissão de profissionais sem qualificação e/ou compromisso com o serviço público. Aí reside, a nosso ver, o maior problema da administração direta e que é facilmente solucionado quando a força de trabalho é terceirizada.

Em Amparo, temos desenvolvido várias estratégias para estimular os trabalhadores que lidam com compromisso e vínculos, e punir aqueles que atendem mal a população. Mas esta é uma batalha cotidiana, permeada por tantas variáveis, que muitas vezes nos faz sentir impotentes, e exige determinação para resistir aos caminhos fáceis e imediatistas.

#### CONCLUSÕES

A primeira conclusão é de que é possível implantar um sistema municipal de saúde tendo como estratégia a contratação de pessoal por meio da Administração Direta.

No caso de Amparo, o município tem uma despesa com pessoal em conformidade com a Lei de Responsabilidade Fiscal, e como conta apenas com serviços ambulatoriais, a gestão através da Administração Direta é totalmente viável.

Nos municípios em que a relação entre as despesas com pessoal e as receitas correntes líquidas estão acima dos 50% definidos na Lei de Responsabilidade Fiscal a situação é mais complicada, pois o município fica impedido de expandir o quadro de pessoal lançando mão da contratação pela Administração Direta.

Nos municípios de grande porte, que contam com serviços de alta complexidade, a administração de serviços hospitalares e de urgência e emergência fica, muitas vezes, sem a agilidade necessária quando depende das regras da Administração Direta.

Por outro lado, quando contratamos por meio de concurso público para ocupar cargos definidos legalmente, estamos agindo em conformidade com a Constituição Federal, e garantindo o acesso ao emprego levando em conta critérios democráticos. Além disso, através da Administração Direta, estamos permitindo a fiscalização do uso do dinheiro público pelos órgãos responsáveis, como é o caso dos Tribunais de Contas.

Entretanto, os principais problemas que enfrentamos, enquanto gestores municipais do SUS, no que diz respeito à gestão de pessoal, não estão relacionados ao fato das contratações serem feitas pela Administração Direta, mas sim a problemas estruturais do SUS, como discutimos anteriormente.

Outra conclusão é que, se o conjunto de atores políticos do SUS estivesse empenhado em encontrar soluções dentro da Administração Direta, para os problemas da gestão de pessoal, acredito que muitas dificuldades poderiam ter sido superadas ao longo dos últimos dez anos.

O problema é que atores importantes do SUS, como gestores de estados e de grande número de

municípios, optaram pela terceirização e abdicaram de lutar pela reforma do Estado, necessária para a consolidação do SUS.

Com isso, ficamos fragilizados no enfrentamento das amarras de um Estado que não foi feito para funcionar nos moldes propostos pela Reforma Sanitária.

Este é um debate que está colocado para todos os atores políticos envolvidos com a construção do SUS: trabalhadores, gestores, usuários. É um debate que interessa à sociedade civil, ao Estado, e perpassa tanto o Poder Judiciário como o Legislativo.

### RFFFRÊNCIAS

AMPARO. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão de 2005*. Amparo: Secretaria Municipal de Saúde, 2006.

. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão de 2006. Amparo: Secretaria Municipal de Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Cadernos do Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, EAD/Escola Nacional de Saúde Publica Sérgio Arouca/Fiocruz, 2005.

\_\_\_. Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente, 3. Cadernos RH Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, G.W.S. Políticas de Formação de Pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. Cadernos RH Saúde. Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente, 3. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. p. 55-59.

CONASEMS. Teses e Plano de Ação, 2005 – 2007. Brasília: CONASEMS, 2006a.

. Núcleo de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente. Brasília, DF: CONASEMS, 2006b.

MERHY, E. Organizações Sociais: autonomia de que e para que? Campinas: [s.l.], 1998. Mimeo.

PIMENTA, A. L. Saúde de Amparo: a construção de espaço coletivo de gestão. 2007. 109 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2007.

#### **ANFXOS**

ANEXO 1: Quadro de pessoal da Secretaria Municipal de Saúde. Dezembro de 2006

CARGO	Quantitativo em fevereiro/06
Médico	49
Enfermeiro	27
Dentista	29
Psicólogo	13
Farmacêutico/bioquímico	07
Outros	22
Subtotal	147
Técnico de enfermagem	49
Auxiliar de enfermagem	14
ACD	22
Agente Comunitário de Saúde	74
Agente de Vigilância Ambiental	04
Agente fiscal	05
Técnico de laboratório	07
Auxiliar de laboratório	02
Subtotal	177
Agente administrativo	49
Oficial administrativo	13
Auxiliar de serviços	39
Motorista	36
Outros de apoio	32
Subtotal de apoio	169
TOTAL	493

Fonte: Relatório de Gestão de 2005 da SMS de Amparo.

ANEXO 2: Lei Municipal n. 2.911, de 14/08/2003 que criou o Plano de Classificação de Cargos e Salários / PCCS de Amparo – Anexo referente aos cargos da Secretaria Municipal de Saúde

SUBANEXO 1 – SAÚDE – NÍVEL BÁSICO

EMPREGOS	QUANTIDADE	REFERÊNCIA		
Agente Comunitário de Saúde	80	SB - 3		
Agente de Vigilância Ambiental	10	SB - 3		
Motorista de Ambulância	45	SB – 4		

### SUBANEXO 2 – SAÚDE – NÍVEL MÉDIO

EMPREGOS	QUANTIDADE	REFERÊNCIA
Agente Fiscal de Saneamento	10	SM - 2
Atendente de Consultório Dentário	32	SM - 1
Auxiliar de Enfermagem	10	SM - 2
Técnico de Enfermagem	24	SM - 3
Técnico de Laboratório	5	SM - 3
Técnico em Higiene Bucal	5	SM - 3

### SUBANEXO 3 – SAÚDE – NÍVEL SUPERIOR

EMPREGOS	QUANTIDADE	REFERÊNCIA		
Assistente Social	11	SS – 1		
Biólogo	3	SS - 2		
Dentista	38	SS – 4		
Enfermeiro	14	SS – 1		
Farmacêutico/Bioquímico	10	SS - 2		
Fisioterapeuta	5	SS – 1		
Fonoaudiólogo	5	SS - 1		
Médico	30	SS – 4		
Nutricionista	2	SS – 1		
Psicólogo	11	SS – 1		
Terapeuta Ocupacional	5	SS – 1		
Veterinário	3	SS – 1		

### SUBANEXO 4 – SAÚDE – PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

EMPREGOS	QUANTIDADE	REFERÊNCIA
Auxiliar de Enfermagem – PSF	10	SP - 2
Técnico de Enfermagem – PSF	30	SP - 3
Enfermeiro – PSF	20	SP – 4
Dentista – PSF	10	SP - 5
Médico – PSF	20	SP - 6

### SUBANEXO 5 – SAÚDE – FUNÇÃO DE CONFIANÇA

FUNÇÕES DE CONFIANÇA	QUANTIDADE	REFERÊNCIA		
Coordenador de Saúde	02	FCS – 1		

### SUBANEXO 6 – SAÚDE – NÍVEL SUPERIOR/PLANTONISTA

EMPREGOS	QUANTIDADE	REFERÊNCIA
Médico Plantonista	5	SMP - 1

### ANEXO 3 - Quadros de cargos e salários da Secretaria Municipal de Saúde no PCCS - 2003

### SAÚDE – NÍVEL BÁSICO

#### Jornada Semanal de 40 horas\*

	Α	В	С	D	Е	F	G	Н	- 1	J	K	L	М
SB-1	390,00	401,70	413,75	426,16	438,95	452,12	465,68	479,65	494,04	508,86	524,13	539,85	556,05
SB-2	429,00	441,87	455,13	468,78	482,84	497,33	512,25	527,62	543,44	559,75	576,54	593,84	611,65
SB-3	471,90	486,06	500,64	515,66	531,13	547,06	563,47	580,38	597,79	615,72	634,19	653,22	672,82
SB-4	519,09	534,66	550,70	567,22	584,24	601,77	619,82	638,42	657,57	677,29	697,61	718,54	740,10

<sup>\*</sup> Os valores correspondentes às jornadas de 20 e 30 horas semanais são obtidos multiplicando estes valores por 50% (0,50) e 75% (0,75), respectivamente.

#### SAÚDE – NÍVEL MÉDIO

### Jornada Semanal de 40 horas\*

	Α	В	С	D	Е	F	G	Н	- 1	J	K	L	M
SM-1	570,00	587,10	604,71	622,85	641,54	660,79	680,61	701,03	722,06	743,72	766,03	789,01	812,68
SM-2	627,00	645,81	665,18	685,14	705,69	726,86	748,67	771,13	794,26	818,09	842,64	867,91	893,95
SM-3	689,70	710,39	731,70	753,65	776,26	799,55	823,54	848,24	873,69	899,90	926,90	954,71	983,35

<sup>\*</sup> Os valores correspondentes às jornadas de 20 e 30 horas semanais são obtidos multiplicando estes valores por 50% (0,50) e 75% (0,75), respectivamente.

#### SAÚDE – NÍVEL SUPERIOR

### Jornada Semanal de 40 horas\*

	Α	В	С	D	E	F	G	Н	ı	J	K	L	М
SS-1	1.700,00	1.751,00	1.803,53	1.857,64	1.913,36	1.970,77	2.029,89	2.090,79	2.153,51	2.218,11	2.284,66	2.353,20	2.423,79
SS-2	2.040,00	2.101,20	2.164,24	2.229,16	2.296,04	2.364,92	2.435,87	2.508,94	2.584,21	2.661,74	2.741,59	2.823,84	2.908,55
SS-3	2.448,00	2.521,44	2.597,08	2.675,00	2.755,25	2.837,90	2.923,04	3.010,73	3.101,05	3.194,08	3.289,91	3.388,60	3.490,26
SS-4	2.937,60	3.025,73	3.116,50	3.209,99	3.306,29	3.405,48	3.507,65	3.612,88	3.721,26	3.832,90	3.947,89	4.066,33	4.188,32

<sup>\*</sup> Os valores correspondentes às jornadas de 20 e 30 horas semanais são obtidos multiplicando estes valores por 50% (0,50) e 75% (0,75), respectivamente.

#### SAÚDE – MÉDICO PLANTONISTA

### Valor da Hora-Plantão

	Α	В	С	D	Е	F	G	Н	- 1	J	K	L	М
SMP-1	29,38	30,26	31,17	32,10	33,06	34,05	35,08	36,13	37,21	38,33	39,48	40,66	41,88

### SAÚDE – PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

### Jornada Semanal de 40 horas\*

	Α	В	С	D	E	F	G	Н	- 1	J	K	L	М
SP-1	700,00	721,00	742,63	764,91	787,86	811,49	835,84	860,91	886,74	913,34	940,74	968,96	998,03
SP-2	900,00	927,00	954,81	983,45	1.012,96	1.043,35	1.074,65	1.106,89	1.140,09	1.174,30	1.209,52	1.245,81	1.283,18
SP-3	1.000,00	1.030,00	1.060,90	1.092,73	1.125,51	1.159,27	1.194,05	1.229,87	1.266,77	1.304,77	1.343,92	1.384,23	1.425,76
SP-4	2.500,00	2.575,00	2.652,25	2.731,82	2.813,77	2.898,19	2.985,13	3.074,68	3.166,93	3.261,93	3.359,79	3.460,58	3.564,40
SP-5	3.900,00	4.017,00	4.137,51	4.261,64	4.389,48	4.521,17	4.656,80	4.796,51	4.940,40	5.088,62	5.241,27	5.398,51	5.560,47
SP-6	4.300,00	4.429,00	4.561,87	4.698,73	4.839,69	4.984,88	5.134,42	5.288,46	5.447,11	5.610,52	5.778,84	5.952,21	6.130,77

## Saúde mental & cidadania: a resposta de Fortaleza, Ceará

Mental health & citizenship: the answer of Fortaleza, Ceará

Luiz Odorico Monteiro de Andrade<sup>1</sup>

Raimunda Félix de Oliveira<sup>2</sup>

Evelyne Nunes Ervedosa Bastos<sup>3</sup>

Marcelo Brandt Fialho<sup>4</sup>

Lídia Dias Costa<sup>5</sup>

raimundafelix@yahoo.com.br

### **RESUMO**

Descreve-se e analisa-se a implantação da Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza e os resultados obtidos. Propõem-se eixos temáticos que incentivem a cidadania, promovendo direitos em saúde mental, articulando ações intersetoriais e interinstitucionais para melhoria da qualidade de vida das pessoas, e agrantindo a participação dos movimentos sociais comprometidos com o ideário da Reforma Psiquiátrica e com os princípios do Sistema Único de Saúde. Os resultados indicam a redução de 34% nas internações psiquiátricas por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e 11% nas de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, comparando os anos de 2005 com 2006.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; Sistema Municipal de Saúde; Cidadania.

#### ABSTRACT:

This article presents a description and analysis of the implementation of the Mental Health Care Network of Fortaleza and the respective results obtained. Thematic lines of action to stimulate citizenship are proposed, promoting mental health rights, identifying actions to be taken between sectors and institutions to improve people's quality of life, and ensuring the participation of social campaigns committed to the Psychiatric Reform doctrine and the principles of the Unified Health System. The results show a 34% reduction in psychiatric hospitalizations for mental disturbances and alcohol-related behaviour and an 11% reduction as regards schizophrenia, schizotypal disorders and delirium, comparing the 2006 figures with those from 2005.

KEYWORDS: Mental Health; Psychiatric Reform; Local Health System; Citizenship.

<sup>1</sup> Professor adjunto da Faculdade de Medicina, UFC/ Sobral; doutor em Saúde Coletiva pela UNICAMP; Secretário municipal de Saúde de Fortaleza. odorico@sms.fortaleza.ce.gov.br

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Psicóloga; psicodramatista, cursando especialização de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde na Unicamp; coordenadora da Política Municipal de Redução de Danos e membro da Coordenação Colegiada de Saúde Mental de Fortaleza.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Psicóloga; psicodramatista; mestranda em Saúde Mental pela Universidade Estadual do Ceará; membro da Coordenação Colegiada de Saúde Mental de Fortaleza. evellabastos@uol.com.br

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Psiquiatra; membro da Coordenação Colegiada de Saúde Mental de Fortaleza. mbfialho@hotmail.com

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Psiguiatra; mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará; gerente da Célula da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. lidiadc@ig.com.br

### INTRODUÇÃO

O Brasil avançou muito nos últimos anos na aprovação de leis geradoras de direitos, balizadas pelo movimento em favor da humanização dos serviços implantados e mantidos pelo Sistema Único de Saúde, principalmente nas redes de atenção e cuidados de pessoas que passam por sofrimento psíquico, decorrentes de transtornos mentais e/ou pelo uso abusivo de álcool e outras drogas.

A reforma psiquiátrica brasileira é um processo que surgiu a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970. Tem como fundamentos não apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também – e principalmente – uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas (AMARANTE, 1995). Nesta perspectiva, a Lei n.10.216, de 6 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, ratificou as diretrizes básicas que consolidam o SUS, garantindo aos usuários dos serviços de saúde mental a universalidade de acesso e direito à assistência e a integralidade. Valoriza a descentralização do modelo de intervenção e atendimento, pois defende que a estruturação dos serviços seja próxima do convívio social dos usuários, configurando redes assistenciais comprometidas com as desigualdades sociais. Essa Lei, fruto de uma luta histórica defendida por profissionais, políticos, associações de usuários e de familiares e movimentos sociais da área de saúde mental, "dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental" (BRASIL, 2004, p.17).

No Ceará, a legislação vigente é a Lei Estadual Mário Mamede n.12.151, de 29 de julho de 1992, que "dispõe sobre a extinção progressiva dos Hospitais Psiquiátricos e substituição por rede

A LEI N.10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001, MARCO LEGAL DA REFORMA PSIQUIÁTRICA, RATIFICOU AS DIRETRIZES BÁSICAS QUE CONSOLIDAM O SUS, GARANTINDO AOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL A UNIVERSALIDADE DE ACESSO E DIREITO À ASSISTÊNCIA E A INTEGRALIDADE

extra-hospitalar de assistência, regulamentando as internações psiquiátricas compulsórias" (BRASIL, 2004, p.28).

O estado do Ceará foi vanguarda no movimento da Reforma Psiquiátrica, por ter implantado serviços substitutivos com um movimento do interior para a capital (GoyA, 1996). De 1993 até 2006 foram cadastrados 55 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Ceará. Fortaleza, até 2005, tinha três CAPS, sendo cadastrados outros 11 no ano de 2006.

A trajetória da Reforma Psiquiátrica no estado foi fortalecida em iulho de 2000, com o fechamento da Casa de Repouso Guararapes, em Sobral, sendo esse um marco divisor do modelo de atenção à saúde mental naquele município, contribuindo, assim, para a consolidação de lutas históricas no que diz respeito ao fechamento de serviços excludentes, o que, por sua vez, fortalece o protagonismo do Movimento da Luta Antimanicomial no Brasil.

Fortaleza hoje é a quarta maior cidade do país, devendo responder às necessidades de atenção integral em saúde mental. Segundo dados do IBGE (2006), a cidade tem uma população estimada de 2.416.920 habitantes; está localizada no litoral norte do Ceará, com área territorial de 313,8 km2; limita-se ao norte e ao leste com o oceano Atlântico e com os municípios de Eusébio e Aquiraz; ao sul, com os municípios de Maracanaú, Pacatuba e Itaitinga e a oeste com os municípios de Caucaia e Maracanaú.

O município de Fortaleza encontra-se dividido em regiões administrativas denominadas de Secretarias Executivas Regionais (SER). As SER "representam a divisão da cidade em seis regiões administrativas, criando assim secretarias executoras" A elas "caberiam o papel executivo das políticas setoriais, que, de forma articulada definiriam suas prioridades, estabelecendo metas específicas para cada grupo populacional e prestando os serviços articulados em uma rede de proteção social" (ANDRADE, 2006, p.111).

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS/Fortaleza) fez o redirecionamento político organizacional das estruturas gestoras, na ótica do cumprimento dos princípios constitucionais referentes à saúde, instituindo o Sistema Municipal Saúde-Escola, que é constituído por cinco Redes Assistenciais: da Estratégia Saúde da Família, da Atenção Ambulatorial Especializada, Hospitalar, da Urgência e Emergência e da Saúde Mental. (Fortaleza, 2005).

#### **OBJETIVO**

Pretende-se descrever e analisar a implantação da Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza e os resultados obtidos a partir das ações desenvolvidas.

### MARCO TEÓRICO

A idéia da Rede Assistencial de Saúde Mental (RASM) se baseia em princípios e diretrizes que viabilizem a construção de um novo discurso e de novas práticas, tecnologias e saberes em saúde mental. Os princípios e as diretrizes, abaixo relacionados, foram construídos de forma coletiva, em agosto de 2005, no município de Fortaleza, por meio de rodas de debates envolvendo o conjunto de profissionais da RASM.

#### Princípios

I- Implementação de uma política de promoção de direitos em saúde mental comprometida com as necessidades da população, seguindo o ideário da Reforma Psiquiátrica, defendido amplamente em Fóruns da sociedade organizada, nas Conferências Nacionais de Saúde em geral e de Saúde Mental (BRASIL, 1994; 2002) em conformidade com as determinações constantes na Legislação Federal, pela Lei n.10.216/01, dentro de uma ló-

A IDÉIA DA REDE ASSISTENCIAL DE SAÚDE MENTAL (RASM) SE BASEIA EM PRINCÍPIOS E DIRETRIZES QUE VIABILIZEM A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO DISCURSO E DE NOVAS PRÁTICAS, TECNOLOGIAS E SABERES EM SAÚDE MENTAL

gica antimanicomial e não hospitalocêntrica;

II- Concepção do campo das ações em saúde mental de forma ampla, estimulando práticas que possibilitem maior humanização e acolhimento dos serviços de saúde e dos espaços públicos em geral, seguindo as diretrizes do HumanizaSUS; III- Promoção da integralidade das ações de saúde mental com as demais Redes Assistenciais, com ênfase na atenção básica como eixo da rede de serviços de saúde em

geral e dos serviços específicos de saúde mental;

IV- Promoção de cuidados comunitários em saúde mental, por meio de ações e atividades contínuas de educação popular em saúde junto à população, de forma a estimular o envolvimento das comunidades. familiares e pessoas usuárias dos serviços de saúde mental;

V- Promoção da universalidade de acesso aos serviços de saúde em geral que se fizerem necessários às pessoas em situação de sofrimento mental e/ou portadores de transtornos mentais;

VI- Incentivo à organização social e política da população, sobretudo de usuários e familiares dos serviços de Saúde Mental, na discussão do funcionamento e da avaliação dos serviços e da política de saúde do município, avançando na construção da inclusão social.

#### Diretrizes

I- Desenvolver ações de atenção à saúde mental da população de Fortaleza sob a égide dos princípios do SUS:

II- Criar uma rede de serviços públicos substitutivos aos hospitais psiquiátricos, comprometidos com a qualidade da assistência e com a defesa dos direitos das pessoas.

III- Estimular a articulação de ações intersetoriais e interinstitucionais em defesa da qualidade de vida das pessoas em situação de sofrimento mental e/ou portadores de transtornos mentais;

IV- Contribuir para a promoção da

saúde em geral e da saúde mental, estimulando a população à vitalização e reapropriação de espaços coletivos, propiciando a produção de sentido e a ressignificação existencial nos âmbitos individuais e coletivos. Dessa forma, possibilitar uma práxis de construção da solidariedade como valor humano fundamental, visando à transformação da realidade social excludente e marginalizadora de grande parte da população;

V- Incluir as questões de álcool e de outras drogas como problema de saúde pública e como prioridade na política municipal de saúde mental fundamentando-se na estratégia de redução de danos:

VI- Organizar uma política de assistência farmacêutica que garanta o acesso aos medicamentos essenciais em Saúde Mental à população usuária do SUS que deles necessite;

VII- Organizar um Sistema de Informações em Saúde Mental que possibilite a avaliação, o monitoramento e o redirecionamento das ações, baseando-se em estratégias de avaliação participativa, construindo indicadores e avaliações qualitativas que considerem a subjetividade do processo de trabalho que envolve o campo da saúde mental, contribuindo no avanço da Reforma Psiquiátrica municipal:

VIII- Incentivar o desenvolvimento de uma política de gestão de pessoas participativa e dialógica, considerando os serviços de saúde mental não apenas como um espaco de trabalho, mas de cuidado dos profissionais:

IX- Estimular a educação permanente dos profissionais da Rede Assistencial de Saúde Mental de várias maneiras, incluindo as diversas possibilidades de supervisão, assessoria e consultoria, incentivando iniciativas de pesquisa, ensino e extensão no campo da saúde mental em Fortaleza, em conformidade com os pressupostos acima;

X- Estabelecer uma legislação municipal específica na área da saúde mental.

De acordo com os pressupostos apresentados, a Política de Saúde Mental do município de Fortaleza será estruturada em torno dos seguintes Eixos Organizativos:

A- Organização de uma ampla rede de serviços abertos, regionalizados, desenvolvendo ações de saúde mental desde a atenção básica até os hospitais gerais, em parceria com a sociedade civil organizada;

B- Organização, apoio e incentivo a projetos de geração de renda, cooperativos e de economia solidária, de modo a promover a inclusão social;

C- Organização, apoio e incentivo de espaços intermediários entre a comunidade e os serviços que dêem suporte a questões psicossociais da população.

A organização da política e da assistência em saúde mental, com seus princípios e diretrizes aqui delineadas tem como ponto central a oferta e a organização de cuidados em saúde mental. Neste sentido, cuidado é a idéia-forca que conduz todo o processo de estruturação e funcionamento dos serviços que devem compor a rede assistencial e a política municipal de saúde mental. A concepção de cuidado se traduz na "construção de projetos de vida, em contraposição ao reducionismo de uma intervenção voltada para a remissão de sintomas" (ALVES E GULJOR, 2004, p.227).

Como fio condutor destes cuidados, o Acolhimento é compreendido e concebido como estratégia de garantia de acessibilidade universal em saúde, de humanização da assistência e de estabelecimento de vínculos. É visto, ainda, como resultado da ação dos mais variados profissionais que integram as equipes dos serviços de saúde, quando estes, de modo processual e encadeado, se ocupam em todos os momentos de atendimento à população em captar, compreender e dar resolutividade às demandas e necessidades trazidas pelos(as) usuários(as), como definido por Franco, Bueno & Merhy (1999).

O acolhimento é o pressuposto e a consequência de uma relação humanizada e solidária entre trabalhadores e usuários. Nos serviços de saúde mental, que comumente acompanham e são referências para pessoas em situação de sofrimento mental, em sua maioria com quadros psicóticos, esta escuta ganha grandes proporções e importância maior, deter-

minando que, desde a entrada das pessoas nos serviços, haja garantia da acessibilidade e se estabeleça o necessário vínculo entre profissionais e clientela atendida.

A construção da Rede Assistencial em Saúde Mental tem o acolhimento como síntese das diretrizes apresentadas, sendo concretizado dentro de um modelo assistencial centrado nos usuários e nos problemas de saúde trazidos por estes aos serviços de saúde (FRANCO, 2004).

### ESTRUTURAÇÃO DOS PROCESSOS TERAPÊUTICOS

As linhas de cuidado em saúde mental devem aglutinar todos os recursos disponíveis para proporcionar bem-estar, qualidade de vida, apoio e suporte às pessoas que sofrem de algum transtorno mental. O ato de cuidar em saúde mental extrapola o tratamento e envolve diversos recursos terapêuticos e comunitários, exigindo ações intersetoriais e interdisciplinares.

A sociedade como um todo tem uma dívida secular de resgate da cidadania plena, após séculos de negação da loucura, discriminação e exclusão do convívio social dos cidadãos e cidadãs adoecidos mentalmente. Os servicos de saúde mental, todo o sistema público de saúde e a sociedade em geral devem compor e estruturar cenários em que a reabilitação psicossocial e a garantia de exercício da cidadania sejam promovidas com a utilização de recursos e ações que se caracterizam como promotoras de saúde, como reabilitadoras, como instrumentos de cidadania.

Para Lobosque (2005, p. 20), a proposta se efetiva ao

retirar a clínica da saúde mental de sua tradicional função de controle social, feita em nome de ditames técnicos e científicos, para colocá-la a trabalho pela autonomia e independência das pessoas. Trata-se de aproveitar as vantagens trazidas pelos avanços da

A SOCIEDADE COMO UM TODO TEM UMA DÍVIDA SECULAR DE RESGATE DA CIDADANIA PLENA, APÓS SÉCULOS DE NEGAÇÃO DA LOUCURA, DISCRIMINAÇÃO E EXCLUSÃO DO CONVÍVIO SOCIAL DOS CIDADÃOS E CIDADÃS ADOFCIDOS MENTALMENTE

técnica e da ciência, redimensionando, porém, seu lugar e importância no trato da loucura. Trata-se de retirar a prática psi do âmbito narcisista onde se instala, para apontar-lhe uma direção para além de si.

Nos serviços de saúde mental, particularmente, as linhas de cuidado vão do acolhimento à utilização dos mais modernos e eficazes recursos terapêuticos, da ambiência terapêutica nos seus espaços físicos e do estabelecimen-

to de uma relação solidária entre trabalhadores e usuários, entre gestores e serviços e entre gestores e a população. Com base nisto, as linhas de cuidado em saúde mental, postas em prática nos serviços de saúde mental em Fortaleza, devem compreender e desencadear desde ações de promoção de saúde até a elaboração de ações terapêuticas que incorporem protocolos de tratamento com recursos modernos e eficazes, passando pelo uso de ações reabilitadoras do ponto de vista psíquico e social, com a necessária parceria com recursos comunitários, como o envolvimento de associações de bairros, setor produtivo, ações articuladas dos vários setores responsáveis pela implementação de políticas públicas, rede escolar, na geração de trabalho e renda, na promoção da educação inclusiva e na reinserção comunitária e reabilitação psicossocial.

> ESTRUTURAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL DE SAÚDE MENTAL DE FORTALEZA

A Rede Assistencial de Saúde Mental (RASM) de Fortaleza está sendo construída com serviços públicos de saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico, interligados aos demais serviços públicos de saúde e a dispositivos, equipamentos e recursos existentes na comunidade. A RASM é composta dos seguintes serviços:

#### Serviços Implantados até 2006

### Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Unidade de atendimento a demandas de média e maior complexidade em saúde mental, com caráter comunitário, funcionando de modo aberto e em conjunto com a comunidade a ele adscrita, com o engajamento da sociedade em suas ações, com intensidades variadas de acompanhamento, de acordo com a necessidade da clientela. As Portarias 336 e 189 de 2002 (BRASIL, 2004) mencionam o acompanhamento a pessoas que necessitem de cuidados intensivos, semi-intensivos e não intensivos. Assim, uma pessoa pode iniciar acompanhamento num CAPS com freqüência diária, permanecendo no servico por horas ou o dia todo, sendo acompanhada (com o uso de modalidades de atendimento/terapias diversas), com atendimento terapêutico individual, participação em atividades de socialização, oficinas terapêuticas, atividades de lazer, que ocorrem no interior do serviço ou na comunidade, em espaços conquistados com a necessária e recomendada parceria com a sociedade.

A estruturação interna do CAPS deve ocorrer de modo a atender à singularidade das demandas que cada pessoa usuária lhes traz e com uma forma acolhedora generalizada no modo de funcionar. Um papel primordial dos CAPS é a articulação entre os serviços de saúde e entre os diversos setores, nos quais os CAPS podem funcionar também como retaguarda para o Programa Saúde da Família, que vai progressivamente se configurando como estratégia de organização do SUS e se estruturando para não mais atuar de modo excludente com as pessoas com demandas em saúde mental.

Também se reveste de grande importância a devida acolhida pelas equipes de saúde mental dos CAPS às demandas trazidas por equipes do Serviço de Atendimento

A REDE ASSISTENCIAL DE SAÚDE MENTAL (RASM) DE FORTALEZA ESTÁ SENDO CONSTRUÍDA COM SERVICOS PÚBLICOS DE SAÚDE MENTAL SUBSTITUTIVOS AO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO. INTERLIGADOS AOS DEMAIS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE E A DISPOSITIVOS, **EQUIPAMENTOS E RECURSOS** EXISTENTES NA COMUNIDADE

Móvel de Urgência (SAMU), contribuindo para o seu papel no prontoatendimento à maior parte das urgências mais graves em saúde mental. Assim, os serviços tipo CAPS só poderão cumprir efetivamente seu papel no processo de reforma psiquiátrica se estiverem comprometidos, não só com a desconstrução de modelos manicomiais hospitalocêntricos, mas também com a desconstrução de modelos manicomiais mentais estigmatizadores e excludentes.

### Saúde Mental na Atenção Básica

Partindo de um novo paradigma, com base nos princípios do SUS, a atenção básica vai ao encontro de um conceito de saúde mais amplo que a simples ausência de doença. Desta forma, a dimensão da queixa e do sofrimento é compreendida para além de uma explicação imediata, isolada e puramente orgânica. No que se refere à saúde mental, a atenção básica cumpre igualmente um papel de fundamental importância para o acompanhamento e o tratamento dos transtornos mentais leves e graves, representando a porta de entrada para as diversas ações da rede, garantindo a universalidade, a acessibilidade e a equidade.

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes da atenção básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico. As ações de saúde mental na atenção básica devem garantir uma atitude de cuidado amplo, responsabilizando-se pela saúde dos habitantes do território ao qual está inserida, buscando a construção da cidadania num sentido amplo.

### Leitos de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral

Os Leitos de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral são essenciais na busca de inverter a lógica de exclusão dos portadores de transtornos mentais. Assim como o lugar

de internação das outras especialidades é o hospital geral, o portador de transtorno mental deve ter garantido o direito de ser assistido em um ambiente favorável à sua recuperação. Este serviço tem como objetivo principal oferecer retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faz necessária, depois de esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência.

#### Emergência Psiquiátrica

Esse servico tem como pressuposto básico a intervenção na crise e como objetivo principal qualificar a intervenção psiquiátrica, na tentativa de diminuir as internações julgadas desnecessárias. Os usuários que necessitam de atendimento imediato o recebem para conter o momento de sofrimento, sendo, então, encaminhados para o serviço da rede de saúde mental, que melhor atende às suas necessidades. A noção de emergência, entendida como a constatação médica de agravo à saúde, implicando risco iminente de vida, ou sofrimento intenso, exige, portanto, intervenção imediata, mas rompendo com os mecanismos tradicionais de supressão da crise.

#### Oca de Saúde Comunitária

É um espaço onde são desenvolvidas atividades de resgate da autoestima: trabalha na dimensão do cuidar, onde acontecem as Rodas de Terapia Comunitária, funcionando também como um SPA antiestresse de massoterapia. As atividades desenvolvidas têm como objetivo tratar o sofrimento psíquico numa perspectiva preventiva dos transtornos mentais. É um espaço, portanto, de promoção de saúde na comunidade. Em setembro de 2005 foi inaugurada uma Oca no bairro do Pirambu - Secretaria Executiva Regional I (SER I), no Projeto Quatro Varas, com previsão de implantar mais cinco, uma em cada SER, até o final de 2007. O processo de implantação das ocas acontece com a mobilização de recursos comunitários, com visitas semanais ao Projeto Ouatro

> AS AÇÕES DE DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA DEVEM GARANTIR UA ATITUDE DE CUIDADO AMPLO, RESPONSABILIZANDO-SE PELA SAÚDE DOS HABITANTES DO TERRITÓRIO AO QUAL ESTÁ INSERIDA...

Varas, para que as comunidades das demais regionais se apropriem da idéia de saúde comunitária.

Serviços a Serem Implantados até o final de 2007

Serviço Hospitalar de Referência para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (SHR-ad)

O Serviço Hospitalar de Referência para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (SHR-ad) destina-se à operacionalização, execução e controle do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, na sua área de abrangência, e deve possuir algumas características gerais, conforme previsto pela portaria 1.612/GM de 9 de setembro de 2005 (BRASIL, 2007). Oferece suporte à demanda assistencial caracterizada por situações de urgência/ emergência que sejam decorrentes do consumo ou abstinência de álcool e/ou outras drogas, advindas da rede dos Centros de Atenção Psicossocial para a Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas (CAPSad), da rede básica de cuidados em saúde (Programa Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde), e de serviços ambulatoriais especializados e não especializados.

### Ambulatórios de Saúde Mental

O Serviço Ambulatorial de Saúde Mental é regulamentado pela Portaria 224, de 29/01/1992 (BRASIL, 2004) devendo fazer parte dos Ambulatórios de Especialidades, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais, interligado à Rede de Serviços de Saúde Mental, em nível de atenção primária ou secundária, com sistema de referência e contra-referência com os PSF e CAPS, mais especificamente.

#### Albergues Terapêuticos

Esse serviço tem como prioridade oferecer um espaço terapêu-

tico para tratamento de dependência química e a promoção da saúde de usuários vinculados ao CAPSad, que estejam fazendo uso continuado de drogas, trazendo danos à saúde e conseqüências nos âmbitos social e familiar. A porta de entrada para o atendimento nos Albergues Terapêuticos são os CAP-Sad. Iniciado o tratamento no Albergue, os usuários permanecem no máximo 30 dias, podendo ser renovado por até 15 dias, conforme avaliação da equipe. Depois de feito tratamento de desintoxicação nos Albergues Terapêuticos, os usuários são encaminhados para o acompanhamento nos CAPSad e para as equipe do Programa de Saúde da Família do seu respectivo distrito de saúde, onde deverão continuar os atendimentos.

### Centros de Convivência e Cultura

Os Centros de Convivência e Cultura são serviços regionalizados que fazem parte da rede de atenção em saúde mental, regulamentados pela Portaria/MS 396, de 7 de julho de 2005 (BRASIL, 2004). Objetivam estimular, por meio das várias linguagens artísticas a expressão, a criatividade, os talentos, a experimentação, a autonomia, a produção e as relações sociais das pessoas com transtorno mental grave. Busca-se ampliar os espaços de intervenção e de circulação desse público na cidade, incentivando o convívio com a diferença e construindo novas formas de relacionamento. Nestes serviços, as ações ocorrem com o apoio de oficinas e atividades coletivas facilitadas por artistas de várias áreas: música, dança, teatro, artes plásticas, artesanato etc. Serão incentivadas a exposição, troca e venda de produtos confeccionados pelos usuários dos Centros de Convivência. Contudo, o principal foco das oficinas é o processo criativo; a arte como recurso para expressão de sentimentos, pensamentos, idéias e identidades; a arte como ligação

Os centros de convivência e CULTURA (...)OBJETIVAM ESTIMULAR, POR MEIO DAS VÁRIAS LINGUAGENS ARTÍSTICAS A EXPRESSÃO, A CRIATIVIDADE, OS TALENTOS, A EXPERIMENTAÇÃO, A AUTONOMIA, A PRODUÇÃO E AS RELAÇÕES SOCIAIS DAS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL GRAVE

com o mundo, como estímulo a autonomia, a sociabilidade e a vida.

### Serviço Residencial Terapêutico

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são moradias ou casas inseridas na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internação psiquiátrica de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social.

Constitui uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada de maneira que, a cada transferência de paciente do hospital psiquiátrico para o SRT, deve-se reduzir ou descrendenciar do SUS, igual número de leitos naquele hospital, realocando o recurso da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) correspondente, para os tetos orçamentários do estado ou município, os quais se responsabilizarão pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental.

Destina-se a garantir assistência aos portadores de transtorno mentais com grave dependência institucional, que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia. Deve atuar com a unidade de suporte destinado aos portadores de transtorno mental submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado, promovendo a reinserção desta clientela à vida comunitária.

### CO-GESTÃO DA REDE ASSISTENCIAL DE SAÚDE MENTAL

A Rede Assistencial de Saúde Mental está sendo estruturada na perspectiva de co-gestão, sendo coordenada por uma Coordenação Colegiada de Saúde Mental, composta por duas psicólogas e um psiquiatra. Em cada SER existe um Coordenador Regional de Saúde Mental, compondo um colegiado com os coordenadores dos serviços de saúde mental localizados no âmbito de cada território. Juntos, formam o Colegiado Gestor de Saúde Mental e discutem, aprofundam, aprimoram, delegam e coordenam estratégias de ação para a construção e consolidação da Reforma Psiquiátrica e da Política de Saúde Mental de Fortaleza.

A co-gestão de coletivos, conhecida como Método de Roda, proposta por Campos, (2000), é um método para construção de processos de cogestão e democratização das relações de poder, constituindo, ao mesmo tempo, espaços de ensinoaprendizado. É da elaboração e organização dos processos de trabalho, da tomada de decisões e de gestão ampliada que há possibilidade de participação ativa e consciente dos atores que constituem determinada organização. Nessa perspectiva, atua formando sujeitos individuais e coletivos conscientes, aptos a intervir na gestão institucional e na construção de sua autonomia. Apresenta funções terapêuticas, política, administrativa e pedagógica (CAMPOS, 2000).

Desde agosto de 2005, a SMS faz uso dessa metodologia de organização e trabalho. Os CAPS realizam sua roda de gestão reunindo, semanalmente, seus trabalhadores e coordenadores dos serviços para pensar as estratégias de intervenção, projetos terapêuticos dos serviços e projetos terapêuticos dos usuários. Nas rodas são tomadas decisões e feito encaminhamentos de acordo com as necessidades das equipes. Nos servicos que têm Conselho Local de Saúde, seus representantes também participam.

Os coordenadores dos CAPS e Coordenadores de Saúde Mental das Regionais participam quinzenalmente da roda de gestão das Secretárias Executivas Regionais, e discutem os problemas que podem ser comuns aos trazidos pelos Coordenadores dos Centros de Saúde da Família, visto que, em algumas

OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS (SRT) SÃO MORADIAS OU CASAS INSERIDAS NA COMUNIDADE, DESTINADAS A CUIDAR DOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS, EGRESSOS DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA DE LONGA PERMANÊNCIA. QUE NÃO POSSUAM SUPORTE SOCIAL E LAÇOS FAMILIARES E QUE VIABILIZEM SUA INSERÇÃO SOCIAL

regionais, está sendo iniciado o processo de matriciamento na rede da atenção básica. Na roda de gestão da RASM participam a Coordenação Colegiada de Saúde Mental, as Coordenações de Saúde Mental das Regionais, as Coordenações dos serviços, os apoiadores institucionais da rede de saúde mental e representantes de outras redes assistenciais que tenham temáticas para serem problematizadas na roda. Esta metodologia tem proporcionado processos coletivos de tomada de decisões, responsabilização no acompanhamento de ações e encaminhamentos posteriores.

#### **PARCERIAS**

Os movimentos sociais, as instituições formadoras e a sociedade civil organizada participam ativamente da reconstrução da cidade de Fortaleza.

Em relação à organização da RASM, concebida em forma de rede também por incorporar a participação de organizações e de serviços da área de saúde mental não governamentais, a parceria tem sido uma diretriz imprescindível. As parcerias desenvolvidas, além do aspecto colaborativo e solidário, têm o caráter de incorporar os parceiros e/ ou os serviços de saúde mental por eles realizados na Rede Assistencial de Saúde Mental do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza.

O Movimento Integrado em Saúde Mental Comunitária (MISMEC) é um dos parceiros da RASM, com proposta de formação de terapeutas comunitários, construção de seis Ocas Comunitárias, distribuídas nas regionais.

Da parceria com o Movimento de Saúde Mental Comunitária (MSMC) do Bom Jardim, movimento este que tem um legado de dez anos de trabalho na área de Saúde Mental comunitária, no bairro Bom Jardim, SER V de Fortaleza, resultou, em novembro de 2005, a inauguração do CAPS Bom Jardim, bem como a formação de terapeutas comunitários.

A Terapia Comunitária integra a RASM como "um espaço comunitário onde se procura partilhar experiências de vida e sabedorias de forma horizontal e circular, na qual cada um torna-se terapeuta de si mesmo, a partir da escuta das histórias de vida que ali são relatadas" (BARRETO, 2005, p.35).

A parceria com Instituto Aquilae surgiu em novembro de 2005, com o Projeto Arte-Saúde. Tem como objetivo implementar ações de intervenção psicossocial na rede pública de saúde de Fortaleza, tendo na ação cultural e criação artística os elementos para produção de sentidos existenciais, revitalização e apropriação de espaços coletivos. Participam deste projeto artistas, profissionais de saúde mental, arteterapeutas e arte-educadores.

Em fevereiro de 2006, iniciouse a parceria com a Universidade Federal do Ceará (UFC) e a Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura (FCPC) para também, em co-gestão, na SER III, entregar à população o CAPS Geral daquela regional, reformado, bem como a inauguração de dois serviços: CAPS Álcool e Drogas (CAPSad) e CAPS infantil (CAPSi).

Em marco de 2007, foi firmado o termo de cooperação técnica e a parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Centro de Adicção e Saúde Mental (CAMH) de Toronto, Canadá, para o desenvolvimento de pesquisa, treinamento e intercâmbio conjuntos.

O resultado dessas parcerias, e de outras ainda por vir, contribui para a consolidação da RASM, além de estimular a participação ativa da população.

#### RESULTADOS

A assistência à saúde mental em Fortaleza, como dito antes, constituía-se até 2004 de três CAPS Geral e sete Hospitais Psiquiátricos, sendo um público e seis conveniados com o SUS, prevalecendo, portanto, como eixo estruturante dos atendimentos em saúde mental, o modelo hospitalocêntrico. Os CAPS contavam

> OS MOVIMENTOS SOCIAIS. AS INSTITUIÇÕES FORMADORAS E A SOCIEDADE CIVIL ORGANIZADA PARTICIPAM ATIVAMENTE DA RECONSTRUÇÃO DA CIDADE DE FORTALEZA

em média com 54 profissionais em suas equipes, com infra-estrutura precária para realização de atendimentos e visitas domiciliares e institucionais, não havendo articulação com o território, tampouco articulação inter-setorial.

A partir de 2005, importantes ações na concretização da implantação da RASM foram realizadas, como a ampliação e recuperação dos CAPS na cidade de Fortaleza (Ouadro 1) e ampliação do número de profissionais (Quadro 2).

Na lógica do Sistema Municipal de Saúde-Escola de Fortaleza, 160 profissionais de saúde e pessoas da comunidade concluíram a formação em Terapia Comunitária, e 40 estão concluindo o curso de massoterapia. Essa formação é resultante da parceria entre o MISMEC, o Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim, a Secretária Nacional Sobre Drogas (SENAD) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS/Fortaleza).

Um resultado relevante para o município de Fortaleza refere-se à diminuição em 34% das internações psiquiátricas das pessoas com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, comparando os anos de 2005 e 2006 (Gráfico 1). Como conseqüência dessa diminuição, verificase a redução em 19% no recurso financeiro relacionado aos valores totais de internações psiquiátricas por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool (Gráfico 3).

Em relação às pessoas com transtornos esquizofrênicos, esquizotípicos e delirantes registram-se a redução de 11% nas internações, comparando os anos de 2005 e 2006, (Gráfico 2), e 15% no recurso financeiro relacionado aos valores totais de internações psiquiátricas com esse perfil (Gráfico 4).

No geral, houve uma redução de 12% nos valores totais de internações devido a transtornos mentais e comportamentais (Capítulo 5 do CID 10) e uma diminuição de 13%

Quadro 1 - Número de Serviços existentes na Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza, nos anos de 2004 e 2007\*

SERVIÇOS/ANO	2004	2007
CAPS Geral	03	06
CAPSad	00	06
CAPSi	00	02
SRT	00	02*
SHRad	00	01*

<sup>\*</sup> Serviços sendo estruturados, com programação prevista para o primeiro semestre de 2007.

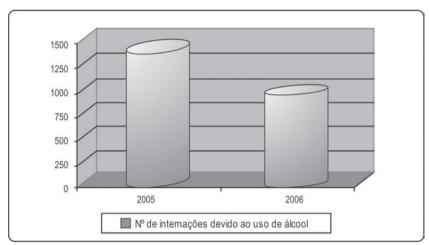
Fonte: Relatório de Gestão da Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza. 2006 e Relatório Trimestral da Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza, Jan-Mar/2007.

Ouadro 2 - Número de Profissionais da Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza, por Categoria, nos anos de 2004 e 2007

CATEGORIA/ANO	2004	2007		
Artista	00	16		
Assistente social	07	26		
Auxiliar administrativo	09	21		
Auxiliar de enfermagem	08	26		
Educador físico	00	03		
Enfermeiro	06	18		
Farmacêutico	02	19		
Massoterapeuta	00	54		
Médico clínico	00	06		
Neuropediatra	00	02		
Nutricionista	01	01		
Pedagogo	00	01		
Psicólogo	06	40		
Psiquiatra	09	31		
Terapeuta comunitário	00	40		
Terapeuta ocupacional	06	29		
TOTAL	54	333		

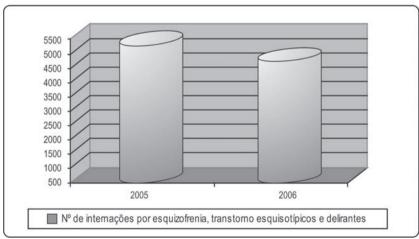
Fonte: Relatório de Gestão da Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza, 2006 e Relatório Trimestral da Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza, Jan-Mar/2007.

Gráfico 1 - Número de internações psiquiátricas, por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, por ano competência (2005 e 2006) e local de residência (Fortaleza)



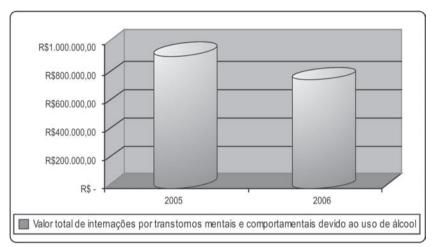
Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS, disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/mrce.def

Gráfico 2 – Número de internações psiquiátricas, por esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes, por ano competência (2005 e 2006) e local de residência (Fortaleza)



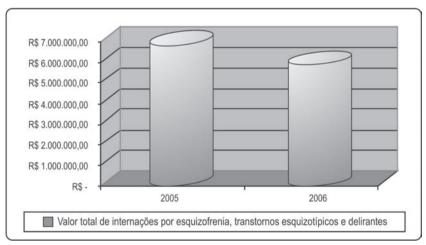
Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS, disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/mrce.def

Gráfico 3 - Valor total de internações psiquiátricas, por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, por ano competência (2005 e 2006) e local de residência (Fortaleza)



Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS, disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/mrce.def

Gráfico 4 - Valor total de internações por esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes, por ano competência (2005 e 2006) e local de residência (Fortaleza)



Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS, disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/mrce.def

no número de internações devido a transtornos mentais e comportamentais (Capítulo 5 do CID 10), quando comparados os anos de 2005 e 2006.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Rede Assistencial de Saúde Mental tem sido implantada de forma coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, fortalecendo o protagonismo dos usuários para que, no processo de autonomia, conquistem cidadania e busquem melhoria da qualidade de suas vidas.

O ir-e-vir rumo ao devir exige auto-reflexão e autocuidado, exige expressão da subjetividade sem perder de vista a objetividade: solicita um novo modo de refletir e dialogar com o outro, com sua diversidade, sua prática, possibilitando manifestações das potencialidades individuais. Sugere, também, a integração entre os diversos setores; impõe o desenvolvimento de ações que visem a coletividade, para transformação social e para a construção de uma sociedade mais igualitária (Gois, 2005).

Os desafios são muitos, mas a trajetória realizada até o momento nos qualifica a avaliar que estamos no rumo certo para responder às necessidades de saúde mental e cidadania da cidade de Fortaleza.

### REFERÊNCIAS

ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O cuidado em Saúde Mental. In: PI-NHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, ABRASCO, 2004. p. 259-278.

AMARANTE, P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 136 p.

ANDRADE, L. O. M. A Saúde e o Dilema da Intersetorialidade. São Paulo: Hucitec, 2006. v. 1. 200 p.

; BARRETO, Ivana Cristina Holanda Cunha; GOYA, Neusa; MARTINS JUNIOR, Tomaz. Organização da atenção básica e estratégia saúde da família no município de Sobral – Ceará – Brasil: Principais Avanços e Desafios na Perspectivas de Produzir Mudanças Positivas na Saúde, In: FERNAN-DES, A. S.; SECLEN-PALACIN J. A. (Orgs.). Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. p. 143-177.

BARRETO, A. P. Terapia Comunitá*ria*: passo a passo. Fortaleza: LCR, 2005. 335 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria da Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. 63 p.

. Conferência Nacional de Saúde Mental, 3. Relatório Final. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2002, 213 p.

. DataSUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS, Morbidade Hospitalar do SUS por local de residência – Ceará, *2005-2006*. Disponível em http:// tabnet.datasus.gov.br/cgi/ tabcgi.exe?sih/cnv/mrce.def. Acesso em:14 mar. 2007.

. Legislação em Saúde Mental: 1999-2004. 5. ed. ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. 340 p.

. Lei Orgânica 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.saude. gov.br. Acesso em: 14 mar. 2007.

. Portaria GM/1612, 09 de setembro de 2005. Aprova as Normas de Funcionamento e Credenciamento/ Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos

Usuários de Álcool e outras Drogas. Disponível em < http://dtr20 01.saude.gov.br/sas/gab05/gabse t05.htm. Acesso em: 14 de Marco de 2007.

CAMPOS, G. W. S. Um Método para Análise e Co-Gestão de Coletivos. São Paulo: Hucitec, 2000. 236 p.

FORTALEZA, Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2005. Fortaleza: [s. n.], 2006. 339 p. Mímeo.

. Relatório de Gestão da Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza, 2006. Fortaleza: [s.n), 2006. Mímeo.

\_\_\_\_. Relatório Trimestral da Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza Jan-Mar/2007. Fortaleza: [s.n), 2006. Mímeo.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

, et. al. Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, 2004. 326 p.

GÓIS, C. W. L. Psicologia Comunitária: atividade e consciência. Fortaleza: Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais, 2005. 237 p.

GOYA, N. O SUS que funciona em municípios do Ceará. Fortaleza: UNICEF RN/CE – AMECE, 1996. p. 170.

IBGE. IBGE: Cidades@.Instituto, 2006. Disponível em: <a href="http://">http://</a> www.ibge.gov.br/cidadesat/>. Acesso em: 14 mar. 2007.

LOBOSQUE, A. M. Clínica em Movimento: por uma sociedade sem manicômios.. Rio de Janeiro: Garamond, 2003. 200 p.

## Academia da Terceira Idade: Promoção da Saúde e Atividade Física em Maringá

Fitness Academy for the Third Age: Promoting Health and Physical Activity in Maringá, Paraná, Brazil

Ana Rosa Oliveira Poletto Palácios<sup>1</sup>

Antonio Carlos Figueiredo Nardi<sup>2</sup>

#### **RESUMO**

O município de Maringá (PR), empenhado na consolidação da promoção da saúde, realiza várias ações, entre as quais a Academia da Terceira Idade (ATI), composta de dez equipamentos metálicos para a prática de exercícios físicos instalados ao ar livre, localizados perto de Unidades Básicas de Saúde. A ATI tem como objetivo incentivar a prática de atividade física entre os idosos, considerandose que a inatividade física é um dos principais fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis. É fruto de uma parceria entre a Prefeitura e empresas privadas. O artigo revela o que os frequentadores acham dos vários benefícios à saúde obtidos a partir da prática de atividade física na ATI.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da Saúde; Atividade Física; Programa Saúde da Família; Intersetorialidade.

### **ABSTRACT**

The town of Maringá, in Paraná state, in an attempt to consolidate health promotion, has carried out several schemes including the Fitness Academy for the Third Age (ATI), composed of 10 pieces of metal gym equipment installed outdoors for practicing physical exercises, located near the Basic Health Care Centers. The objective of the fitness academy is to stimulate the elderly to practice physical activity, considering that physical inactivity is one of the major risk factors for chronic, nontransmittable diseases. It is the result of a partnership between the City Hall and private businesses. The article reveals what users of the gym think about the various health benefits obtained from the physical activity practiced there.

KEYWORDS: Health Promotion, Physical Activity, Family Health Program, Public-Private Sector Partnerships.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Psicóloga: gerente de Promoção e Prevenção em Saúde. da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá. anarosapalacios2005@hotmail.com

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Odontólogo: especialista em Gestão de Servicos e Servicos de Saúde, Secretário Municipal de Saúde de Maringá; presidente do COSEMS/PR. cosems.pr@irapida.com.br

### INTRODUÇÃO

Maringá localiza-se ao norte do estado do Paraná, com população de 324.953 habitantes (IBGE, 2006). Sua área territorial total é de 486,433 km2. Cerca de 30 mil habitantes se encontram na faixa etária de 60 anos ou mais.

Dos domicílios existentes, 99% estão ligados à rede de água encanada, luz elétrica e têm cobertura de coleta de lixo; 71,2% possuem cobertura de rede de esgoto (MARINGÁ, 2006a).

A taxa de alfabetização de Maringá é de 94,6%, com 5,4% da população acima de 15 anos analfabeta. É classificado, pelo Pro-GRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD -, como município de alto desenvolvimento humano, com IDH de 0,841, ocupando a 63ª posição entre os municípios do Brasil, com esperança de vida ao nascer de 72,2 anos.

No que se refere à área da saúde pública, apresenta uma cobertura em torno de 70% da população pelo Programa Saúde da Família (271.390 habitantes). As principais causas de morbidade hospitalar observadas no município no ano de 2005 foram as Doenças do Sistema Respiratório, Doenças do Sistema Circulatório, Transtornos Mentais e Neoplasias; e as principais causas de mortalidade neste ano foram: Doenças do Aparelho Circulatório, Neoplasias, Doenças do Aparelho Respiratório, Causas Externas e Doenças Endócrinas e Metabólicas (MARINGÁ, 2006b).

O município possui 23 Unidades Básicas de Saúde (UBS), duas Policlínicas, um Ambulatório de Saúde Mental, dois Centros de Atenção Psicossocial e um Hospital Municipal com 51 leitos para internação e 30 de observação. O município está dividido administrativamente em cinco regionais de saúde: Quebec, Tuiuti, Pinheiros, Iguaçu e Zona Sul.

COM A PREOCUPAÇÃO DE DESENVOLVER AÇÕES INTERSETORIAIS, PROJETOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, COM PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE, SEGUINDO A ESTRATÉGIA DE MUNICÍPIOS E COMUNIDADES SAUDÁVEIS DA OPAS/OMS, FOI INSTITUÍDO EM 2005 O GRUPO DE TRABALHO INTERSETORIAL (GTI)...

> O PROGRAMA MARINGÁ SAUDÁVEL

A Administração Municipal, gestão 2005/2008, por meio de sua Secretaria de Saúde, empenhada em melhorar a qualidade de vida de sua população, desenvolve várias ações na área da promoção da saúde, em busca da reversão do modelo que privilegia o 'curativo'. Considera a saúde como um conjunto de fatores biopsicossociais e não apenas como ausência de doenças. Ingressou em

maio de 2005 na Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis, ligada à Unicamp, Ipes, Opas/OMS.

A missão do governo municipal é: "Fazer de Maringá uma cidade agradável, segura para se viver, alegre e saudável para criar seus filhos e idosos. Uma cidade progressista, boa para trabalhar e fazer negócios. E, para quem não tem o privilégio de viver nela, uma cidade que vale a pena conhecer" (MARINGÁ, 2005).

Com a preocupação de desenvolver ações intersetoriais, projetos de promoção da saúde, com participação da sociedade, seguindo a estratégia de Municípios e Comunidades Saudáveis da OPAS/ OMS, foi instituído em 2005 o Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), composto por representantes de todas as secretarias municipais. O grupo possui um coordenador e seus membros são nomeados por decreto, reunindo-se com regularidade para planejamento e desenvolvimento de ações articuladas entre as secretarias. O conjunto de ações de promoção da saúde, envolvendo principalmente projetos na área de atividade física, alimentação saudável e combate ao tabagismo, denominou-se Programa Maringá Saudável (PMS).

Uma das ações do PMS é o 'Espaço Saúde', evento que busca sensibilizar a comunidade com relação à importância de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde. É realizado em parceria com as Instituições de Ensino Superior

(IES), Organizações Não Governamentais (ONG), Secretaria de Saúde, Secretaria de Transportes, Secretaria de Meio Ambiente, Secretaria de Educação, Secretaria de Esportes, Secretaria da Mulher, Conselhos Locais de saúde, associações de bairro, artesãos e empresas locais.

Em 2006, o 'Espaço Saúde' foi realizado em cinco locais, reunindo cerca de dez mil pessoas. Consta da metodologia, a aplicação de instrumento de avaliação, o qual demonstra que cerca de 86% relataram que as informações obtidas possibilitaram reflexão sobre o estilo de vida e 74% referiram desejo de mudar os seus hábitos de vida.

Na UBS Parigot de Souza, pertencente à regional de saúde Pinheiros (com área de abrangência de cerca de 13 mil habitantes), formouse um grupo teatral com jovens de 11 a 16 anos, a partir de encontros promovidos pelo GTI e representantes da comunidade.

A peça retrata a temática da gravidez precoce não planejada, as DSTs, o uso de drogas e a criminalidade, temas escolhidos pelos próprios jovens.

Foram realizadas duas apresentações em 2006 e estão agendadas 18 apresentações para alunos das escolas municipais de março a abril de 2007.

Resultados positivos foram apontados pelos pais e professores dos adolescentes do grupo (melhor aproveitamento escolar, maior envolvimento nas atividades escolares e melhor disciplina e relacionamento com a família).

Além do trabalho intersetorial, do reconhecimento da importância da multiplicação e disseminação do conhecimento sobre saúde, a atividade física, outro grande pilar da promoção da saúde é tema de interesse e investimento da gestão municipal. A inatividade física está entre os principais fatores de risco para as principais causas da morbimorta-

> A INATIVIDADE FÍSICA ESTÁ ENTRE OS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA AS PRINCIPAIS CAUSAS DA MORBIMORTALIDADE OBSERVADAS EM MARINGÁ

lidade observadas em Maringá. A atividade física regular contribui com a redução das complicações das doenças crônicas não transmissíveis, que atingem principalmente os idosos, podendo ainda diminuir custos, aumentar benefícios sociais e interferir positivamente na qualidade de vida.

A atividade física reduz o risco de várias doenças crônicas não transmissíveis, pode ser associada com baixa morbidade e baixa mortalida-

de, além de melhorar as condições funcionais e qualidade de vida. A ratificação da Estratégia Global da Organização Mundial da Saúde para Alimentação, Atividade Física e Saúde pela Assembléia de Saúde Mundial em maio de 2004, enfatiza o fato de que a inatividade física é um grande problema de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos, quanto nos países em desenvolvimento. (Centers for DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002, p.3)

Segundo o Ministério da Saúde, nas últimas décadas, tornouse mais e mais importante cuidar da vida de modo que se reduza a vulnerabilidade ao adoecer. A análise do processo saúde-adoecimento evidenciou que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico, e o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo, operando um modelo de atenção e cuidados marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas (BRASIL, 2006).

Maringá possui, hoje, cerca de 30 mil idosos (cerca de 10% da população), cadastrados pelas equipes de saúde da família (ESF), muitos deles hipertensos e diabéticos, representando uma oportunidade de ação política institucional com relação a doenças crônicas não transmissíveis, prevenção de agravos e promoção da saúde.

## ACADEMIA DA TERCEIRA IDADE: UM DOS EIXOS DO PROGRAMA MARINGÁ SAUDÁVEL

Pensando na necessidade de incorporar ações que promovam a qualidade de vida na rotina dos serviços de saúde e no dia-a-dia das pessoas, na redução da morbimortalidade e das complicações das doenças crônicas não transmissíveis, considerando o número de idosos, hipertensos/diabéticos e os benefícios da atividade física para a saúde, foram implantadas em Maringá as Academias da Terceira Idade (ATI).

Elas têm o objetivo de incentivar, principalmente entre os idosos, a prática regular de atividade física, a socialização, a melhora da auto-estima e da saúde em geral.

A primeira ATI foi implantada em abril de 2006, ao lado da UBS Parigot de Souza. Hoje existem nove ATIs em locais diferentes da cidade, sendo oito delas instaladas próximas de UBS, com o objetivo de facilitar o envolvimento dos seus profissionais com a promoção da saúde por meio da atividade física. Ao longo dos dois próximos anos, está prevista a instalação de 30 unidades em locais diferentes da cidade. As ATI são implantadas pela Prefeitura de Maringá, por meio de parceria entre as Secretarias de Saúde, Secretaria de Esportes e empresas privadas que financiam a compra dos equipamentos (oito delas foram doadas pela UNIMED e uma pela Construtora CR Almeida).

O terreno, a terraplanagem, a mão-de-obra para instalação, a manutenção dos equipamentos e os profissionais para orientação da prática da atividade física são de responsabilidade do setor público municipal. A ATI é uma versão maringaense de uma experiência chinesa existente há mais de dez anos nas Praças de Pequim, com resultados bastante positivos, segundo as autoridades de saúde locais. É composta por dez equipamentos de metal, para a prática de exercícios

PENSANDO NA NECESSIDADE DE INCORPORAR AÇÕES QUE PROMOVAM A QUALIDADE DE VIDA NA ROTINA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E NO DIA-A-DIA DAS PESSOAS (...) FORAM IMPLANTADAS EM MARINGÁ AS ACADEMIAS DA TERCEIRA IDADE (ATI)

físicos ao ar livre, que servem para alongar, fortalecer, flexibilizar, estimular a mobilidade articular, desenvolver a musculatura em geral e trabalhar a capacidade aeróbica.

A Secretaria de Esportes mantém um coordenador e estagiários nas ATI, orientando a realização dos exercícios, e a Secretaria de Saúde viabiliza o envolvimento dos profissionais das ESF no processo.

São realizadas atividades educativas, de orientação, avaliação e acompanhamento das atividades

pelos profissionais das UBS e ESF. São incentivados a iniciar a atividade física na ATI os participantes dos grupos do programa HIPERDIA e outros grupos acompanhados pelas ESF. Desenvolvem-se junto aos freqüentadores das ATI atividades de detecção de glicemia capilar e verificação de sinais vitais, com o intuito de monitorar a saúde principalmente dos idosos, hipertensos e diabéticos.

A UBS Parigot de Souza é campo de estágio para alunos de Nutrição, que, juntamente com professores, oferecem orientações sobre hábito alimentar saudável e qualidade de vida para os frequentadores idosos, diabéticos e hipertensos da ATI.

Em novembro de 2006 o projeto das ATI foi selecionado pelo Ministério da Saúde para receber incentivo financeiro para implementar suas ações. Serão contratados mais estagiários de educação física e desenvolvidas atividades com obietivo de aumentar o envolvimento da comunidade.

## DIFICULDADES E SOLUÇÕES

O monitoramento e a avaliação dos frequentadores, necessários para qualificar e quantificar os benefícios que os usuários adquirem quanto à sua saúde a partir da prática da atividade física regular são realizados em algumas ATI. O desafio é normatizar essas ações e implementá-las em todas as unidades.

O acúmulo de atividades curativas e assistenciais presentes hoje na rotina das UBS, assim como o desconhecimento sobre a importância da atividade física para a saúde por parte de alguns profissionais, fazem com que se percam oportunidades valiosas de orientar, motivar e acompanhar a população que pode começar a praticar atividade física se for estimulada pelos profissionais de saúde.

Além do sedentarismo presente em grande parte da população, existem crenças errôneas sobre possíveis malefícios da atividade física para algumas patologias, que precisam ser corrigidas por meio da orientação de profissionais de saúde e educação física.

Também precisam ser superadas as questões administrativas e financeiras que dificultam a existência de profissionais e estagiários de educação física com carga horária suficiente para desenvolver atividades de monitoramento e avaliação física em todas as ATI.

Como parte das ações para solucionar os desafios apresentados serão firmadas parcerias com instituições de ensino de nível superior para o desenvolvimento de estágio curricular supervisionado, assim como para a avaliação dos efeitos e a operacionalidade da atividade, nas diversas ATI.

Estão previstas capacitações para os profissionais de saúde, com relação aos benefícios da atividade física para a saúde.

O financiamento do Ministério da Saúde possibilitará melhores condições para monitorar e acompanhar os resultados da prática de atividade física na ATI, possibilitando que o projeto se fortaleça. Estão previstas ações de monitoramento dos freqüentadores idosos, hipertensos e diabéticos, com avaliação física, composição corporal, índices de glicemia, sinais vitais e auto-estima.

Estão sendo confeccionados materiais audiovisuais para informar a população quanto aos lo-

> ...EXISTEM CRENÇAS ERRÔNEAS SOBRE POSSÍVEIS MALEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA PARA ALGUMAS PATOLOGIAS, QUE PRECISAM SER CORRIGIDAS POR MEIO DA ORIENTAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO FÍSICA

cais, horários e os benefícios da prática de atividade física nas ATI, incentivando-os e motivando-os a participar.

### RESULTADOS

Segundo levantamento realizado por monitores de educação física, da Secretaria de Esportes, que ficam nas ATI para orientação da população, existem cerca de nove mil pessoas cadastradas, com freqüência regular.

Apesar de pesquisas científicas ainda não terem sido realizadas na ATI, alguns levantamentos de dados foram viabilizados pelos próprios profissionais de saúde das UBS.

Na ATI Parigot de Souza, amostra de 102 pessoas entrevistadas em julho/2006 revelou que 52% tinham mais que 60 anos. Foram questionados sobre a presença de doenças crônicas (56% eram hipertensos e 12 % eram diabéticos). Com relação à freqüência semanal, 54% responderam que freqüentam de duas a três vezes por semana.

Nessa mesma ATI, além do acompanhamento feito pelos profissionais de saúde que verificam sinais vitais e fazem testes de glicemia, é realizado acompanhamento nutricional dos frequentadores por acadêmicos do curso de Nutrição, os quais constataram que 55% estão classificados com índice de massa corporal (IMC) acima do peso.

O relato dos usuários das ATI é de que estão mais felizes, houve diminuição do cansaço e melhoras da saúde, qualidade do sono, no aspecto emocional, no relacionamento com outras pessoas e na disposição, bem como alívio das dores.

Esses dados revelam que a ATI está servindo ao que se propôs: é utilizada pelos idosos, portadores de doenças crônicas, com boa aceitação, conforme os índices de freobservados qüência levantamentos realizados. Elas estão colaborando para o aumento do número dos praticantes de atividade física, indicando, ainda, a possibilidade de que as pessoas com peso acima do normal e portadoras de doenças crônicas, a partir do acesso facilitado à atividade física, previnam complicações de saúde, favorecendo sua qualidade de vida, reduzindo custos sociais, internações hospitalares e mortalidade.

## **CONCLUSÃO**

A ATI propicia o envolvimento da comunidade e dos diversos setores da sociedade em um grande desafio que consolida a promoção da saúde, a partir da intersetorialidade, dos vínculos solidários e do empoderamento da comunidade. Apresenta a possibilidade do resgate da auto-estima, do aumento da sociabilidade, muitas vezes perdidos no idoso, além de outros benefícios não quantificados cientificamente, mas observados de forma empírica a partir de relatos dos usuários.

O conhecimento e a interferência nos determinantes da saúde, tais como a disponibilidade de condições e a facilidade de acesso para a prática da atividade física nas ATI podem assegurar melhor qualidade de vida para a população.

O interesse e o desenvolvimento de ações intersetoriais de promoção da saúde, culminando com o funcionamento das ATI em Maringá, representam um grande salto de qualidade da gestão municipal.

É o início da superação de uma fase em que a doença e os

sintomas deixam de ser o centro das atenções, para outra, que passa a ter o ser humano e a 'saúde', com seus múltiplos determinantes, como foco principal das ações do poder público.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção em Saúde. Ministério da Saúde: Brasília, DF, 2006.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. U.S. Department of Health and Human Services. Phisical Activity Evaluation Handbook. Atlanta: Departamento de Saúde e Serviços Humanos, 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/cidades/ default.php. Acesso em 24 de fevereiro de 2007.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Missão do Governo Municipal - Gestão 2005/2008. Maringá: Prefeitura Municipal, 2005. Disponível em: http://www.maringa.pr.gov.br. Acesso em 23 fevereiro de 2007.

MARINGÁ. Secretaria Municipal da Saúde. Plano Municipal de Saúde-Gestão 2006/2009. Maringá: Secretaria Municipal de Saúde, 2006a. Mímeo.

. Análise da Atenção em Saúde em Maringá. Maringá: Secretaria Municipal de Saúde, 2006b.

ONU. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil. Disponível em http://www.pnud. org.br/atlas/. Acesso em 23 de fevereiro de 2007.

# SAMU-192 e georreferenciamento de ocorrências atendidas: a experiência de Olinda, Pernambuco

Georeferencing emergency ambulance services: the experience of Olinda, Pernambuco

Amanda Priscila de Santana Cabral<sup>1</sup>

Márcia Maria Cavalcanti Marcondes<sup>2</sup>

Tereza Adriana Miranda de Almeida<sup>3</sup>

João Veiga Leitão de Albuquerque Filho<sup>4</sup>

## **RESUMO**

Relata-se a organização e o funcionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) do município de Olinda que, desde sua implantação, utiliza a ferramenta do georreferenciamento como forma de produzir informações inteligentes a partir do registro e da análise espacial dos atendimentos realizados. A análise dos dados registrados é feita pelo Núcleo de Geoprocessamento da Secretaria de Saúde de Olinda.. Registra-se o desenvolvimento de ações para a difusão de hábitos saudáveis, como o programa Se Bole Oh! Linda, as ações educativas do Núcleo de Educação Popular em Saúde e as parcerias com a Secretaria Municipal de Planejamento e Meio Ambiente.

PALAVRAS-CHAVE:Geoprocessamento; Análise Espacial; SAMU-192; Atendimento Pré-hospitalar Móvel; Vigilância de Riscos.

## <sup>1</sup> Nutricionista; especialista em Saúde Coletiva pelo Departamento de Saúde Coletiva — NESC/CPqAM/ FIOCRUZ. Mestranda em Saúde Pública, CPqAM/FIOCRUZ. Coordenadora do Núcleo de Geoprocessamento de Olinda. amandacabral@yahoo.com.br

### ABSTRACT:

This article reports on the organization and operation of the Emergency Ambulance Service (SAMU-192) in the town of Olinda, which since its implementation has used the georeferencing tool as a form of producing intelligent information based on the recording and spatial analysis of services performed. Analysis of the data recorded is carried out by the Geoprocessing Center of the Health Secretary of Olinda. The progress of healthy habit-promoting schemes are registered, such as the Se Bole Oh! Linda program, the education actions of the Popular Education in Health Care Center and the partnerships with the Local Planning and Environment Secretary.

KEYWORDS: Geoprocessing; Spatial Analysis; SAMU-192; Pre-Hospital Ambulance Service; Risk Surveillance.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Psicóloga; especialista em Saúde Coletiva; diretora de Vigilância em Saúde de Olinda. mcmarcondes@ig.com.br

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Médica; especialista em Cardiologia, Secretária de Saúde Adjunta de Olinda. tereza miranda@hotmail.com

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Médico: especialista em Ciruraia de Geral (Uraência): secretário de Saúde de Olinda. jveiga.filho@terra.com.br

## INTRODUÇÃO

Historicamente, o nível de resposta à urgência e emergência em saúde tem sido insuficiente, provocando a superlotação das portas dos hospitais e pronto-socorros, mesmo quando a doença, ou quadro clínico, não são característicos de um atendimento de emergência. Essa realidade contribui para que hospitais e pronto-socorros não consigam oferecer um atendimento de qualidade e mais humanizado (BRASIL, 2005a).

O panorama da Atenção às Urgências e Emergências no Brasil apresenta-se com feição dramática: atendimento centralizado em pronto-socorros hospitalares, filas e longas horas na sala de espera. Isso faz com que as urgências e emergências 'ruidosas e sangrantes' sejam prioritariamente atendidas, embora nem sempre sejam as mais graves. Depois do atendimento médico inicial, outra maratona: realizar e esperar pelos resultados dos exames necessários para a elucidação diagnóstica (BRASIL, 2005b).

A Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências, criada em 2003, tem como finalidade proteger a vida das pessoas e garantir a qualidade no atendimento no SUS. Dentre os focos desta política, destaca-se o atendimento préhospitalar móvel através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192), com o qual o Governo Federal procura reduzir o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as seqüelas decorrentes da falta de socorro precoce (BRASIL, 2005a).

A partir dessa atuação, o SAMU-192 tem um forte potencial para corrigir uma das maiores queixas dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), que é a lentidão e a ausência no momento do atendimento pré-hospitalar.

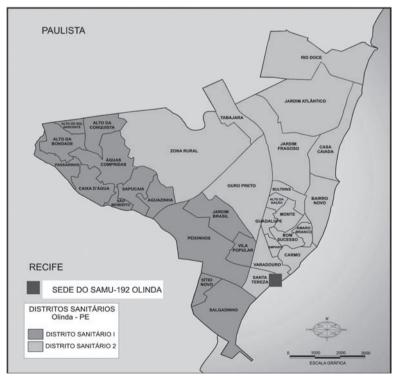
## SAMU-192 OLINDA E A ANÁLISF ESPACIAL DOS ATENDIMENTOS

O município pernambucano de Olinda está localizado na mesorregião metropolitana, microrregião do Recife, Pernambuco. Apresenta uma população de 387.496 habitantes,

segundo projeção do DATASUS para 2006, distribuída em 32 bairros (incluindo a Área Rural) e dividida em dois Distritos Sanitários. Distante 6 km da capital, conta com um território de 40,83 km2 e densidade demográfica de 9.490,45 hab/km<sup>2</sup>, uma das maiores do país. Tem como limites os municípios de Paulista (Norte) e Recife (Sul e Oeste), além do oceano Atlântico (Leste).

O SAMU-192 Olinda foi implantado no município em fevereiro de 2006, integrando o SAMU-192 Metropolitano do estado de Pernambuco. No momento em que o indivíduo disca 192 para determinada ocorrência no município de Olinda, esta ligação é atendida por um médico

Figura 1 – Divisão político-administrativa do município de Olinda (PE), 2006



Fonte: Olinda (2006).

regulador do SAMU-192 Recife (que é a central do SAMU-192 Metropolitano). Este profissional avalia a gravidade da ocorrência e, se necessário, repassa a informação para o médico intervencionista do SAMU-192 Olinda para mobilização de suas equipes avançada ou básica (Gusmão, 2006).

Atualmente, o serviço conta com oito médicos, oito enfermeiros, 20 motoristas, 30 técnicos de enfermagem que se distribuem em quatro ambulâncias de suporte básico e uma ambulância de suporte avançado. A ambulância de suporte básico é destinada ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, sem potencial para necessitar de intervenção médica no local e/ou durante o transporte até o serviço de destino. Já a ambulância de suporte avançado destina-se ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte interhospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos.

Sua sede apresenta alojamentos para a equipe, refeitório e sala administrativa. Está localizada no bairro do Varadouro, para onde convergem importantes vias de acesso para todo o município. O serviço funciona 24 horas por dia, atendendo às urgências e emergências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população.

Desde a implantação, o SAMU-192 Olinda tem suas ocorrências acompanhadas pelo Núcleo de Geoprocessamento da Secretaria de Saúde de Olinda. Esse Núcleo foi implantado no município a partir de uma parceria com a Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, com o in-

COM A IMPLANTAÇÃO DO SAMU-192 OLINDA, A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE INTRODUZIU. DE FORMA PIONEIRA, O APARELHO GLOBAL POSITIONING SYSTEM (GPS) NAS AMBULÂNCIAS DO SAMU-192. OS DADOS SÃO CAPTADOS NO MOMENTO DO ATENDIMENTO DAS OCORRÊNCIAS (....) DESTA FORMA, É POSSÍVEL MAPEAR OS ATENDIMENTOS POR TIPO E GRAVIDADE.

tuito de aprimorar a estrutura de monitoramento e intervenção sobre agravos de saúde, atuando territorialmente desde outubro de 2005.

Este acompanhamento é de grande importância na análise de riscos à saúde da população, em especial aqueles relacionados às características do meio ambiente e ao perfil socioeconômico, permitindo que as ações do gestor público possam ser direcionadas prioritariamente às áreas em que há maior necessidade dessa intervenção. Assim, identifica diferenciais que permitem uma adequada vigilância do espaço territorial, garantindo a aplicação do princípio da equidade no desenvolvimento de políticas públicas e potencializando os recursos disponíveis (SKABA et al., 2004; Souza, 2005).

Com a implantação do SAMU-192 Olinda, a Secretaria Municipal de Saúde introduziu, de forma pioneira, o aparelho Global Positioning System (GPS) nas ambulâncias do SAMU-192. Os dados são captados no momento do atendimento das ocorrências, gerando mais uma fonte de dados para o Núcleo de Geoprocessamento. Desta forma, é possível mapear os atendimentos por tipo e gravidade.

Inicialmente, foram realizados treinamentos com todos os técnicos de enfermagem e motoristas do SAMU-192 Olinda quanto ao manuseio do aparelho GPS, capacitandoos a realizar as pontuações no momento da ocorrência, a proceder ao registro em formulário padronizado e, em seguida, a digitá-lo em um banco de dados criado especificamente para este fim, desenvolvido a partir do EPI-INFO 2000<sup>1</sup>, e

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> EPI-INFO 2000 – O Epilnfo é um software que tem as suas raízes em 1985, quando o Center of Disease Control dos EUA o criou, então baseado em MS-DOS, para distribuição gratuita em todo o mundo. Este software tem como objetivo apoiar investigadores e gestores de bases de dados na área da saúde e tem evoluído continuamente, sendo hoje o EPI-INFO 2000 a versão for Windows (PINA, 2006).

repassadas ao Núcleo de Geoprocessamento de tempos em tempos.

Após a distribuição dos atendimentos (pontos) na base cartográfica de Olinda, utilizando o software TerraView 3.1.32, é aplicado o estimador de intensidade por áreas - o Kernel3 - gerando um diagnóstico mais preciso dos locais de maior densidade de ocorrências.

No período de fevereiro a junho de 2006, foi constituído um primeiro banco de dados. Entretanto, a qualidade dos dados iniciais e a necessidade de aprimoramento da informação exigiram a reestruturação deste banco, inclusive com a adição de novas variáveis. Nesse sentido, apesar do registro das ocorrências terem se iniciado desde a implantação do SAMU-192 Olinda, as análises do presente trabalho se referem ao período de julho a dezembro de 2006.

**PRODUZINDO** INFORMAÇÕES INTELIGENTES PARA A TOMADA DE DECISÃO

O Quadro 1 apresenta a distribuição das ocorrências segundo a causa dos atendimentos realizados pelo SAMU-192 Olinda, no período de fevereiro a dezembro de 2006.

Ouadro 1 – Distribuição dos atendimentos do SAMU-192 Olinda, segundo tipos de ocorrências. Olinda (PE), fevereiro a dezembro de 2006

Tipo de ocorrência	Fevereiro a junho	Julho a dezembro		
	N	%	N	%
CAUSAS EXTERNAS	489	24,4	1100	31,0
CAUSAS CLÍNICAS	1516	75,6	2448	69,0
TOTAL	2005	100,00	3548	100,00

Fonte: Gusmão (2006)

O Quadro 2 mostra os principais motivos que levaram a população a utilizar o SAMU-192 Olinda neste período. Destacam-se as ocorrências por

doenças hipertensivas, pois, isoladamente, elas representam 18% das solicitações, e, em conjunto com a diabetes mellitus correspondem a

Quadro 2 - Principais motivos de solicitações de atendimentos do SAMU-192 Olinda. Olinda (PE), julho a dezembro de 2006

Motivos das ocorrências	Número	%
Doenças hipertensivas	489	18,12
Acidente de transporte	479	17,75
Queda	373	13,82
Diabetes mellitus + doenças hipertensivas	249	9,23
Etilismo	207	7,67
Diabetes mellitus	131	4,85
Dispnéia	110	4,08
Causas obstétricas	99	3,67
Dor abdominal	64	2,37
Agressão	50	1,85
Crise convulsiva	31	1,15
Outras causas	417	15,45
Total	2.699	100,00

Obs: Informação ignorada em 849 formulários.

Fonte: Gusmão (2006).

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> TerraView 3.1.3 – Aplicativo desenvolvido pelo Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE) construído sobre a biblioteca de geoprocessamento TerraLib, que apresenta um fácil visualizador de dados geográficos com recursos de consulta a análise destes dados.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> O estimador de intensidade de Kernel utilizado na produção de mapas de superfícies contínuas, a partir das localizações pontuais das ocorrências, fornece estimativas da "intensidade das ocorrências" em toda a superfície analisada (BAILEY, 1995 apud PINHEIRO et al., 2001). Estas estimativas são independentes de limites administrativos (setores, bairros, etc.) e levam em consideração a quantidade de ocorrências dentro de raios de abrangência definidos, atribuindo maior peso aos pontos mais próximos e reduzindo importância dos pontos mais afastados (PINHEIRO et al., 2001).

quase 1/3 das ocorrências. Não menos importantes são os acidentes de transporte, os quais representam cerca de 18% das ocorrências. Assim, no período de julho a dezembro de 2006, os acidentes de transporte foram os principais motivos de ocorrência por causas externas, enquanto as doenças hipertensivas se destacaram nas causas clínicas.

O Mapa 1 apresenta a distribuição espacial das ocorrências por doenças hipertensivas, enquanto o Mapa 2 mostra os atendimentos por acidentes de transporte georreferenciados pelo SAMU-192 Olinda.

Por meio da distribuição espacial das solicitações atendidas por acidentes de transportes, observamse os focos de alta densidade ao longo da Rodovia PE-15 (bairros de Fragoso, Ouro Preto, Vila Popular e Peixinhos), bem como na extensão da avenida Presidente Kennedy, no bairro de Peixinhos. Entre as vítimas dos acidentes de trânsito. 62,97% estavam na faixa etária entre 20-39 anos, representando uma incidência, nessa faixa, de 14,77/ 10.000 habitantes.

Os acidentes de transporte têm especial relevância tanto pelo sofrimento de suas vítimas e familiares como pelo elevado custo econômico que geram para o setor saúde. Alguns fatores críticos, como problemas relacionados ao planejamento urbano, o desenho inapropriado das vias de tráfego, o comportamento imprudente dos motoristas, o grande movimento de pedestres sob condições inseguras e a precarieda-

Mapa 1 – Distribuição das ocorrências por doenças hipertensivas georreferenciadas pelo SAMU-192 Olinda. Olinda (PE), julho a dezembro de 2006



Fonte: Olinda (2006).

Mapa 2 - Distribuição das ocorrências por acidentes de transporte georeferenciadas pelo SAMU-192 Olinda. Olinda (PE), julho a dezembro de 2006.



Fonte: Olinda (2006).

de da educação e da fiscalização do trânsito contribuem para que os acidentes ocorram.

Desta forma, este tipo de analise é fundamental, fomentando a integração entre a Secretaria de Saúde de Olinda e a Secretaria de Planejamento e Meio Ambiente, a primeira tendo em mãos a análise espacial a partir dos dados do SAMU-192 Olinda e do Núcleo de Geoprocessamento, e a segunda intervindo com ações preventivas e corretivas.

No entanto, apesar do número significativo de ocorrências atendidas por causas externas, são as clínicas as responsáveis pelo maior volume de solicitações. Este quadro sugere a necessidade não apenas do redimensionamento das ações de saúde direcionadas para essas causas específicas, como a definição de novas ações que dêem conta do quadro identificado, priorizando as áreas do município que apresentam maior número de ocorrências.

Esta análise também permitiu evidenciar, do ponto de vista espacial, alta densidade dos problemas clínicos, nos quais as doenças hipertensivas e diabetes mellitus apareceram como as mais prevalentes, demonstrando alta densidade destas ocorrências em áreas de grandes desvantagens sociais, onde há um acúmulo de co-morbidades crônicas e agudas como filariose, hanseníase, tuberculose e dengue. Isto reflete a perversa relação entre saúde, condição de vida e desigualdades socioeconômicas, bem documentadas tanto no nível nacional como internacional (Szwarscwald et al., 1999; Turrel & Mengersen, 2000), o que remete à necessidade de ampliação das ações intersetoriais para manutenção da saúde, muitas das quais fugindo o escopo dos servicos médicos no sentido estrito do termo.

Ante o exposto, a equipe da Secretaria de Saúde vem formulando as políticas de controle das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) e criou uma coordenação específica para tratar do assunto. Têm sido desenvolvidas ações para

a difusão de hábitos saudáveis. como o programa Se Bole Oh! Linda, em que há formação de grupos de caminhada e ciclismo com orientação de profissionais de saúde, e as ações educativas do Núcleo de Educação Popular em Saúde.

O Ouadro 3 exibe a distribuição das ocorrências do SAMU-192 Olinda segundo as faixas etárias. Nela é possível identificar que, apesar da faixa dos 20 a 39 anos apresentar um maior volume de ocorrências, foram os idosos que mais precisaram do serviço no período analisado, segundo o coeficiente de

Quadro 3 – Distribuição das ocorrências do SAMU-192 Olinda segundo faixa etária. Olinda (PE), julho a dezembro de 2006

Faixa etária	N	%	Coef. de incidência / 10.000 hab
0 - 9 anos	165	4,99	24,78
10-19 anos	302	9,13	39,54
20-39 anos	1.140	34,48	84,63
40-59 anos	800	24,20	106,31
60 e mais	899	27,19	259,91
TOTAL	3306	100,00	85,32

Obs: Informação ignorada em 242 formulários. Fonte: Olinda (2006).

incidência de atendimentos. Essa informação, além de reforçar as ações de promoção de hábitos saudáveis, levou à realização de estudos e ações direcionadas à prevenção de quedas entre idosos e o estabelecimento de um fluxo de notificação e monitoramento de idosos, vítimas de violência doméstica.

### CONCLUSÃO

Os dados analisados já estão sendo utilizados pela Secretaria de Saúde e demonstram a importância e a viabilidade do uso do geoprocessamento dos dados do SAMU-192 Olinda. Há, contudo, necessidade de permanente capa-

citação da equipe do serviço para evitar perdas de informação pelo exagerado uso do campo de "Ignorado" e pela pontuação inadequada com o GPS, o que, neste estudo preliminar, provocou a perda de informação de mais de 450 pontos de atendimento. Além disso, não é possível a análise agregada dos dados do período de fevereiro a junho de 2006, e de julho a dezembro, em função da mudança da estrutura de coleta de dados, já relatada.

A partir dos dados levantados estão sendo elaborados relatórios e boletins, e a perspectiva da Secretaria de Saúde é estabelecer um boletim trimestral, com a análise epidemiológica dos atendimentos, com análises sobre a incidência dos diferentes tipos de ocorrência, tanto clínicas como de acidentes: doméstico, de trabalho, trânsito, violência interpessoal, lazer e outros.

A identificação das áreas críticas de acidentes de transporte com vítimas e das ocorrências de urgências por doenças do aparelho circulatório, além do conhecimento da realidade distinta de cada unidade espacial realizadas pelo SAMU-192 Olinda, constitui ferramenta importante que o setor saúde deve adotar e que poderá subsidiar no planejamento das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos a saúde, na alocação de recursos, na execução e avaliação das ações.

## RFFFRÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. SAMU-192 – Área Técnica, Brasília, DF: 2005a. Disponível em: <a href="http://www.saude.gov.br/samu-">http://www.saude.gov.br/samu-</a> programa nacional.htm>. Acesso em: 07 jun 2006.

. Ministério da Saúde. SAMU-192 - O que é o SAMU? Brasília: 2005b. Disponível em: <a href="http://www.saude.gov.br/samu-">http://www.saude.gov.br/samu-</a> programa nacional.htm>. Acesso em: 07 jun 2006.

GUSMÃO, V. Apresentação do SAMU 192- Olinda à Câmara de Vereadores de Olinda. Secretaria de Saúde de Olinda, Diretoria de Atenção Básica, Coordenação do Serviço de Enfermagem do SAMU-OLINDA, 2006. Mimeo.

OLINDA. Secretaria Municipal de Saúde. Núcleo de Geoprocessamento. Relatório de acompanhamento das ocorrências atendidas pelo SAMU-192 - Olinda; Período: Julho a Dezembro de 2006. Olinda: Secretaria Municipal de Saúde, 2007. Mímeo.

PINA. A. P. B. Portal de Saúde Pública Introdução ao EpiInfo - Apresentação do Programa, 2006. Disponível em: <http://www.saudepublica. web.pt/03-Investigacao/032-EpiInfo-Software/apresenta%C3%A7%C3%A3o epiinfo 2000.htm>. Acesso em: 12 fev. 2007.

PINHEIRO, R. S., et. al. Mercados hospitalares em área urbana: uma abordagem metodológica. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.17, n. 5, p. 1111-1121, 2001.

SKABA, D. A. et. al. Geoprocessamento dos dados da Saúde: o tratamento dos endereços. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1753-1756, 2004.

SOUZA, W. V. et al. Tuberculose no Brasil: construção de um sistema de vigilância de base territorial. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 82-89, 2005.

SZWARCWALD, C. L. et. al. Income inequality and homicide. American Journal of Public Health, v. 89, n. 6, p. 845-850, 1999.

TURREL, G.; MENGERSEN, K. Socioeconomic status and infant mortality in Austrália: a national study of small urban áreas, 1985-89. Social Sciense & Medicine, v. 50, p.1209-1225, 2000.

# Construindo saberes e práticas: o projeto humanização em Petrolina, Pernambuco

Constructing to know and practical: the project humanization in Petrolina, Pernambuco

Ângela de Oliveira Carneiro<sup>1</sup>

Maria Auxiliadora da Silva Benevides<sup>2</sup>

Isleide Carmen Silva Costa<sup>3</sup>

### **RESUMO**

O município de Petrolina, em Pernambuco, tem uma população estimada para 2006 de 260.003 habitantes. Observando os dados de internação de menores de 5 anos, no município de Petrolina, em Pernambuco, identificou-se que duas das principais causas eram IRA e diarréia, o que era confirmado pelas muitas reclamações sobre a baixa resolutividade de atendimento das equipes de saúde da família. Esta realidade exigiu mudanças na forma de pensar e agir da equipe da SMS, quando um processo de construção coletiva definiu a implementação do acolhimento como prioridade na reorganização das ações de saúde. O presente artigo relata a implantação do Projeto HumanizAção, como forma de potencializar a organização do sistema municipal de saúde segundo os princípios do SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização; Saúde da Família; Acolhimento.

## ABSTRACT:

The town of Petrolina, Pernambuco state, had an estimated population of 260,003 inhabitants in 2006. Based on the figures for hospitalization of under 5 year-olds in Petrolina, the two main causes of such were identified as ARI and diarrhoea, which was confirmed by the numerous complaints about the lack of solutions provided by the family health services. This situation required the Local Health Secretary team to change their mode of thought and action, and a collective construction process defined the implementation of reception as a priority in the reorganization of health care actions. This article reports on the implementation of the Humanization Project as a form of improving the organization of the local health care system in accordance with the principles of the Unified Health System.

KEYWORDS: Humanization; Family Health; Reception.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Enfermeira; mestre em Saúde Comunitária e secretária de Saúde do município de Petrolina. angela.carneiro@univasf.edu.br

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Enfermeira; especialista do Ministério da Saúde PNH. maria.benevides@saude.gov.br

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Cirurgiã dentista; especialista em Saúde Coletiva. icscosta@hotmail.com

## A REALIDADE LOCAL E O ENTENDIMENTO SOBRE **ACOLHIMENTO**

O município de Petrolina está habilitado com Gestor Pleno do Sistema Municipal de Saúde desde 1997. É sede de uma das três Macrorregiões Assistenciais do Estado de Pernambuco; tem 27 municípios sobre sua área de abrangência, com uma população de referência de 885 mil habitantes; fica a 780 km da capital, Recife. Ligado por uma ponte de 1 km sobre o rio São Francisco. que o separa da cidade de Juazeiro, sendo assim município de fronteira com o estado da Bahia.

Situada no sertão de Pernambuco, onde estão todos os municípios para os quais é referência, Petrolina apresenta diversos problemas a serem enfrentados, como: único município da região que possui leitos de UTI (SUS) geral e neonatal e realiza procedimentos de média e alta complexidade, possui grande déficit de leitos (especialmente os cirúrgicos), além de fazer fronteira com o estado da Bahia e de receber usuários de municípios de outros estados não pactuados (Bahia, Ceará e Piauí). Com relação aos serviços, a cobertura de PACS e PSF ainda não atende toda a demanda da população, gerando superlotação dos serviços e insatisfação de usuários e profissionais (PETROLINA, 2005).

Nesse contexto, verificou-se que as atividades desenvolvidas pelas ESF (Equipes de Saúde da Família) e o atendimento no maior hospital público do município, além de apresentarem quantidade insuficiente de servicos em relação às necessidades existentes, apontavam, ainda, a insatisfação dos usuários com a forma do atendimento prestado. Observando os dados de internação, identificouse que em menores de 5 anos a principal causa era por IRA e por diarréia (indicadores do Pacto da Atenção Básica) confirmando as muitas reclamações sobre a bai-

A GESTÃO MUNICIPAL CONSTITUI-SE COMO IMPORTANTE ESPAÇO DO SUS PARA O DESENVOLVIMENTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE. TENDO COMO PERSPECTIVA A IMPLEMENTAÇÃO DAS DIRETRIZES DO PACTO DE GESTÃO

xa resolutividade de atendimento das ESF - na maioria delas não havia sequer nebulizadores para atender as infecções respiratórias e material para fazer reidratação oral. Esta realidade exigiu mudanças na forma de pensar e agir da equipe da SMS para intervir nos indicadores sensíveis a Atenção Básica.

A criação e implementação de instrumentos e tecnologias que melhorem a qualidade da assistência à saúde e dêem apoio à organização dos serviços atendendo às demandas da população é muito importante para solucionar problemas identificados no sistema de saúde. O acolhimento é um desses instrumentos, item que está mudando a realidade no município de Petrolina.

Na perspectiva de qualificar a escuta, construir vínculo e garantir o acesso com resolutividade, o acolhimento insere-se no processo de trabalho não se restringindo a um profissional, local ou escala de trabalho. Acolher implica receptividade às diversidades, considerando as desigualdades, as necessidades e as vulnerabilidades de cada indivíduo e de cada comunidade (CARVALHO, 2005).

No processo de trabalho, o acolhimento é uma ferramenta auxiliar na re-orientação dos serviços, organizando ações, facilitando o atendimento e integrando práticas e saberes. Como resultado, potencializa as capacidades dos profissionais, aumentando seus vínculos com os usuários. Este entendimento exige que os diversos atores que trabalham na rede de saúde se apropriem desses conceitos para intervir na realidade local.

No momento em que se trabalha o acolhimento como construção de vínculos entre os profissionais e a população, a tendência é se afirmar a importância de fatores sociais na determinação da doença e se pensar a recriação da vida.

A Gestão Municipal constituise como importante espaço do SUS para o desenvolvimento da promoção da saúde, tendo como perspectiva a implementação das diretrizes do pacto de gestão. Entende-se a promoção da saúde como um olhar estratégico que possibilita não apenas compreender o conceito ampliado de saúde, mas atuar, por meio da ferramenta da intersetorialidade, sobre os determinantes e condicionantes da saúde (BRASIL, 1990). Além disso, a promoção da saúde possibilita o desenvolvimento de um conjunto de intervenções que buscam fortalecer a adoção de comportamentos e práticas saudáveis, e contribuir com a construção de espaços e ambientes que propiciem melhor qualidade de vida, identificação de potencialidades comunitárias, vivência de processos emancipatórios, entre outros (TEIXEIRA, 2002).

## SABERES E PRÁTICAS CONSTRUÍDOS COLETIVAMENTE

Primeiramente, a equipe do nível central da Secretaria definiu a implantação da Política de Humanização como uma diretriz de reorganização do sistema local, adotando o Acolhimento como uma tecnologia de humanização da atenção que busca a mudança da relação profissional/usuário e maior resolutividade das ações. Assim, iniciou-se o processo de discussão para implantação do Projeto HumanizaAção nas unidades de Saúde e na Rede Hospitalar.

Em maio de 2006, durante a Semana de Enfermagem, uma enfermeira da Rede organizou um debate acerca do tema e buscou o entendimento dos profissionais sobre humanização. Mais adiante, em parceria com o Ministério da Saúde, foram realizados dois seminários com os profissionais da Rede para sensibilizá-los e apresentar a política nacional e as diretrizes da política de acolhimento a ser cons-

...A POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE APRESENTA COMO ACÕES A SEREM DESENVOLVIDAS PELOS MUNICÍPIOS, A REDUÇÃO DO TABAGISMO, A MUDANÇA DOS HÁBITOS ALIMENTARES E A ATIVIDADE FÍSICA. COMO UMA ESTRATÉGIA PARA A REDUÇÃO DE RISCO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES

truída no município. Para envolver os profissionais, o nome da campanha seria escolhido por meio de um concurso entre eles.

A partir dos nomes sugeridos pelas equipes, foi selecionado o slogan Humaniza Ação. O projeto foi lançado oficialmente em agosto de 2006, considerando dois eixos estruturantes: 1) Reorganização da Rede e implantação do acolhimento nas unidades; 2) Construção de hábitos saudáveis de vida, buscando promover a saúde.

Todo o processo teve o apoio técnico da equipe responsável pela Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde (Brasil, 2006). Após o processo de sensibilização das equipes, formouse um grupo condutor com representantes de cada área, formando uma gestão coletiva do projeto. Duas oficinas foram realizadas para a identificação dos problemas e construção de estratégias de ação. Após estas duas oficinas, o grupo condutor se reunia para socializar as informações.

Considerando que o projeto tem como diretriz atuar sobre a realidade e dar maior resolutividade às intervenções da equipe local, as instrutoras dos quatro territórios do PSF realizaram oficinas para instrumentalizar o planejamento das equipes. Também na área de Saúde da Mulher um processo de capacitação e organização da Rede identificou as deficiências de atenção ao parto no único hospital público do município e buscou garantir a presença do acompanhante na sala de parto, sendo também realizada a capacitação de dois enfermeiros do nível central e um médico cirurgião do hospital.

No Pacto de Gestão aprovado em 2006, a Política de Promoção da Saúde apresenta como ações a serem desenvolvidas pelos municípios, a redução do tabagismo, a mudança dos hábitos alimentares e a atividade física, como uma estratégia para a redução de risco de doenças cardiovasculares. Nessa

perspectiva, implantamos um projeto de atividades físicas associado à orientação dos hábitos alimentares nas equipes do PSF.

## FRUTOS DE UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA

As principais ações implantadas na área de reorganização da rede e acolhimento foram a compra de equipamentos para as UBS e a capacitação dos profissionais. Na área de promoção da saúde foi implantado o projeto Mexa-se, que está em desenvolvimento e envolve 38 Equipes de Saúde da Família, além de 12 equipes de PACS, com uma enfermeira em cada equipe, e a maternidade da major unidade hospitalar pública do município.

O comprometimento dos profissionais com a comunidade vem ampliando a resolutividade das ações, já se refletindo em indicadores importantes. Em relação às doenças infecciosas e parasitárias, em 2005 foram registrados 908, e em 2006, 675 internamentos em menores de 5 anos. A redução de internação por IRA e por Diarréia na faixa etária citada está demonstrada no Ouadro 1.

Quadro 1 – Número de internações em menores de 5 anos por ira e diarréia. Petrolina, 2006

Agravo	2005	2006	% de redução
Nº intern. Diarréia	711	133	81%
Nº de intern. IRA	950	782	17%

Fonte: Petrolina(2006)

Em um ano de projeto, temos 70 enfermeiras e 40 médicos sensibilizados e envolvidos no projeto, 415 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 90 técnicos de enfermagem, além de 40 desses técnicos treinados para realizar técnicas de automassagem nas unidades, e de um grupo gestor que realiza a gestão coletiva do projeto. Em 2007, estamos estabelecendo metas por equipe de PSF para cumprimento dos indicadores do Pacto.

Nas ações de hábitos saudáveis de vida o Projeto Mexa-se, que foi implantado em setembro de 2006, realiza atividades com as comunidades de diversos bairros de Petrolina, tem 1.500 pessoas fazendo atividades físicas regularmente e cinco educadores físicos, sendo dois cedidos pela Secretaria de Educação que acompanham as ações. Este ano de 2007, recebemos recursos do Ministério da Saúde na ordem de R\$ 40.000,00 e estamos elaborando os instrumentos de acompanhamento e avaliação para medir o impacto das ações e programando campanhas para ampliar o número de pessoas no projeto.

A implantação do projeto HumanizaAção em Petrolina está sendo implementado; têm sido imprescindíveis a determinação da equipe de condução e o compromisso da gestão em mudar a realidade. Contudo, a limitação financeira, devido ao acúmulo de projetos mantidos pelo município e ao limite de gasto da lei de responsabilidade fiscal, tem impedido maiores avanços. É preciso rediscutir o financiamento e o apoio de outros órgãos sobretudo em relação às ações de promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990.

. Ministério da Saúde. *Hu*manizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS/ Ministério da Saúde. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 52 p. (Série B. Textos básicos de saúde).

CARVALHO, S. R. Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeitos e mudanças. São Paulo: Hucitec, 2005.

PETROLINA. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2006. Petrolina: Secretaria Municipal de Saúde, 2005. Mimeo.

PETROLINA. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2006. Petrolina: Secretaria Municipal de Saúde, 2006. Mimeo.

TEIXEIRA, C. F. (Org.). Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador: CEPS/ISC, 2002. v. 1000. p. 128.

## ASSOCIE-SE AO CEBES E RECEBA AS NOSSAS REVISTAS

O Cebes tem duas linhas editoriais. a revista *Saúde em Debate*, que o associado recebe quadrimestralmente em abril, agosto e dezembro, e a *Divulgação em Saúde para Debate*, cuja edição tem caráter temático, sem periodicidade regular.

## QUEM SOMOS

Desde a sua criação em 1976 o Cebes tem como centro de seu projeto a luta pela democratização da saúde e da sociedade. Nesses 30 anos, como centro de estudos que aglutina profissionais e estudantes, seu espaço esteve assegurado como produtor de conhecimentos com uma prática política concreta, em movimentos sociais, nas instituições ou no parlamento.

Durante todo esse tempo, e a cada dia mais, o Cebes continua empenhado em fortalecer seu modelo democrático e pluralista de organização; em orientar sua ação para o plano dos movimentos sociais, sem descuidar de intervir nas políticas e nas práticas parlamentares e institucionais; em aprofundar a crítica e a formulação teórica sobre as questões de saúde; e, em contribuir para a consolidação das liberdades políticas e para a constituição de uma sociedade mais justa.

A produção editorial do Cebes é resultado do trabalho coletivo. Estamos certos que continuará assim, graças a seu apoio e participação.

A ficha abaixo é para você tornar-se sócio ou oferecer a um amigo! Basta enviar a taxa de associação (anuidade) de R\$ 150,00 (institucional), R\$ 100 (profissional) ou R\$ 50,00 (estudante) em cheque nominal e cruzado, junto com a ficha devidamente preenchida, em carta registrada, ou solicitar, nos telefones ou e-mail abaixo.

## CORRESPONDÊNCIAS DEVEM SER ENVIADAS PARA

Av. Brasil, 4.036 – Sa Tel.: (21) 3882-9140	eiro de Estudos de Saúde ala 802 – Manguinhos – 2104 e 3882-9141 – Fax.: (21) 2260- fiocruz.br/saudeemdebate@d		
<del></del>	Para efetuar depósito: Caixa Econômica	eencher em letra de forma) Valor: R\$ 100,00 Federal — Agência: 1343 C/C: 0375-4 Operação: 003 I: 48.113.732/0001-14	
Pagamento de Anuidade	Nome:		_
Nova Associação	Endereço:		
Atualização de Endereço	Rua/Av.:		_
	Bairro:	CEP:	_
	<u>Cidade:</u>	UF:	_
	<u>Tel.: (</u> )	Fax.: (	_
	<u>Cel.:</u>	E-mail:	_
	Local de Trabalho:		_
	Profissão:		

Assinatura:

Data de Inscrição:

## INSTRUÇÕES AOS AUTORES

## DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE

Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), voltada para a área de Saúde Pública e Saúde Coletiva, é distribuída a todos os associados em situação regular com a tesouraria do Cebes.

Aceita trabalhos inéditos sob forma de artigos originais, artigos de opinião, artigos de revisão ou de atualização, relatos de casos e resenhas de livros de interesse acadêmico, político e social.

Os textos enviados para publicação são de total e exclusiva responsabilidade dos autores.

É permitida a reprodução total ou parcial dos artigos desde que identificada a fonte e a autoria.

A publicação dos trabalhos está condicionada a pareceres do Conselho Editorial *Ad-Hoc* estabelecido para cada número da revista. Eventuais sugestões de modificações da estrutura ou do conteúdo, por parte da Editoria, serão previamente acordadas com os autores. Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois que os trabalhos forem entregues para a composição.

#### **ARTIGOS**

### Següência de Apresentação do Texto

- 1. Título em português e em inglês. O título deve expressar claramente o conteúdo do artigo.
- 2. Folha de apresentação com nome completo do(s) autor(es), endereço, e-mail e no rodapé as referências profissionais (contendo filiação institucional e titulação). Quando o artigo for resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora.
- 3. Resumo em português e inglês (abstract), em que fique clara uma síntese dos propósitos, dos métodos empregados e das principais conclusões do trabalho; descritores (descriptors), mínimo de três e máximo de cinco palavras, não ultrapassando o total de 700 caracteres (aproximadamente 120 palavras). Para os descritores utilizar os apresentados no vocabulário estruturado (Decs), encontrados no endereço http://decs.bvs.br. Caso não sejam encontrados descritores disponíveis para a temática do artigo, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.
  - 4. Artigo propriamente dito.
  - *a)* as marcações de notas de rodapé no corpo do texto, deverão ser sobrescritas. Ex.: Reforma Sanitária<sup>1</sup>
  - b) para as palavras ou trechos do texto que são destacados a critério do autor, utilizar aspas simples. Ex.: 'porta de entrada'.
  - c) quadros e gráficos deverão ser apresentados, também, em folhas separadas do texto, numerados e titulados corretamente com indicações das unidades em que se expressem os valores e com as fontes correspondentes.
  - *d)* os autores citados no corpo do texto deverão estar escritos em caixa baixa (só a primeira letra maiúscula), observando-se a **norma da ABNT NBR 10520: 2001** (disponível em bibliotecas). Ex.: Conforme Mario Testa (2000).
  - e) as referências bibliográficas no corpo do texto, deverão ser apresentadas entre parênteses em caixa alta seguidas do ano e, se possível, da página. Ex.: (MIRANDA NETTO, 1986; TESTA, 2000, p. 15).

5. Referências Bibliográficas deverão ser apresentadas no final do artigo, observando-se a **norma da ABNT NBR 6023:** 2000 (disponível em bibliotecas). Exs.:

Carvalho, Antonio Ivo. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In.: Fleury, Sônia Maria Teixeira (Org.). Saúde e democracia: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos, 1997. p. 93-112.

Cohn, Amélia; Elias, Paulo Eduardo M.; Jacobi, Pedro. Participação popular e gestão de serviços de saúde: um olhar sobre a experiência do município de São Paulo. *Saúde em Debate*, Londrina (PR), n. 38, 1993. p. 90-93.

Dемо, Pedro. Pobreza política. São Paulo: Cortez, 1991. 111р.

### **EXTENSÃO DO TEXTO**

O artigo propriamente dito deve conter até 15 laudas. Os artigos que ultrapassarem este total, serão devolvidos aos autores.

Obs.: 1 lauda tem 1.400 caracteres (com espaço), portanto a cada 20 linhas de 70 caracteres resulta em 1 lauda. Na carta de apresentação do artigo, o(s) autor(es) deve(m) mencionar o número de laudas.

#### **RESENHAS**

Serão aceitas resenhas de livros de interesse da área de Saúde Pública e Saúde Coletiva, a critério do Conselho Editorial. Devem dar uma noção Devem dar uma noção do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, em até três laudas.

### ARTIGOS DE OPINIÃO

Serão aceitos trabalhos referentes a textos publicados na revista ou a assuntos de conjuntura de interesse nacional. Serão publicados a critério do Conselho Editorial. Devem conter até sete laudas.

### **ENVIO DO ARTIGO**

1. Os trabalhos para apreciação do Conselho Editorial devem ser enviados à Secretaria Executiva do Cebes – Av. Brasil,
 4036 – sala 802 – CEP: 21040-361 Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ

Tel.: (21) 3882-9140 e 3882-9141

Fax.: (21) 2260-3782.

- 2. Deverão ser apresentados impressos em 03 vias e em disquete. Aceitaremos textos no programa *Word for Windows*.
- 3. Os gráficos e/ou tabelas deverão ser apresentadas em arquivo separado, no mesmo disquete.

## INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

### DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE

Journal of the Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) which focuses on Public Health and Collective Health, distributed to all associated individuals up-to-date with Cebes´ treasury.

It accepts original studies in the form of original articles, opinion articles, review or update articles, case studies and critical book reviews of academic, political, or social interest.

Texts sent for publishing are responsibility of the authors. Total or partial reproduction of articles is permitted, as long as both authorship and source are identified.

Publication of articles is subject to approval by the *Ad-Hoc* Editorial Advisory Board established for each issue of the journal. Any suggestion of changes in structure or content, by the editors, will be previously agreed by the authors. No changes or additions can be made after articles are sent to typesetting.

#### **ARTICLES**

#### Text presentation sequence

- 1. Title in Portuguese and English. Titles must clearly express article content.
- 2. Cover containing full author(s) name(s), address, Email, and, as footnotes, professional references (including institutional affiliation and titles). When the article is a result of a sponsored research, the sponsoring agency should be mentioned.
- 3. Abstract in Portuguese and English, containing a summary of purpose, used methods and main work conclusions; descriptors, between three and five words, not more than 700 characters (approximately 120 words). For descriptors use the ones presented in the available structured vocabulary (DECS), which can be found at http://decs.bvs.br, in case available descriptors are not found for the article's theme, terms or expressions of known use can be indicated.

#### 4. Article.

- a) footnote numbers inserted in the text must be superscripted. E.g.: Sanitary Reform<sup>1</sup>
- *b)* for highlighting words or excerpts the author should use simple quotation marks. E.g.: 'entrance'.
- c) tables and graphics should also be presented in separate sheets, numbered and correctly named, with indication of the units used and corresponding sources.
- authors mentioned in the text should be written in lower case (only first letters of each name in capital letters), according to regulation ABNT NBR 10520:
   2001 (available in libraries). E.g.: Mario Testa (2000)
- *e)* bibliographic references in the text shall be presented inside brackets and upper case followed by year and, if applicable, page. E.g.: (MIRANDA NETTO 1986; TESTA, 2000, p. 15).
- *5.* Bibliographic References shall be presented in the end of the article, according to regulation ABNT NBR 6023: 2000 (available in libraries). E. g.:

Carvalho, Antonio Ivo. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In.: Fleury, Sônia Maria Teixeira (Org.). *Saúde e democracia: a luta do Cebes.* São Paulo: Lemos, 1997. p. 93-112.

Cohn, Amélia; Elias, Paulo Eduardo M.; Jacobi, Pedro. Participação popular e gestão de serviços de saúde: um olhar sobre a experiência do município de São Paulo. *Saúde em Debate*, n. 38, 1993. p. 90-93.

Dемо, Pedro. Pobreza política. São Paulo: Cortez, 1991. 111р.

#### **TEXT LENGTH**

The article itself must have a maximum of 15 pages. Articles that do not comply to this will be returned to authors.

Note: one page has 1,400 characters (including spaces), so every 20 lines of 70 characters each forms one page. In the article presentation letter, the author(s) must state the number of pages.

#### **REVIEWS**

Critical reviews of books of interest to Public Health and Collective Health, will be accepted, at the discretion of the Editorial Board. They must discuss book's content, its theoretical postulates and the audience it aims to reach, in up to three pages.

#### **OPINION ARTICLES**

Articles about previously published articles in this journal or about national interest issues will be accepted. These will be subject to Editorial Board approval. Must be made up of seven pages maximum.

#### ARTICLE SUBMISSION

*1.* Articles should be submitted to the following address for appreciation by the Editorial Board: Secretaria Executiva do Cebes – Av. Brasil, 4036 – sala 802 – CEP: 21040-361 – Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ

Phone: +(55)21 3882-9140 and +(55)21 3882-9141 Fax: +(55) 21 2260-3782.

- *2.* Articles must be submitted in three copies and in diskette. We will accept articles in *Word for Windows* program.
- *4.* Graphics and/or tables must be presented in a separate file, in the same diskette.

#### CONASEMS

Presidente: Helvécio Miranda Magalhães Júnior Vice-Presidente: José Sival Clemente da Silva Diretor Administrativo: Luiz Soares

Diretor Financeiro: Antônio Carlos Figueiredo Nardi

Diretor Administrativo -Adjunto: Antonio Carlos de Oliveira Júnior

Diretor Financeiro- Adjunto: Aparecida Linhares Pimenta Diretor de Comunicação Social: Luiz Odorico Monteiro de Andrade Diretor de Comunicação Social-Adjunto: Tereza de Jesus Campos Neta

Diretor de Descentralização e Regionalização: Álvaro Túlio Fortes Diretor de Descentralização e Regionalização-Adjunto: Egnaldo Santos de

Carvalho

Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares: José Veloso Souto Júnior Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares -Adjunto: Marineze Araújo

1º Vice-Presidente Regional -Região Norte: Márcia Helena Casanova Pereira Veloso

2º Vice-Presidente Regional - Região: Norte: Raimundo Alves Costa

1º Vice-Presidente Regional -Região Nordeste: Odilon Cunha Rocha

2º Vice Presidente Regional Região Nordeste: Maria Aparecida de Franca Gomes

1º Vice-Presidente Regional Região Centro-Oeste: Rodrigo César Faleiro de

2º Vice-Presidente Regional Região Centro-Oeste: Noberto Fabre Júnior

1º Vice-Presidente Regional Região Sudeste: Valter Luiz Lavinas Ribeiro

2º Vice- Presidente Regional Região Sudeste: Márcia Cruz Pereira Andriolo

1º Vice-Presidente Regional Região Sul: Luciano Von Saltiel 2º Vice-Presidente Regional Região Sul: Vanir de Alcântara

#### Conselho Fiscal

1º Membro: Patrícia Maria Santos Batista

1º Membro Suplente: Lourdes Goretti de Oliveira Reis

2º Membro: Gildasio Ângelo da Silva

2º Membro Suplente: Roseana Maria Barbosa Meira

3º Membro: Domingas Alves de Souza

3º Membro Suplente: Leonil Nazareno da Cunha Cardoso

4º Membro: Emílio de Rodat M. de Lima Pontes 4º Membro Suplente: Luiz Luciano Menezes de Arruda

5º Membro: Ernei de Oliveira Pina

#### Secretarias Extraordinárias:

Comunicação: Maria da Conceição de Souza Rocha Informação: Juliana Soneghet Baiôcco Louzada Financiamento: Suzana Cristina Silva Ribeiro Saúde Ambiental: Sônia Maria Bezerra T. Mendonça Saúde Mental: Maria do Carmo Cabral Carpintéro Reforma do Estado: Luiz Roberto Tenório Saúde Indígena: Dário Vicente da Silva Saúde Indígena: Edna Pedrosa Gomes

Controle Social: Maria de Fátima Fiorino Biancardi

Descentralização de Regionalização: Vânia Barbosa do Nascimento

Capitais: Luciano Ducci

Regiões Metropolitanas: Eduardo Caldeira de Souza Saúde do Trabalhador: Kátia Cilene do Monte Pereira Mercosul: Sônia Adriana Weege

Relações Internacionais: Luiz Felipe Almeida Caram Guimarães

Política Institucional: Emerson Gomes Garcia

Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: Antonio Carlos Figueiredo Nardi

Assistência Farmacêutica: Oneide Regina Camilo S. Cândido Município dePequeno Porte/Sudeste: Rogério Geraldo Pontes Município de Pequeno Porte/Nordeste: Maria Neuman de Azevedo Município de Pequeno Porte/Norte: Antônia Neris Ferreira da Silva Município de Pequeno Porte/Centro-Oeste: Ivanildo Amaral de Queiroz

Município de Pequeno Porte/Sul: Luiz Carlos Bolzan Município Médio Porte: Marta Betânia Duarte Silva

Município Médio Porte: Tânia Regina M. P. Guimarães Camilo Município Médio Grande Porte: Oscar Capistrano dos Santos Atenção à Urgência e Emergência: Leda Lúcia Couto de Vasconcelos

Amazônia: Emival Nunes da Fonseca

Ciência e Tecnologia: Luis Eugênio P. Fernandes Souza Consócios Municipais: Marcos Antônio dos Santos Souza

Fronteiras: Geraldo Azzolini

Promoção da Saúde: Paulo Fernando Capucci Saúde Bucal: Wilson Martins Mendes

#### Conselho Honorário:

Paulo Dantas, José Eri Medeiros, Armando Martinho Bardou Reggio, Gilson Cantarino O'dwyer, Edmundo Gallo, Gilberto Tanos Natalini. Neilton Araújo de Oliveira, Silvio Mendes de Oliveira Filho, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Silvio Fernandes da Silva e Edmundo Costa Gomes.

Secretário Executivo: José Enio Servilha Duarte

Assessor Técnico: Nilo Bretas Iúnior

Assessor Administrativo: Marcos Silveira Francos

Assessores: Denise Rinehart, Elizabete Vieira Matheus da Silva, Giovana de Paula, Joellyngton Medeiros, Karla Watkins, Neda Blythman de Figueiredo, Nilo Brêtas Júnior, Sônia Terra Ferraz, Ricardo Carvalho, Sibele Maria Ferreira Gonçalves,

Silvio Fernandes da Silva e Vera Muniz.

Setor de Apoio à Secretária Executiva: Maria Ignez Magalhães

Setor Financeiro: Fernando de Souza, Cristiane Machado e Wilma Castilhos Setor de Apoio Administrativo: Silvia Jeane Nascimento de Macêdo e Cristiane Rodrigues

Setor de Acolhimento: Percília Bacelar, Daniele Mattos e Thiago Gonçalves Setor de Informática: Raymundo Aben-Athar, John Faber Costa e Cleison Lima Moura

Consultores: Gilson Carvalho e Lenir dos Santos

Distribuição: Ministério, Secretarias Estaduais, Secretarias Municipais, Prefeituras, Universidades, Instituições Nacionais e Internacionais, Diretores e Administradores de Entidades Públicas e Privadas ligadas à saúde.

#### CONASEMS

Esplanada dos Ministérios - Ministério da Saúde

Bloco "G "Ala "B" Anexo "B" sala 144 - Cep: 70.058-900 - Brasília-DF

Tel: (61) 3223-0155/3315-2828/ 3315-2121

Homepage: www.conasems.org.br Email: conasems@saude.gov.br