

(\*) Fatima Ramos é Mestre em Saúde Pública e enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Fortaleza. E-mail: fatimalucia2@yahoo.com.br Maria Irismar é Doutora e Professora do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da UECE. Sílvia Nobrega é Doutora e Professora do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da UECE. José Maciel é Mestre em Saúde Pública e enfermeiro do Programa Saúde da Família (PSF) do município de Caucaia – Ceará. Lucianna Leite é Mestre em Saúde Pública e Odontóloga. Lucélia Duavy é Mestre em Saúde Pública e enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Fortaleza.

19

Fatima Lucia Ramos Batista  
Maria Irismar de Almeida  
Sílvia Maria Nóbrega-Therrien  
José Maciel de Sousa  
Lucianna Leite Pequeno  
Lucélia Maria Duavy\*

## **Políticas Públicas de Saúde em Fortaleza: do movimento pela reforma sanitária à reforma administrativa**

**RESUMO:** Este artigo tem como objetivo descrever a conformação das políticas públicas de saúde em Fortaleza, Ceará, desde o movimento pela Reforma Sanitária à Reforma Administrativa, para conhecer a evolução da organização do sistema de serviços básicos de saúde. Optou-se por sistematizar as informações levantadas, obedecendo aos períodos correspondentes às administrações municipais instaladas de 1986 a 2004. Parte das informações sobre a Reforma Administrativa foram obtidas junto ao Diário Oficial do Município de Fortaleza (DOM), através de consulta a leis e decretos. Os resultados deste estudo revelam que houve mudanças processuais na estrutura administrativa de Fortaleza e na conformação das políticas de saúde. Houve ainda, transformação dos processos de trabalho da Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF) e adoção de alguns princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) como a descentralização, a intersetorialidade e a hierarquização. O estudo aponta ainda, distorções entre o indicado nas Leis, decretos e portarias e o de fato implementado. A Atenção Básica à Saúde está organizada a partir de programas verticalizados, modelares e excludentes, apesar de ter suporte legal e estrutura organizacional para consolidar um modelo assistencial que privilegie a promoção da saúde e a prevenção de doenças ou de riscos na população.

**Palavras-chave:**  
Reforma, Políticas  
Públicas, Políticas de  
Saúde.

## I Introdução

O Movimento da Reforma Sanitária teve suas raízes no final da década de 70, onde o Brasil vivia sob o regime autoritário militar, caracterizado pelo modelo concentrador de renda, pela não distribuição de benefícios sociais, configurando um atendimento inadequado às necessidades da população.

Os serviços médicos eram providos pelo Estado através do sistema de proteção social (Laurell, 1997). A oferta de assistência médica consistia na compra de serviços médicos do setor privado, favorecendo o crescimento desordenado destes serviços, especialmente dos hospitais, onde a Previdência Social garantia a demanda pelo setor público e as condições de expansão, isto é, garantia o financiamento.

Esse sistema favorecia o surgimento de serviços credenciados, serviços conveniados, seguros médicos de pré-pagamento, seguros médicos privados e de serviços médicos próprios das empresas estatais.

O sistema de proteção social entra em colapso, como conseqüência do fim do “milagre econômico” (Luz, 1991), da pressão da dívida externa e pública, das exigências do Fundo Monetário Mundial (FMI), da recessão econômica e da pressão inflacionária, associada aos altos custos da assistência previdenciária.

Com o agravamento da crise econômica, nos anos 80, os movimentos de contestação cresceram de tal modo que os sindicatos e partidos de oposição iniciaram uma fase de agitação, centrados na questão da saúde e da política de saúde. Na tentativa de controlar a situação posta, o governo constituiu o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), com o objetivo de reorganizar a assistência médica no Brasil, reduzindo os custos e controlando os gastos (Cohn, 1996).

O Movimento da Reforma Sanitária, constituído inicialmente por uma parcela de intelectuais, universitários e profissionais da área de saúde, pôs em discussão não apenas as políticas sociais no Brasil – seletiva, fragmentada, excludente e setorializada, mas também a necessidade de democratização do Estado e da sociedade. Mesmo sendo um período de aprofundamento das desigualdades sociais, ressalta-se que o país torna-se palco de avanços democráticos.

Com o agravamento da crise econômica, no início dos anos 80, o tipo de articulação público/privado do período de expansão econômica dissolvía-se e nenhuma medida (negociação da dívida externa, mudanças nas regras

de câmbio, congelamentos, dentre outras) resultara numa efetiva política de ajuste estrutural (Laurell, 1997), o que veio fortalecer o movimento nacional pela democratização do País (Viana, 1998).

No bojo dessa crise, o município de Fortaleza gerenciava, através da Secretaria de Saúde do Município (SSM) postos de saúde que funcionavam precariamente e com poucos profissionais da saúde (Batista, 2003). A estrutura administrativa da SSM estava constituída por cinco departamentos, dentre os quais ressaltam-se o Departamento de Assistência Médica (DAM) e o de Enfermagem.

À medida que o processo de escolha dos prefeitos municipais foi se instalando na Capital, através do voto direto, houve mudança na estrutura administrativa da Prefeitura Municipal de Fortaleza; houve avanço no processo da municipalização e, conseqüentemente, houve a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Como as administrações municipais de Fortaleza, no início da década de 80, tinham seus prefeitos indicados pelo governo federal, optou-se em focar este estudo, a partir do ano de 1986, ocasião em que foi eleita Prefeita de Fortaleza, a representante do Partido dos Trabalhadores, Maria Luiza Fontenele.

O presente estudo teve como objetivo descrever a conformação das políticas públicas de saúde em Fortaleza, Ceará, desde o movimento pela Reforma Sanitária à Reforma Administrativa, com vistas a conhecer a evolução da organização do sistema de serviços básicos de saúde.

## 2. O caminho metodológico

O estudo foi desenvolvido tendo como pressuposto básico a evolução da organização do sistema de saúde em Fortaleza. A cidade limita-se ao norte com o Oceano Atlântico e ao sul com os municípios de Pacatuba, Maracanau, Itaitinga e Euzébio. À leste com o município de Aquiraz e o Oceano Atlântico e a oeste com o município de Caucaia. Possui 144 bairros distribuídos em 336 km<sup>2</sup>, com uma população de 2.293.231 (IBGE, estimativa para 2004).

Sua vasta extensão geográfica encontra-se entrecortada por áreas verdes e conglomerados, cuja densidade demográfica é de 65 habitantes por hectare (Plano Municipal de Saúde, 2001- 2004). Localizada no litoral e muito próxima à linha do Equador, a cidade possui clima quente e úmido, com temperatura média de 27 °C, favorecendo ao surgimento de inúmeras doenças sazonais.

A partir do objetivo estabelecido, procedeu-se a um estudo exploratório, descritivo que procurou sistematizar a literatura encontrada sobre a temática. Parte das informações levantadas foram obtidas junto ao Diário Oficial do Município (DOM), através de consultas a leis e decretos.

Visando indicação de possibilidades analíticas e recuperação para pesquisas futuras, a organização das informações obedeceu a períodos correspondentes às seguintes administrações municipais: Administração *Popular* (1986-1988), Administração *das Mudanças*: (Jan/1989 - Março/1990) (Melo, 2002); Administração *Humanização com Participação*: (1990-1992) (Mota, 1997); Administração *Fortaleza Cidade Saudável*: (1993-1996) e Administração *Melhor para Você e Fazendo Fortaleza dar Certo* (1997-2004).

Optou-se em realizar o estudo, tendo como ponto de corte o ano de 1986, início da Administração *Popular*, por considerar marco na redemocratização do País, com a eleição de prefeito por voto direto, após o período da ditadura militar.

### **3. Do movimento pela reforma sanitária à reforma administrativa na Prefeitura de Fortaleza.**

#### **3.1. Administração Popular (1986-1988)**

É na chamada “nova república” que a candidata do partido dos trabalhadores, Maria Luiza Fontenele (1986 - 1988) vence as eleições municipais, provocando ruptura com as forças políticas do Ceará (Bruno *et al.*, 1997; Barreira, 1998; Sousa *et al.*, 1995), iniciando uma nova era, a Administração Popular.

A administração popular não obteve resultados concretos em relação à efetivação das políticas públicas, porém as discussões e os conflitos ocorridos nesse período colocaram a cidade de Fortaleza em evidência. Segundo Sousa *et al.* (1995), essa administração priorizou as moradias populares através do PROFAVELA (programa que estabelecia “status” de legalidade nas ocupações em terras consideradas ociosas ou sem função social), a implantação dos conselhos populares, além de estabelecer medidas saneadoras e moralizadoras, tendo como resultado a redução da folha de pagamento por corte de funcionários ditos “fantasmas”.

Contudo, essa administração sofreu uma crise econômica e administrativa gerada pelas contradições e divergências das classes médias e dominantes, especialmente o poder legislativo municipal e o governo do Estado. Como

conseqüência gerou insatisfação dos servidores municipais, levando-os a paralisações dos serviços (Souza *et al.*, 1995).

Nesse período, Fortaleza já tinha implantado as Ações Integradas de Saúde (AIS) o que determinou a criação da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), através da Resolução nº 07 de 03/05/84 para coordenação e gestão do programa, dando certa efetividade aos princípios de descentralização, regionalização e hierarquização das ações, gestão e recursos. As AIS surgiram como estratégia de integração programática entre as instituições de saúde pública federal, estadual e municipal e demais serviços de saúde. Tinha como objetivo principal repassar recursos do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência social (INAMPS) às secretarias estaduais de saúde para implementar a integração das ações, expandir a rede de serviços e contratar novos servidores (Viana, 1998).

Apesar da modificação na organização dos serviços de saúde, algumas contradições foram registradas posto que, as verbas eram repassadas para a rede básica e também para a rede hospitalar, reforçando as ações dicotômicas preventivas x curativas, com favorecimento do setor privado lucrativo. O governo federal buscando implementar a política de saúde vigente, abre os Postos de Atendimento Médico (PAM) do INAMPS, para atender a clientela geral, até então excluída.

Nesse período, Fortaleza torna-se palco do II Encontro Cearense de Saúde com finalidade de articular o planejamento entre as secretarias estadual e municipal, na perspectiva de criar espaço para a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

O SUDS é implantado em 1987, no Governo Sarney através do Decreto nº 94.657 de 20/07/87. Tinha como objetivo contribuir para a consolidação do desenvolvimento qualitativo das AIS (BRASIL, 1997), como estratégia para facilitar a passagem de um sistema desordenado, centralizado e fracionado para o Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo novo passo na descentralização pró-setor público (Viana, 1998). Esse sistema objetivou unificar os serviços federais, estaduais e municipais passando para o comando da gerência do sistema, o secretário estadual de saúde. Por sua vez, o Estado e o município de Fortaleza assumem a gerência da rede de saúde instalada em seu território.

O convênio SUDS foi celebrado no Ceará em 1987, entre o governo federal e o estadual, presumindo-se a incorporação gradativa dos municípios na gestão das ações de saúde. Como conseqüência, ocorreu a unificação da Secretaria

de Saúde do Estado com a FUSEC e a estadualização dos hospitais públicos federais: o Hospital de Messejana (HM/MS) e o Hospital Geral de Fortaleza (HGF/INAMPS), estabelecendo-se a unidade do comando, onde o secretário de saúde, ao mesmo tempo, presidente da CIS<sup>1</sup>, assumiu a superintendência regional do INAMPS e da FUSEC. Em outubro do mesmo ano, deu-se a adesão da Secretaria de Saúde do Município ao SUDS.

Com a aprovação do texto constitucional em outubro de 1988, estabelecendo a “Saúde como direito do cidadão e dever do Estado” e da lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8080/90 e nº 8142/90), o País rumou à descentralização, conforme os escritos do artigo 16 da Lei nº 8080/90: “*À direção Nacional do Sistema Único de Saúde – SUS – compete... XV – promover a descentralização para as unidades federadas e para os municípios dos serviços de saúde respectivamente de abrangência estadual e municipal*”. A partir desse texto, considera-se que a descentralização deva ser entendida como instrumento de reestruturação ampla na dimensão política, técnica e administrativa do sistema de saúde.

Avançando na municipalização, a Prefeitura de Fortaleza, através da Portaria Conjunta nº 03/90 de 30/08/90, instituiu o grupo de condução do processo de distritalização do sistema de saúde, culminando com a implantação dos oito distritos sanitários.

### **3.2. Administração Governo das Mudanças (1989-1990)**

A Administração Governo das Mudanças tem a frente o prefeito Ciro Gomes que assumiu a máquina administrativa com a dívida saneada, funcionalismo reduzido e adequado às necessidades institucionais, consolidando a ruptura com o clientelismo político (Barreira *et al.*, 1998). Entretanto, para realizar o plano de governo, em especial a Operação Tapa Buraco, a Prefeitura Municipal de Fortaleza recebeu apoio do governo do Estado, através do Departamento Autônomo de Estradas e Rodagens (DAER), Companhia de Água e Esgotos do Ceará (CAGECE), Companhia de Desenvolvimento Agro-industrial (CODAGRO), Departamento de Trânsito (DETRAN), Departamento Nacional de Estradas e Rodagens (DNER) e da 10ª Região Militar (Souza, 1995), o que possibilitou melhorar a infraestrutura com a urbanização da favela do Lagamar e do conjunto Ceará. Foi lançado o projeto Fortaleza Limpa, incorporando formas de organização popular e para ampliar a atenção básica à saúde, a administração promoveu concurso público para profissionais médicos.

Com a implantação do SUS, em Fortaleza, registrou-se expansão da cobertura da rede básica de saúde, ampliação e reforma dos centros de saúde, implementação e implantação de novas ações de saúde. A Secretaria

<sup>1</sup> Comissão Interinstitucional de Saúde.

Municipal de Saúde de Fortaleza foi reestruturada, criando-se vários departamentos, dentre eles, o de Administração e Financiamento e o de Distritos Sanitários. Foram implantados ainda, o Serviço de Controle de Convênios, o Fundo Especial de Saúde, o Fundo de Contas Hospitalares e o Fundo de Postos de Saúde, contribuindo para o avanço da municipalização (Mota, 1997).

No País, a IX Conferência Nacional de Saúde debatia a crise dos recursos humanos, a descentralização e a municipalização, a pactuação intergestores, as fontes permanentes de financiamento e a agenda de prioridades. Essa discussão não inibiu o crescimento dos planos e seguros de saúde, que comprometeram a busca da universalidade e da equidade. Em Fortaleza, Ciro Gomes deixa o cargo, em janeiro de 1990, para candidatar-se ao governo do Estado, assumindo seu lugar o vice-prefeito Juraci Magalhães, de outro partido político, o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB).

### **3.3 Administração Humanização com Participação (1990-1992)**

A administração Humanização com Participação (Juraci Magalhães) priorizou obras de impacto urbanístico como a limpeza da cidade, recuperação da malha viária, de praças e a revitalização do centro da cidade, incentivando o turismo (Barreira *et al.*, 1998; Souza *et al.*, 1995).

Embora priorizando a estética da cidade, o governo municipal em convênio com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e com o apoio do projeto SMALP<sup>2</sup> implanta o plano piloto do Distrito Sanitário que contribuiu para implementar a descentralização das ações de saúde para os Distritos Sanitários.

Em 1992, a PMF cria os Centros Integrados de Educação em Saúde (CIES) (Lei nº 7.174 de 16/07/92) com o objetivo de “assistir a criança desde a barriga da mãe”, cuja lógica voltava-se para assistência ao escolar e à sua família (Mota, 1997; Batista, 2003). Nesse mesmo tempo, a municipalização avança em Fortaleza com a implantação do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), onde passa a gerenciar toda rede ambulatorial pública e privada da cidade.

Com a instituição da Norma Operacional Básica (NOB/93) pelo Conselho Nacional de Saúde foram estabelecidos procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde. As comissões intergestoras Tripartite e Bipartite foram criadas, assim como a Fração da Atenção Especializada (FAE) e o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA). Estes últimos como instrumentos para cadastro e controle do orçamento. A NOB/93 ainda determina as condições de gestão para estados e municípios.

<sup>2</sup> Projeto Saúde, Meio Ambiente e Luta contra Pobreza.

Com essa NOB, Fortaleza passa à Gestão Semiplena, cuja condição permite ao município receber mensalmente (fundo a fundo) todos os recursos para os gastos em saúde (Viana, 1998). Porém essa Norma é vista como incompleta porque o gestor tinha autonomia para gastar os recursos, nas formas de remuneração recomendada pela NOB.

Esse período foi importante porque registra a criação do Conselho Municipal de Saúde e dos Fundos de Saúde; a compra de serviços públicos e privados (Laurell, 1997), a contratação de agentes comunitários de saúde, mesmo antes da implantação oficial do programa e a implantação do curso de Gerenciamento de Unidades de Saúde (GERUS) com o objetivo de capacitar os técnicos das unidades de saúde.

### **3.4. Administração Fortaleza – cidade saudável (1994-1996)**

Com a instituição do Plano Real, inicia-se em 94 um novo período de intenso crescimento econômico (Anuário do Ceará, 1997), com reflexo em todos os setores da economia do País. Em Fortaleza, sob a administração Antonio Cambraia, o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), voltado à atenção à família foi implantado cobrindo 38,4% das microáreas de risco de adoecimento e morte (SMS, 1999). Destaca-se ainda, a elaboração do Plano Municipal de Saúde para atender à condição da Gestão Semiplena.

Para Mota (1997), o Plano Plurianual do Município de Fortaleza (94 – 97) focou programas/atividades para desenvolver a Educação e Assistência Sanitária; para melhorar a qualidade dos serviços de saúde; para diminuir a mortalidade infantil; assistir à criança; desenvolver a saúde oral e mental; promover a vigilância e acompanhamento sanitário. Vislumbrou-se ainda, a criação do SOS-Fortaleza, a organização da rede de serviços de saúde, a integração universidade/serviços bem como, cooperação e partilhamento de custos, vindo implementar a organização dos serviços de saúde, tendo como base os Distritos Sanitários.

Em 1996, a X Conferência Nacional de Saúde foi instalada com a proposta de aperfeiçoar os mecanismos de gestão e integração do SUS, orientando a elaboração da NOB/96. Esta Norma que dispõe sobre a regulamentação dos conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de municípios, de estados e do Distrito Federal às novas condições de gestão, do financiamento, da Programação Pactuada Integrada (PPI), da gestão plena dos sistemas locais de saúde, da transparência das informações, da transferência de recursos para atenção básica e hospitalar, vem proporcionar a Fortaleza, uma nova condição de gestão – a Plena da Atenção Básica.



### 3.5. Administração Melhor para Você e Fazendo Fortaleza dar Certo (1997-2004)

A administração *Melhor para Você* tem como gestor Juraci Magalhães, em seu segundo mandato e se inicia com dois marcos importantes na conformação das políticas públicas de saúde em Fortaleza: a Reforma Administrativa e a instituição de uma comissão técnica, através do Decreto nº 10.104/97, para viabilizar a implantação do Programa Saúde da Família (PSF).

A Reforma Administrativa da PMF foi instituída pela Lei nº 8.000/97, de 29/01/1997, cuja organização tem como finalidade “*I – garantir o acesso do cidadão aos serviços, às informações e à participação nas decisões referentes ao espaço urbano onde ele vive e atua. [...] e descentralização da gestão municipal. [...] (Art. 2º).*”

Para efetivar a descentralização, Fortaleza foi dividida em seis secretarias executivas regionais (Art. 5º), obedecendo a uma área de abrangência com “*[...] grupos populacionais homogêneos que vivem e/ou trabalham em determinado espaço geográfico [...]*” (FUNDAP in Barroso, 1998).

De acordo com a Cartilha da Reforma editada em 1997, as estratégias utilizadas durante a reestruturação da Prefeitura seriam a organização dos serviços para enfrentamento dos agravos da população, o fortalecimento da intersetorialidade, o desenvolvimento da cidadania, a valorização da ética e da consciência, a promoção de saúde, a valorização humana, a mobilização para o desenvolvimento comunitário e a ênfase na solidariedade humana (Batista, 2003).

Vê-se que dois princípios importantes são considerados no escopo da Reforma Municipal, a DESCENTRALIZAÇÃO e a INTERSETORIALIDADE. O primeiro refere-se ao aproximar o governo do cidadão, ao reconhecimento do direito do cidadão e das necessidades e expectativas da população e ao levar as decisões junto aos cidadãos. O segundo refere-se à prestação de serviços, de forma articulada, resolvendo os problemas no local e de forma integrada. Foi nessa perspectiva que se criaram as Secretarias de Desenvolvimento Social (SMDS), a de Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente (SMDT) e as Secretarias Regionais.

Outro marco que contribuiu para a conformação das políticas de saúde foi a implantação do PSF, em 1998, como modelo assistencial voltado à atenção à família, tornando-se avanço na reorganização do sistema de saúde em Fortaleza.

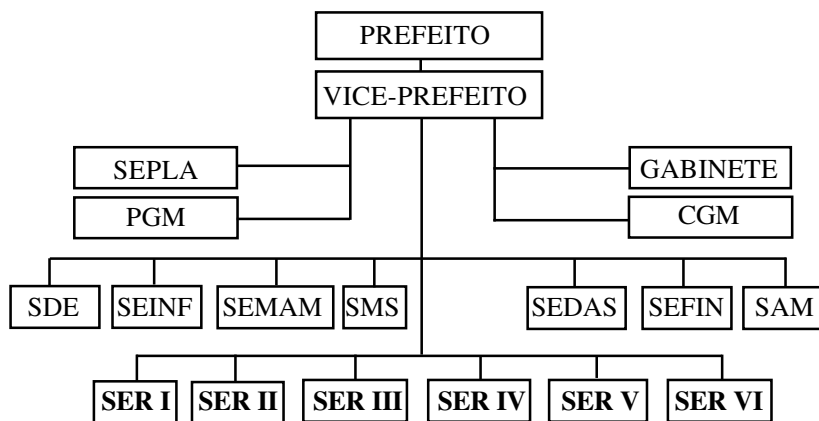
Todavia, observou-se que a implantação do PSF na Capital foi sustada ao atingir a cobertura de 17% da população. Contrapondo essa situação, em 2001, fica instituída a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-

SUS/01/2001) que vem ampliar as responsabilidades dos municípios em relação à Atenção Básica, definindo o processo de regionalização da assistência, criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, atualizando os critérios de habilitação dos estados e municípios e mantendo o Piso da Atenção Básica (PAB). Convém ressaltar, que essa Norma institui a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, definindo as áreas estratégicas mínimas de atuação: Controle da Tuberculose, Erradicação da Hanseníase, Controle da Hipertensão Arterial, Controle da Diabete Mellitus, Atenção à Saúde da Criança, Atenção à Saúde da Mulher e Saúde Bucal. Fortaleza passa à condição de: Gestão Plena da Atenção Básica.

Nesse mesmo ano, a Câmara Municipal e o Prefeito de Fortaleza decretam, através da Lei nº 8.608 de 26 de Dezembro, uma nova estrutura administrativa para Fortaleza que dispõe em seu Capítulo II, Art. 4º, que “*A estrutura administrativa da Prefeitura Municipal passa a ser a seguinte: I – órgãos da administração direta: a) Gabinete do Prefeito; b) Gabinete do Vice-Prefeito; c) Secretaria de Finanças do Município (SEFIN); d) Secretaria de Administração do Município (SAM); e) Secretaria de Desenvolvimento Econômico (SDE); f) Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento (SEPLA); G) Secretaria Municipal de Saúde (SMS); h) Secretaria Municipal de Educação e Assistência Social (SEDAS); i) Secretaria Municipal de Infra-estrutura e Controle Urbano (SEINF); j) Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Serviços Urbanos (SEMAM); l) Procuradoria Geral do Município (PGM); Controladoria Geral do Município (CGM); Secretarias Executivas Regionais (SER)*” (Figura 1). Além dos órgãos da Administração Direta e Indireta, foram criados, ainda, órgãos colegiados (item II, Art. 4º) como conselhos, comitês e comissões. Dentre eles, importa ressaltar o Conselho Municipal de Saúde. A Coordenadoria de Comunicação Social e a Ouvidoria Geral do Município foram incorporadas pelo Gabinete do Prefeito (Art. 5º do Capítulo III).

Observando a Figura 1, percebe-se que as Regionais estão diretamente subordinadas ao Gabinete do Prefeito e estão estruturadas para “*proporcionar condições para a melhoria da qualidade de vida da população da região sob sua gestão, prestando os serviços municipais; identificando e articulando o atendimento às necessidades e demandas dos grupos populacionais [...] (Art. 13 da Lei nº 8.000/97). Tem como competências: “I – formular diretrizes e indicar prioridades no que se refere às ações intersetoriais [...] e garantia do acesso aos serviços de saúde [...] VI – identificar as necessidades e demandas peculiares à população de sua área de abrangência[...] (Art. 13 da Lei nº 8.000/97).*

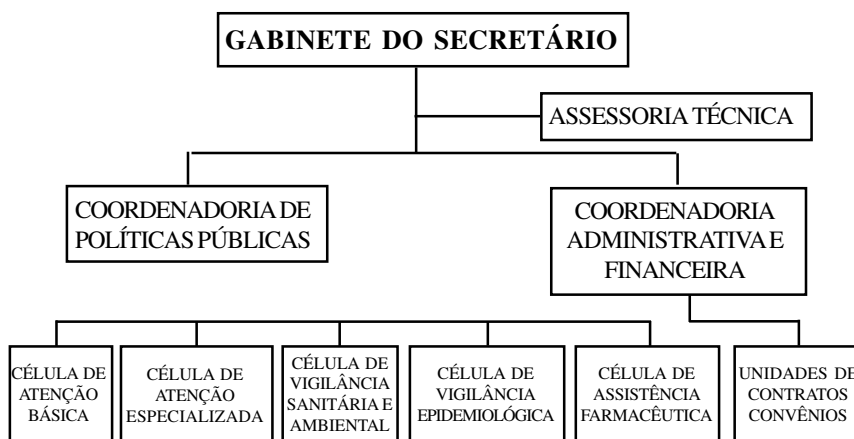
FIGURA 1 – Organograma da Prefeitura Municipal de Fortaleza, 2004.



Organograma da Prefeitura Municipal de Fortaleza (Negritos da responsabilidade dos autores).

O órgão responsável pela definição das políticas de saúde na nova estrutura é a Secretaria Municipal de Saúde. A SMS tem por finalidade “*administrar os Sistemas de Saúde; de Vigilância Sanitária e Epidemiologia e de Controle de Zoonoses mediante a definição das políticas públicas e diretrizes de prevenção de recuperação da saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população*” (Lei nº 8.608 de 26/12/01, Art. 10 do Capítulo III), além de planejar, coordenar e avaliar os programas dessa área. A SMS apresenta o seguinte organograma, conforme o Art. 4º do Decreto nº 11.107 de 11 de janeiro de 2002 (Figura 2):

FIGURA 2: Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. 2004.



Organograma da Secretaria Municipal de Saúde

Obedecendo ao princípio da descentralização, as SER foram organizadas em Distritos, dos quais cita-se o Distrito de Saúde, de Educação, de Assistência Social. O Distrito de Saúde está constituído pelas Células de Atenção Básica, de Vigilância Epidemiológica e de Vigilância Sanitária.

#### 4. Do movimento pela reforma sanitária à reforma administrativa a organização da Atenção Básica em Fortaleza: o modelo atual

O sistema básico de saúde está organizado em uma rede de serviços formada por 84 unidades básicas<sup>3</sup>, distribuídas nas seis secretarias executivas regionais que se caracterizam pela prestação de serviços direta à população.

A assistência à saúde da população é viabilizada através dos Programas Saúde da Família (PSF), Agente Comunitário de Saúde (PACS) e o Programa Saúde do Escolar (PSE), este vinculado ao Modelo de Assistência Integral à Saúde (MAIS).

TABELA 1 – Quantitativo de pessoal e/ou de equipes dos Programas, por SER. Fortaleza –Ceará, 2004.

SER	PROGRAMAS/EQUIPES		
	PSF	PACS	PSE
	Nº	Nº	Nº
I	16	93	12
II	11	56	6
III	20	63	12
IV	12	88	7
V	21	56	13
VI	20	57	19
TOTAL	100	413	69

FONTE: Secretarias Executivas Regionais/SMS/PMF.

O PSF realiza um trabalho em equipe, composta, no mínimo por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. A equipe de saúde da família está vinculada a unidade de saúde, responsabilizando-se por uma área – território de abrangência, onde residem de 600 a 1.000 famílias com limite máximo de 4.500 habitantes (FORTALEZA, 2000). Esse programa está vinculado a 25 unidades básicas de saúde. Calculou-se a cobertura usando o parâmetro mínimo do Ministério da Saúde, isto é, a razão entre a população e o número de 3.450 pessoas, resultando o número necessário de equipe para assistir toda população. Assim sendo, Fortaleza possui uma cobertura de 15% (2004).

<sup>3</sup> Unidades de saúde em funcionamento no início de 2004. Fonte: Célula de Atenção Básica à Saúde/SMS/PMF.

O PACS tem como objetivo principal “*mobilizar as comunidades para identificação de fatores sociais, econômicos e sanitários que determinam o processo saúde/doença, através de ações educativas, que assumam de forma coletiva, mudanças relacionadas às suas condições de vida*” (FORTALEZA, 1999). A partir do elo estabelecido entre a comunidade e o sistema local de saúde, o agente de saúde passa a impulsionar a reorganização da rede, a redução da morbimortalidade infantil e materna, além de contribuir para a promoção e proteção à saúde da população adscrita.

Cada agente de saúde acompanha, em média, 250 famílias. O PACS cobre, com 413 agentes, em torno de 4,5% da população assistindo em média a 103.250 pessoas.

O PSE é um programa que compõe o Modelo de Atenção Integral à Saúde (MAIS), que atende “*crianças e adolescentes até 14 anos de idade, por meio da vinculação dos alunos da rede pública ao atendimento nas unidades de saúde da Prefeitura*” (FORTALEZA, 2003). Este programa focaliza a prevenção de doenças e a promoção da saúde, através de ações preventivas de saúde bucal, vícios de postura, saúde ocular e questões relacionadas ao uso de drogas e à sexualidade. Está vinculado em 66,7% das unidades de saúde, atuando com 69 equipes.

## 5. Considerações Finais

Como mostra esse estudo, as mudanças ocorridas nas políticas públicas de saúde, nos últimos vinte anos, no País, especialmente em Fortaleza, apontam para uma nova organização institucional. Cada governo municipal contribuiu para a profunda transformação da estrutura organizacional e dos processos de trabalho da Prefeitura Municipal de Fortaleza. Pode-se tecer considerações sobre componentes como gestão, organização e o modelo de atenção, como consequência da conformação das políticas públicas de saúde.

Quanto à gestão, Fortaleza está municipalizada, obedecendo ao princípio do comando único, cuja forma de gestão é a Plena da Atenção Básica Ampliada. Ressalta-se que a reforma privilegia a criação de órgãos colegiados, em particular o Conselho Municipal de Saúde e a Ouvidoria Geral do Município como mecanismos de controle social.

No tocante à organização, os serviços de educação, saúde, assistência social, meio ambiente e serviços urbanos foram descentralizados para as SER, na perspectiva de se efetivar a intersetorialidade. As formas de relacionamento

entre as partes do sistema quanto ao fluxo de informações e quanto à estruturação da rede de serviços, apresentam-se hierarquizadas. Entretanto, nessa nova estruturação, há fluxo direto entre o Prefeito municipal e as secretarias regionais.

Com relação ao componente modelo de atenção, em toda evolução da organização do sistema básico de saúde houve reprodução do modelo de atenção médico-assistencial com ações pontuadas, focalizadas e excludentes. A relação entre a população e os serviços de saúde está pautada no atendimento à família, porém há outros segmentos da população que são assistidos de forma seccionada: o escolar assistido pelo PSE e a gestante e a criança de 0 a 1 ano assistidas pelo MAIS (modelo que privilegia atendimento básico, em nível ambulatorial, dentro de hospitais distritais), reforçando a idéia de que há prevalência de programas verticalizados e modelares, além de uma “desorientação” da atenção básica à saúde, quanto à integralidade das ações. A porta-de-entrada para o sistema está representada pelas unidades básicas de saúde.

Importa considerar ainda, que nas concepções das reformas, permeiam conceitos-chaves como descentralização, hierarquização, intersectorialidade, regionalização, equidade, e que mesmo se tratando de um estudo documental que limita a elaboração de análises mais concretas, pode-se considerar que, em relação a esses conceitos a equidade no sistema não foi efetivada, a partir do momento em que a acessibilidade ao serviço não é garantida.

Finalmente, não se entende porque Fortaleza, que sempre se posicionou na vanguarda, em relação à implantação do SUS, ainda não efetivou o que a lei determina. Sabe-se que a reorientação de um sistema deve contemplar intervenções que privilegiem a promoção da saúde e a prevenção de doenças ou de riscos na população. No entanto, observa-se que a gestão do modelo de atenção básica vigente na cidade busca formas alternativas de assistência, onde a combinação de estratégias tem vindo somente, em parte, garantir a prestação dos serviços.

**Key-words:** Reform,  
Public Policies, Health  
Policies

**ABSTRACT:** The purpose of this article is to describe the conformation of public health policies in Fortaleza, Ceará, from the pro-Sanitary Reform movement to the Administrative Reform, in order to know how the organization of basic health services evolved. All data were systematized according to the period's correspondent to municipal administrations from 1986 to 2004. Some information about the Administrative Reform was obtained from the *Diário Oficial do Município - DOM* (Official Gazette of Fortaleza) through consultation of laws and decrees. The results revealed processual changes in the administrative structure of Fortaleza and in conformation of health policies. There was also a transformation in the work

processes of the administration of Fortaleza County as well as adoption of some basic principles established by *Sistema Único de Saúde – SUS (National Health System)* such as decentralization, interaction of different sectors and hierarchical structure. Additionally the study points out distortions between what it is regulated on the laws, decrees and what it was established, that is, basic attention to health is organized on verticalized, excluding, modelar programmes, despite its legal support and organizational structure to consolidate an assistance model which promotes health and prevention of diseases and risks to the population.

## REFERÊNCIAS

ANUÁRIO DO CEARÁ, Fortaleza. 1997.

BARROSO, C.M.S. *Epidemiologia e planejamento em saúde: caso da reforma administrativa da Prefeitura Municipal de Fortaleza*. Fortaleza, 1998. p. 86. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública-UECE).

BARREIRA, I.A.F. *Desafios da gestão municipal democrática*. Fortaleza:1993/1996. Recife/São Paulo: Centro Josué de Castro/Polis, 1998.

BATISTA, F.L.R. A atenção à saúde no município de Fortaleza. In: COSTA, L.F.A.; LESSA, A. P. G. (org.) *O serviço social no sistema único de saúde*. Fortaleza: UECE, 2003. p. 55-63.

BRASIL. *Resolução nº 07 de 03 de maio de 1984, AIS*; orientação para a programação anual e avaliação conjunta, em anexo ao Boletim de Serviços do INAMPS. Brasília, v-116, 1984.

BRASIL, N.W.R. *Conselho Municipal de Saúde de Baturité: participação popular/control social*. Fortaleza, 1997. p. 157. Dissertação (mestrado em Saúde Pública) – setor de ciência de saúde, Universidade Estadual do Ceará - UECE.

BRUNO, A; FARIAS, A; ANDRADE D. *Os pecados capitais do Cambeba*. Fortaleza: Expressão Gráfica, 2002.

COHN, A. *Saúde no Brasil. Política e organização de serviços*. São Paulo: Cortez, 1996.

FORTALEZA, Ceará: PMF. 2033. <http://www.fortaleza.ce.gov.br/Programa MAIS>.

FORTALEZA. SMS Secretaria Municipal de Saúde. *Boletim de saúde de Fortaleza: Programa de Agentes Comunitários de Saúde*. Fortaleza: 1999, nº 4.

\_\_\_\_\_. SMDS. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. *Boletim de saúde de Fortaleza: Programa Saúde da Família*. Fortaleza: 2000, n° 4.

LAURELL, A.C. *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1997.

LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “Transição democrática” - Anos 80. Phisis – *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. V. 1, n. 1, p. 204-206, 1991.

MELO, C. *Ciro Gomes por excelência*. Sobral: Imprensa Oficial do Município, 2002.

MOTA, V.M. *Evolução organizacional da secretaria da saúde do município de Fortaleza*. Fortaleza, 1997.p. 113. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Universidade Federal do Ceará.

PMF & FUNDAP. *A reforma administrativa municipal – versão educativa*. Fortaleza: PMF, 1997.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA/SMDS/CS. *Plano Municipal de Saúde – 2001 – 2004*. Fortaleza, 2001.

SOUZA, S. *et al. Fortaleza: a gestão da cidade: uma história político administrativa*. Fortaleza: Fundação Cultural de Fortaleza 1995.

VIANA, A.L.D. As práticas de saúde na década de 80 e 90: o (longo) período de reformas. In: VIANA, A.L.D. e DALPOZ, M. *Estudos sobre o processo de reforma em saúde no Brasil*, convênio IMS/UERJ – Cide/IPADES/BID.Chile, Informe Final, 1998. p. 1-16.