

## **DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DO SETOR SAÚDE NO MUNICÍPIO DE GOIANA, PERNAMBUCO**

**Anselmo César Vasconcelos Bezerra<sup>1</sup>, Tereza Maciel Lyra<sup>2</sup> &  
Maria do Socorro Veloso de Albuquerque<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Instituto Federal de Pernambuco, Campus Recife, Av. Prof. Luiz Freire, 500, Cidade  
Universitária, 50740-560, Recife-PE  
anselmo@recife.ifpe.edu.br

<sup>2</sup>Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, FIOCRUZ  
terezalyra@cpqam.fiocruz.br

<sup>3</sup>Universidade Federal de Pernambuco  
soveloso@oi.com.br

Recebido 12 de maio de 2015, aceito 15 de julho de 2015

**RESUMO** - Este artigo objetiva apresentar um diagnóstico sobre a rede de atenção à saúde no município de Goiana no Estado de Pernambuco. A principal razão da escolha desta área é o rápido processo de transformações socioespaciais decorrentes de vários empreendimentos industriais que estão se instalando no seu território. A abordagem de investigação foi quantitativa e qualitativa, utilizando-se de técnicas de participação social nos debates da problemática e construção dos resultados. Verificamos que o setor saúde no município possui uma estrutura bastante deficitária. Este é um fato preocupante, pois existe uma tendência de aumento populacional no curto prazo. Também foram sugeridas propostas de aperfeiçoamento e criação de políticas públicas locais. Concluímos que o processo de diagnóstico pautado na participação é um valioso instrumento para o planejamento e a gestão local do setor saúde, porque propicia o emponderamento da população local sobre os seus problemas e as estratégias para o enfrentamento dos mesmos.

**Palavras-chave:** análise participativa, participação social, Goiana, políticas de saúde.

**ABSTRACT** - This article presents a diagnosis of the health care network in Goiana in the state of Pernambuco. The main reason for choosing this area is the rapid process of socio-spatial transformations resulting from various industrial enterprises that are setting up in its territory. The research approach was qualitative and quantitative, using techniques of social participation in the debates of issues and construction of results. We found that the health sector in the city has a quite deficient structure. This is a worrying fact since there is a trend of population growth in the short term. Also improvement proposals and creation of local public policies have been suggested. We conclude that the diagnostic process based on participation is a valuable tool for planning and local management of the health sector, because it provides the empowerment of local people about their problems and the strategies to face them.

**Keywords:** participatory analysis, social participation, Goiana, health Policies.

## INTRODUÇÃO

Este trabalho apresenta resultados referentes a um recorte de uma pesquisa mais ampla realizada entre os anos de 2011 e 2013, cujo título foi “Análise participativa da realidade socioambiental do município de Goiana, Pernambuco<sup>1</sup>”. A pesquisa primou por combinar e/ou confrontar o levantamento e análise técnica da realidade local com a visão da sociedade. Neste sentido, buscou promover a interação das diferentes percepções dos atores sociais sobre os principais problemas e potencialidades do município, estabelecendo um processo de negociação das duas visões. A análise participativa se configurou como um processo sociopedagógico cujo objetivo principal foi fortalecer a capacidade dos atores sociais locais na identificação e apreensão da realidade, de forma analítica e crítica, ressaltando que toda e qualquer mudança proposta passará, necessariamente, por um processo de reflexão coletiva.

Para este artigo selecionamos dentre os principais resultados, aqueles do setor da saúde, focando especialmente na composição da rede de atenção e serviços públicos ofertados no município. O objetivo foi evidenciar a situação do setor no município, polo de uma região que vem crescendo economicamente, impulsionada por um processo de industrialização ancorado na indústria automobilística e farmacológica, além da expansão imobiliária e de outros setores da economia.

O município de Goiana, localizado na Zona da Mata Norte de Pernambuco, historicamente tem sua economia fundada no predomínio da monocultura da cana-de-açúcar, com graves problemas daí decorrentes. O território possui 501 Km<sup>2</sup> de extensão, sendo habitado por uma população total de 75.644 habitantes (IBGE, 2010), o que confere uma densidade demográfica de aproximadamente 150 habitantes/Km<sup>2</sup>. Possui 76,7% de seus habitantes residindo em áreas urbanas e 23,3% em áreas rurais (IBGE, 2010). Atualmente, o município compõe uma região de desenvolvimento do Estado com muitos empreendimentos estruturadores (Pernambuco, 2010).

Nesse contexto, é importante destacar que no Brasil alguns “polos de desenvolvimento” vêm apresentando problemas de ordem socioambiental por terem centrado suas ações na dimensão econômica. Segundo Carvalho, Silva e Totti (2005) e Araújo (2005) a experiência do “polo de desenvolvimento” econômico de Macaé no Rio de Janeiro, que embora seja a segunda maior cidade arrecadadora de *royalties* do petróleo no país, tem apresentado um perfil de acentuação das desigualdades sociais, com especulação imobiliária e favelização, com mais de 50% dos domicílios sem coleta de esgoto. Macaé apresenta um uso predatório do litoral, os serviços públicos tornaram-se insuficientes e há um acentuado crescimento do tráfico de drogas e violência.

Em Pernambuco, o “polo de desenvolvimento” de Suape tem apresentado

algumas evidências de um processo de crescimento econômico com impactos negativos, tais como: crescimento desordenado, habitações de baixo padrão construtivo e presença de bolsões de pobreza, escassez de moradias e inflação imobiliária. Estudo realizado por Gurgel *et al.* (2009), aponta uma insuficiência de infraestrutura de abastecimento de água, esgotamento sanitário e recolhimento do lixo e um processo de proliferação de doenças como a esquistossomose, dengue, leishmaniose e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

Nesse sentido, este trabalho também tem o intuito de apresentar a problemática do setor saúde do município de Goiana no momento atual, para que a sociedade civil e o poder público tenha em mãos um diagnóstico situacional propositivo, para que possa utilizá-lo como referência no planejamento e gestão de ações. Entendemos que não é salutar, muito menos necessário para a região, chegar ao patamar de problemas, conforme os exemplos de Macaé e Suape. Logo, apropriar-se dos problemas para desenvolver estratégias de superação pode ser um caminho que diferencie Goiana dos exemplos negativos sucintamente apresentados.

Desta forma, entende-se que a consolidação do SUS somente será alcançada a partir da assunção plena, por parte dos municípios, das ações de saúde individuais e coletivas, devidamente articuladas com os níveis regionais, estaduais e federal. Neste contexto, ganha relevância esta pesquisa, pois atua na promoção de um processo de discussão coletiva em Goiana sobre a situação de sua Política de Saúde, no sentido de fortalecimento do sistema local de saúde, das ações em âmbito regional e do papel do setor saúde na promoção de ações intersetoriais e de articulação de políticas.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para a realização deste trabalho optou-se por um processo metodológico que agregou técnicas formais de pesquisa (levantamentos de dados em sistemas de informações, pesquisa documental, registros de campo) com técnicas de planejamento participativo de discussão coletiva de problemas e propostas.

Em relação aos dados secundários utilizaram-se dados do censo do IBGE (2010) e dos Sistemas de Informação em Saúde (Sistema de Informação de Mortalidade e Sistema de Informação dos Nascidos Vivos), além de dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Pela abordagem qualitativa, a participação deve ser considerada muito mais do que estar presente, significa tomar parte no processo, emitir opinião, acordar e discordar (Cordioli, 2001). Nesta pesquisa a participação é entendida como um processo emancipatório e de empoderamento.

No início do processo, a mobilização e articulação de atores sociais concentrou-se em atividades que buscavam comprometer a sociedade política e civil no processo de Análise Participativa da Realidade/APR, sendo, portanto uma fase preparatória da pesquisa que contemplou as seguintes atividades:

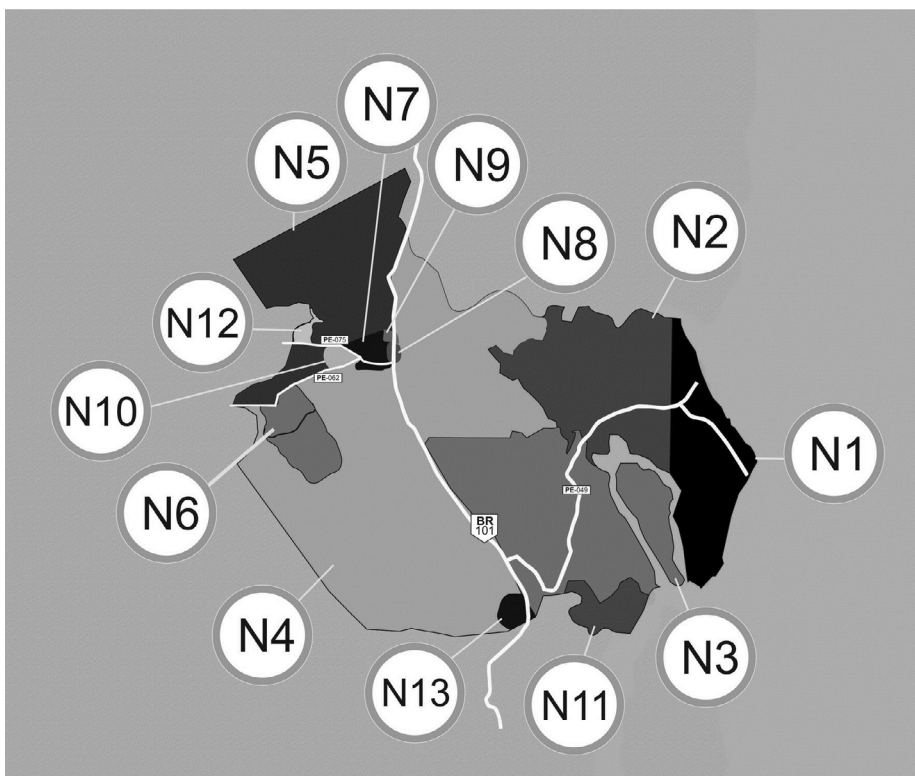
i) Formação da equipe técnica local (constituída por representantes do poder público local) que, juntamente com a equipe executora, seria responsável pela condução e articulação do processo.

ii) Nucleação do município (Figura 1): constituiu-se em um processo de divisão do município em treze núcleos territoriais, caracterizados por áreas homogêneas, agregando-se comunidades pelo critério de proximidade geográfica, identidade cultural e situação socioeconômica. A divisão em núcleos favoreceu uma análise desagregada da situação socioambiental do município, ampliou a participação dos atores sociais e permitiu a identificação das diferenças

e semelhanças intramunicipais.

O processo de mobilização das comunidades por núcleo territorial culminou com a apresentação e discussão do projeto de pesquisa e com a indicação dos atores locais de participariam da capacitação para realização do autodiagnóstico.

Após essa fase de preparação realizou-se a etapa de execução, dividida em quatro atividades: autodiagnóstico dos núcleos territoriais; reuniões técnicas para levantamento e/ou discussão de dados nas instituições locais; seminário de apresentação e discussão dos resultados preliminares da pesquisa; oficina temática sobre Saúde.



**Figura 1:** Nucleação do município de Goiana-PE em treze territórios, fonte IBGE.

i) O autodiagnóstico foi um recurso pedagógico que possibilitou a comunidade fazer seu próprio diagnóstico, evidenciar seu conhecimento, refletir sobre a realidade que vivencia em sua localidade, bairro, região e/ou município, por meio de oficinas de trabalho, que podem ser mediadas por facilitadores externos ou por membros da própria comunidade. Em Goiana o processo foi conduzido pelos pesquisadores com o apoio de representantes locais de cada núcleo territorial. Para tanto, a pesquisa promoveu uma oficina de capacitação desses representantes para discussão e definição do roteiro guia do autodiagnóstico a ser realizado em cada núcleo.

ii) As reuniões técnicas aconteceram com representantes da secretaria de saúde, especialmente dos setores da atenção básica e vigilância à saúde.

iii) O Seminário de discussão dos resultados preliminares ocorreu após dez meses de trabalho de campo e teve como principais objetivos: apresentar e discutir os resultados preliminares da pesquisa por recorte territorial e mobilizar a sociedade civil e política para a realização da oficina temática.

iv) A oficina temática de saúde (Figura 2) contou com a participação da sociedade civil, servidores da prefeitura (agentes de saúde e técnicos de saúde), além dos pesquisadores, que foram facilitadores do processo de condução da oficina, cujo objetivo foi sintetizar os problemas e elencar as propostas de enfrentamento.

Após a realização de todas as etapas, coube a equipe de pesquisadores sistematizar os dados e informações para divulgá-los à comunidade local e aos atores responsáveis pelas políticas públicas no município.



*Figura 2: Oficina temática de saúde realizada no município de Goiana-PE*

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) a saúde é definida como dever do Estado e direito do cidadão. Nela, foi instituído o Sistema Único de Saúde que tem entre os seus princípios – a descentralização das ações de saúde e seu caráter participativo. Esses pilares são conquistas valiosas da Saúde pública no Brasil, sobretudo porque formalizam o reconhecimento de que é o município o principal responsável pela saúde da população.

Em Goiana a rede assistencial é composta pela Rede Básica de Saúde e pela Rede de Atenção Especializada. No âmbito da atenção básica, encontram-se 24 Unidades Básicas de Saúde/UBS – das quais 17 estão organizadas sob a



lógica da Estratégia de Saúde da Família e 07 configuram-se como Unidades Tradicionais da Atenção Básica. De acordo com os participantes da oficina temática de saúde, mesmo o município tendo a maioria de suas unidades básicas enquadradas como Unidades de Saúde da Família/USF, muitas equipes de Saúde ainda atuam exatamente nos moldes do modelo que se pretende superar – medicalizante – centrado na compreensão do processo saúde/doença apenas no “corpo” das pessoas. Assim, um dos principais problemas destacados na oficina foi o atual modelo de atenção básica colocado em prática no município, por esse não atender efetivamente as necessidades da saúde da população, ter poucas ações de promoção, prevenção e incipientes ações intersetoriais.

A esse respeito vale salientar que para o Ministério da Saúde a Atenção Básica à Saúde deve ser um “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (Brasil, 2006). Assim, ela deve trabalhar com um modelo de atenção que parta do conhecimento do território, das condições e a qualidade de vida das pessoas como reflexo das políticas públicas de saneamento, educação, moradia, alimentação, trabalho, transporte e saúde, entre outras e do conhecimento das necessidades, problemas e demandas da população que habita esse território (riscos e danos, percebidos ou não pelas pessoas). Em termos propositivos é a Estratégia de Saúde da Família que tem avançado na direção desse modelo de atenção.

Por outro lado, em termos de modelo e do peso do PSF na atenção Básica concorda-se com Machado, Lima e Vianna (2008) que existem três categorias de municípios: (1) modelo paralelo – diferentes modalidades de Atenção Básica convivem e não se observa um movimento radical de substituição das demais modalidades pelo PSF; (2) modelo substitutivo – municípios em que há um grande peso do PSF, com um movimento importante de substituição de outras

modalidades de Atenção Básica; (3) modelo tradicional – predominância de modalidades tradicionais de Atenção Básica e limitado peso do PSF.

Do que se pôde observar na presente pesquisa o município de Goiana aproxima-se da tipologia que classifica o modelo como *Paralelo*. Durante a oficina foi consenso entre os participantes que a estratégia de Saúde da Família não se consolidou no município, tem apresentado, dentre outras questões, um processo de trabalho centrado na doença; uma insuficiente cobertura populacional (68,41%) e deficiências de infraestrutura, insumos e equipamentos. Além da insuficiente cobertura populacional, de forma geral, as unidades básicas e especializadas não tem uma distribuição equânime no município.

Dentre as principais causas encontradas pelos participantes destacam-se:

i) Problemas de sustentabilidade política e financeira: “a política de atenção básica no município ainda não é prioridade efetiva de governo, os incentivos financeiros do Ministério da Saúde são insuficientes, cobrem apenas 22% dos recursos gastos por equipe; o incentivo disponibilizado pelo governo do Estado de Pernambuco abrange apenas 2% dos recursos pagos para cada equipe” (*participante da oficina temática de saúde*).

ii) Problemas de gestão e capacitação profissional: número insuficiente de profissionais que leva a centralidade da consulta em detrimento de outras ações; incipientes práticas de planejamento e de trabalho em equipe; desconhecimento pelos profissionais de saúde de outros equipamentos e/ou políticas públicas existentes no território municipal que poderiam potencializar o enfrentamento dos problemas que demandam ações intersetoriais; dificuldade de mudança de atitude dos profissionais de saúde pela formação ser ainda centrada no tratamento. Somando-se a isto, destaca-se a problemática que envolve os recursos humanos no SUS, sobretudo o profissional médico. Pela força das “leis de mercado”

e a ausência de uma carreira SUS em âmbito nacional, os municípios com baixa arrecadação de recursos tem tido dificuldade de contratar e manter esse profissional. Segundo alguns participantes essa situação tem determinado, por vezes, a contratação de muitos profissionais sem perfil adequado e compromisso com o PSF e a existência de Unidades de Saúde da família/USF sem o profissional médico.

É importante salientar que no SUS a atenção básica deve está articulada a outros níveis de atenção. Na perspectiva de garantir ao usuário a continuidade do cuidado, através da articulação entre serviços, esta deve se inserir no sistema de saúde guiada pela integralidade da atenção. Do ponto de vista da continuidade do cuidado em outros níveis de atenção, foi consenso no grupo temático da saúde o difícil acesso à atenção especializada.

A rede especializada em saúde de Goiana é composta por: 03 Unidades de Saúde Mista, 01 Hospital Estadual, 01 Unidade de Atendimento Especializado, um 01 Centro de Apoio Psicossocial/CAPS, 01 Centro Especializado de Odontologia/CEO, e conta com um sistema de regulação municipal (em vias de implantação). Entretanto, para maioria dos participantes da oficina há uma baixa cobertura de serviços especializados, com fluxo de pacientes para serem atendidos no Recife (na rede estadual), sem uma efetiva regulação assistencial que promova a garantia do acesso. Além disso, destacou-se o fato de Goiana atender a população de outros municípios, inclusive do estado da Paraíba, sem a implantação de mecanismos de compensação financeira e regulação regional e interestadual.

Dentre as causas do difícil acesso à rede especializada ressaltou-se: a implantação do ambulatório regional de especialidades, sem contemplar todas as especialidades, pela dificuldade de contratação de profissionais em algumas delas; não implantação efetiva da Programação Pactuada e Integrada (PPI);

inexistência de um sistema de regulação regional; a gestão do Hospital Regional não é compartilhada com o município e a reforma do referido hospital foi realizada sem a implantação de leitos de UTI. E por fim, foi bastante discutida a inexistência de um Plano Diretor de Investimentos (PDI) para XII GERES, sobretudo pela projeção de crescimento populacional em Goiana e na região.

Segundo dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde através do Datasus, o município apresentou em 2010 indicadores de saúde que guardam relação tanto com a incipiente estruturação da atenção básica, quanto com o difícil acesso à atenção especializada: 25% dos nascidos vivos foram filhos de mães adolescentes; dos nascidos vivos 11,8% foram de mães que não realizaram nenhuma consulta pré-natal ou realizaram entre 1 a 3 consultas; e embora tenha seguido a tendência nacional de queda da Mortalidade infantil, apresentou uma taxa de mortalidade no componente Neonatal que não se pode desconsiderar, inclusive com uma tendência cíclica de crescimento e queda.

Ainda de acordo com o Datasus, nos anos de 2007 e 2009 o município demonstra um indicador bastante elevado de mortalidade materna (161,3 e 81,3 por 100 mil nascidos vivos respectivamente). A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos, e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento (Brasil, 2007).

Por outro lado, a oscilação na razão de morte materna em Goiana –161,3 (2007), 0,0 (2008); 81,3 (2009), 0,0 (2010) – indica, sem sombra de dúvida, a existência de outro problema de grande magnitude para a gestão em saúde: inconsistência dos dados de seus sistemas de informações e fragilidade no processo de vigilância, evidenciando assim uma possível subnotificação de óbitos maternos.

Este problema foi intensamente discutido durante a oficina temática de saúde enquanto frágil capacidade de análise da situação da saúde, com baixa qualidade no registro e armazenamento dos dados e incipiente prática de produção e análise. Sua existência reduz as possibilidades de um processo de planejamento ancorado no perfil epidemiológico e nas necessidades de ações e serviços de saúde. Para os participantes da oficina a existência do problema é determinada pela falta de prioridade de governo na gestão da informação, situação ratificada pela insuficiência de profissionais disponíveis para registro e análise das informações em saúde.

Outro problema ressaltado pelos atores sociais foi a frágil Política de Assistência Farmacêutica, aspecto que afeta a resolubilidade do sistema municipal de saúde em Goiana. Dentre as causas apontadas estão: a carência de pessoal qualificado para a gestão e execução da política de assistência farmacêutica e uma infraestrutura insuficiente para operacionalização das ações.

Em termos de atendimento a grupos específicos, os participantes priorizaram para discussão problemas que dizem respeito a três grupos populacionais: a população idosa (> ou igual a 60 anos) – pela ausência de uma política voltada para esse grupo; a população trabalhadora – pela ausência de uma Política Municipal de Saúde do Trabalhador; os portadores de transtorno psíquico e/ou usuários de álcool e outras drogas – pela incipiente estruturação da Política Municipal de Saúde Mental.

A priorização desses grupos justifica-se claramente por vários aspectos. Primeiro pelo crescimento no município da população idosa, situação que demanda ações de promoção da qualidade de vida, prevenção e tratamento para as doenças crônicas. Segundo há um expressivo crescimento da população trabalhadora, decorrente da ampliação e da modificação da matriz econômica, que possivelmente trará consigo também o aumento dos riscos e danos à saúde

oriundos das relações de trabalho. E por último, observa-se que Goiana vivencia, como a maioria dos municípios brasileiros, a emergência de novos riscos como a violência urbana (por vezes, relacionada ao tráfico de drogas e expressa em altas taxas de homicídios, sobretudo de jovens); e os transtornos mentais.

Na Saúde Mental os atores sociais locais enfatizaram que a política implantada não está estruturada para atender de forma integral os usuários com transtornos psíquicos e que o município não disponibiliza oferta de tratamento para usuários de álcool e outras drogas (ausência de um CAPS-AD). Por sua vez, a atenção básica não está preparada para identificar, tratar e/ou encaminhar ao CAPS, usuários em sofrimento psíquico. Por sua vez, a gestão municipal não implantou um sistema de referência e contra referência entre o CAPS e as USF. E por fim, os participantes chamaram a atenção para o fato da política de saúde mental implantada não incorporar ações de inclusão/reinserção social. Dentre as causas consideradas determinantes desse cenário aparecem: o fato da Política de Saúde Mental não ter se configurado como prioridade de governo; o difícil diálogo entre o setor saúde e os outros setores, determinando assim, a não implantação de ações intersetoriais para reinserção social.

Diante do cenário de problemas apresentados, outro objetivo do processo participativo do diagnóstico foi à construção de propostas para enfrentar os problemas identificados e sugerir aos distintos atores melhorias nas políticas públicas de saúde no município. A seguir destacou-se o principal conjunto de propostas apresentados pelos participantes e sistematizado pelos pesquisadores.

Na esfera da Atenção básica em Saúde foram construídas as seguintes propostas: ampliação da cobertura das Equipes de Saúde da Família/ESF com implantação de novas Unidades e reestruturação das existentes.

Para garantir tanto a ampliação quanto a reestruturação do PSF, os atores

sociais do município ressaltaram a importância de pactuação nas comissões intergestores – regional, estadual e nacional (CIR, CIB e CIT) –, da ampliação dos recursos do Ministério da Saúde/MS e do governo do estado de Pernambuco para atenção básica, a execução efetiva da ampliação das unidades contempladas com incentivos do MS (Gambá, Carrapicho, Nova Goiana, Bom Tempo) e o envio de projetos ao Ministério da Saúde para captar recursos destinados à construção de Novas Unidades.

Dentre outras propostas de fortalecimento da atenção básica têm-se ações na esfera do processo de trabalho em saúde: a implementação de educação permanente para todos os profissionais de saúde e de ações de planejamento participativo com todas as equipes e com os usuários; no âmbito da melhoria de adesão da população ao tratamento os participantes deram ênfase à estruturação da Política de Assistência Farmacêutica do município, com aquisição de equipamentos e contratação de pessoal qualificado em assistência farmacêutica, além da necessidade de negociação com o governo do Estado para implantação efetiva da Farmácia de Pernambuco, política pública estadual.

Considerando que a resolubilidade do PSF também está associada ao acesso à atenção especializada na perspectiva da continuidade do cuidado em outros níveis de atenção, foram priorizadas as seguintes propostas: implantação efetiva, pelo governo do estado, da Programação Pactuada e Integrada/PPI; revisão dos valores da tabela SUS por parte do MS; ampliação do acesso aos serviços especializados com a realização de contratação da rede privada localizada no município; realização de um estudo de projeção da necessidade de ampliação da rede especializada existente no município, considerando a capacidade instalada *versus* a perspectiva de crescimento da população; consolidação do sistema de regulação assistencial do município; negociação com a Secretaria Estadual de Saúde a gestão compartilhada com o município do hospital Belmiro Correia;

implantação de leitos de UTI no hospital Belmiro Correia; implantação de um Sistema de Regulação Assistencial Regional e o interestadual com o estado da Paraíba; elaboração e implantação de um Plano Diretor de Investimento/PDI para a XII Gerência Regional de Saúde.

Para avançar no Controle Social foi priorizada a criação de Conselhos Gestores nas unidades de Saúde. No âmbito da Gestão da Informação em Saúde enfatizou-se: a realização de cursos de aperfeiçoamento em gestão da informação; implantação de um processo de trabalho, com a rede de serviços e/ou setores da SMS, para melhoria do registro e a retroalimentação das informações com o objetivo de qualificar a produção da informação; criação de grupo de trabalho na SMS para análise da situação da saúde do município com reuniões periódicas.

Dentre as principais propostas de atenção a grupos específicos destacam-se: a reestruturação da rede de atenção da saúde mental por meio da ampliação das ações do CAPS, da implantação de um CAPS AD, da implantação de sistema de referência e contra referência entre os CAPS e as Unidades de Saúde da Família/USF, da capacitação dos profissionais para atenção à saúde mental na rede básica e na especializada, da implantação do apoio matricial aos USF através do CAPS e NASF e da negociação com as empresas de uma carta de intenção de ações de inclusão social dos portadores de transtornos psíquicos e/ou usuários de álcool e outras drogas; a implantação da Política de Saúde do Trabalhador e a implantação da Política de Saúde do Idoso.

Quanto ao idoso é essencial observar o que diz a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa/PNSPI (2006) – a atenção à saúde da pessoa idosa tem como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família e como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidades – o que no caso de Goiana vem reforçar as propostas colocadas anteriormente, de ampliação da rede de



saúde e, sobretudo, de redimensionamento de suas condições de assistência para a garantia desse direito por parte da população idosa. Mas, concorda-se com Ferigato *et al.* (2012, p. 89) que as políticas públicas direcionadas para a saúde do idoso devem “ser dispositivos para fortalecer o sujeito em seus eventuais processos de adoecimento, mas também na reapropriação de seu cotidiano, na ampliação de sua autonomia, de suas relações intra e interpessoais no sentido da produção de vida, numa relação de cogestão do cuidado”.

Neste sentido, é importante não se perder de vista que para transcender o foco da atenção na doença e promover a saúde do idoso são fundamentais políticas intersetoriais que articulem o setor da saúde a outros setores como Educação, Assistência Social, Cultura, Seguridade Social, Segurança, entre outros.

Um grupo populacional que não teve propostas formuladas durante a oficina temática da saúde foi a mulher, embora se tenha, neste diagnóstico, indicativos claros de problemas na atenção a esse grupo específico tais como: gravidez na adolescência, baixa cobertura pré-natal, uma taxa elevada de mortalidade materna. Além do fato de Goiana fazer parte do estado de Pernambuco, que em 2010 apresentou uma das maiores taxas de homicídios femininos, segundo informações contidas no Mapa da Violência contra as Mulheres de 2012. Neste sentido, entende-se que o município deva investir na consolidação da Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher com ações voltadas para ampliar e qualificar tanto o pré-natal, parto, puerpério, quanto os direitos reprodutivos e sexuais, e as ações de atenção às mulheres vítimas de violência.

Por fim, os profissionais de saúde, presentes à oficina, destacaram como a proposta de formação de um Comitê Municipal Intersetorial, composto pelas várias secretarias para eleger problemas prioritários e ações compartilhadas entre as várias secretarias municipais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos desta pesquisa foram mais amplos do que apenas realizar um diagnóstico situacional da rede de atenção à saúde no município de Goiana. Através deste trabalho, a sociedade civil, o governo e os pesquisadores estabeleceram uma rede de colaboração com o intuito de problematizar as questões do setor saúde no município, mas, além disso, elencar um conjunto de ideias e propostas que possam ser incorporadas pelas políticas públicas locais visando melhorar a qualidade de vida da população.

A pesquisa ancorada na participação social destaca o comprometimento com a melhoria das políticas de saúde do município, a partir do emponderamento dos diferentes atores participantes do processo, especialmente gestores e sociedade civil. O diagnóstico apresentado é um subsídio inicial para se pensar onde, como e porque se investir energia e trabalho no setor saúde do município.

Destaca-se ainda, que o rápido movimento de transformação socioespacial de Goiana demanda respostas rápidas no campo da saúde pública. Como citado, ao longo do texto, uma gama de investimentos econômicos chegaram ao território, mas esse território nunca esteve preparado para receber tamanhos investimentos, que trouxeram consigo um fluxo populacional ainda não mensurável.

Cabe aos atores locais lutarem na arena política pelo estabelecimento de ações que visem à melhoria das condições de vida dos habitantes de Goiana. Bem como, é de responsabilidade dos governos planejar e gerir ações no intuito de garantir a promoção à saúde para essa população.

## AGRADECIMENTOS

A pesquisa “Análise participativa da realidade socioambiental no município de Goiana, Pernambuco” foi realizada numa parceria entre a Empresa Brasileira de Hemoderivados (HEMOBRAS) e a Fundação Oswaldo Cruz – Pernambuco.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- ARAÚJO, F. P. (2005). Migrantes Ricos e Migrantes Pobres: a herança da economia do Petróleo em Macaé/RJ. In: Encontro Nacional sobre Migrações, 4., Rio de Janeiro. Anais ... Rio de Janeiro: ABEP.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2001). Programa Saúde da Família – PSF. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2005). O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2006). Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2007). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna. 3. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde.
- CARVALHO, A. M.; SILVA, E. T.; TOTTI, M. E. (2005). Industrialización, urbanización y aumento de la violencia: un estudio de caso: Macaé RJ. In: Inseguridad, Riesgo y Vulnerabilidad: Congreso Internacional: Balance y Perspectivas del Análisis Territorial, 3., 2005, Anais... México: Red Nacional de Investigación Urbana, p. 15-38.
- CENSO DEMOGRÁFICO 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. 1 CD-ROM. In: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas\\_da\\_populacao/resultados\\_do\\_universo.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf)
- CORDIOLI, S. (2001). Enfoque participativo no trabalho com grupos. In BROSER, M. (org.) Metodologia Participativa: Uma introdução a 29 instrumentos. Tomo Editorial,

Porto Alegre: p. 25-40.

FERIGATO, S. H. *et al.* (2012). O processo de envelhecimento e a problematização das práticas de saúde no Brasil. *Revista Saúde em Debate CEBES*, v. 36, n. 92, p. 86-96.

GURGEL, A. M. *et al.* (2009). Framework dos cenários de risco no contexto da implantação de uma refinaria de petróleo em Pernambuco. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 6, p. 2027-2038.

JACOBO WAISELFISZ, J. (2012). Mapa da Violência 2012. Caderno complementar 1: Homicídio de Mulheres no Brasil. Rio de Janeiro.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. de; VIANA, L. S. (2008). Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 1, p. 42-57.

PERNAMBUCO. Secretaria de Planejamento e Gestão. Agência Estadual de Pesquisas e Planejamento de Pernambuco – Condepe/Fidem. Norte Metropolitano e Goiana: oportunidades e desafios para o desenvolvimento regional sustentável. Recife, 2010.