

Processo de terceirização na Secretaria Municipal de Saúde de Almirante Tamandaré, Paraná, Brasil

Outsourcing from the Municipal Health Secretariat in Almirante Tamandaré, Paraná State, Brazil

Christian Mendez Alcantara ¹

¹ Escola Técnica, Universidade Federal do Paraná. Rua Dr. Alcides Vieira Arco Verde 1225, Curitiba, PR 81520-260, Brasil. cmalcantara@uol.com.br

O presente trabalho procura contribuir para a compreensão do processo decisório da terceirização em organizações públicas de saúde, uma vez que esta questão tem sido estudada e explorada no que se refere às empresas privadas, mas poucas são as análises que abordam o tema no setor público, em especial, no setor de prestação de serviço de saúde pública.

Segundo a literatura consultada, a terceirização pode ser um meio para que as organizações de saúde públicas e privadas adquiram maior eficácia, eficiência, agilidade e flexibilidade. Estes fatores contribuiriam para utilização mais adequada dos recursos geralmente escassos no setor.

Para Jeger (1996), a terceirização de um serviço público pode ser considerada a modalidade de parceria em que determinadas atividades de um ente público são transferidas a fornecedores particulares, conservando-se, entretanto, o controle estatal sobre quantidade, qualidade e preço dos bens e serviços fornecidos. *Este conceito de terceirização de Jeger é o que está mais próximo da perspectiva de nosso trabalho.*

Neste estudo, a pergunta que norteou a pesquisa foi a seguinte: Como se efetuou o processo de terceirização na Secretaria Municipal de Saúde de Almirante Tamandaré?

A população da pesquisa compreendeu os dirigentes da organização que participaram do processo de terceirização.

A amostragem deu-se da seguinte forma: amostra intencional dos dirigentes participantes do processo de terceirização da Secretaria de Saúde de Almirante Tamandaré.

A coleta e o tratamento de dados foram os seguintes:

a) Dados primários: obtidos por intermédio de entrevistas semi-estruturadas, as quais foram aplicadas aos dirigentes participantes do processo da terceirização.

b) Dados secundários: foram utilizados dados previamente disponíveis em documentos organizacionais, realizando-se análise documental. Estes dados nortearam a realização das entrevistas.

Em virtude de apenas um caso ter sido estudado, não podemos recomendar que o método utilizado te-

nha seu emprego generalizado para outras Secretarias Municipais de Saúde.

O processo de terceirização na Secretaria de Saúde de Almirante Tamandaré era relativamente recente, tendo-se iniciado na primeira metade de 1997. Em decorrência disso, o período aproximado do estudo foi de um ano e meio – início de 1997 a meados de 1998. Recomendamos, para futuras pesquisas na área, que o acompanhamento seja feito por maior espaço de tempo.

No que tange à análise documental, não foi possível obter o contrato de terceirização, tornando-se manifesto um certo temor dos entrevistados em cedê-los. Houve também dificuldades quanto ao acesso à planilha de custos, aos relatórios, em suma, aos dados indispensáveis. Deste modo observamos que, no caso desta Secretaria de município de pequeno porte, existe pouca documentação disponível para esclarecimento a respeito de custos e avaliação de desempenho, entre outros.

Durante a maior parte do trabalho optamos por utilizar a denominação “processo de terceirização” e não apenas “terceirização”, uma vez que a decisão de terceirizar, nessa Secretaria de Saúde, ocorreu na forma de processo, sujeito a interrupções e mudanças em diversos momentos.

Na Secretaria analisada foram relatados impedimentos propiciados pelo ordenamento jurídico ao qual deve se submeter. Entre as dificuldades citadas estavam a rigidez nos Planos de Carreira, a necessidade de concurso público e a demora de seu trâmite, bem como a estabilidade, que protege servidores inadequados.

Assim, exatamente a demora e as dificuldades oriundas das exigências do ordenamento jurídico consistiu em um dos principais motivos para a terceirização na Secretaria analisada, uma vez que um funcionário terceirizado, que não esteja atuando de modo adequado, pode ser substituído imediatamente, da mesma forma que um prestador de serviço que não atue a contento pode ser dispensado após o término do contrato, ou mesmo antes, mediante o rompimento deste.

No que se refere aos custos, a Secretaria de Almirante Tamandaré declara-se satisfeita; entretanto, não nos foi possível determinar se a terceirização efetivamente propiciou redução neste item. Não há levantamento confiável e documentado acerca disto, observando-se dificuldades na mensuração de custos e de desempenho do prestador de serviços na Secretaria pesquisada.

Conquanto fatores não muito comuns na administração pública tenham sido introduzidos propriamente por esse processo – tais como, negociação relativa a preço e ao número de médicos – nosso estudo não pôde concluir que a terceirização tenha propiciado menores custos para a Secretaria.

O principal problema observado na Secretaria de Saúde de Almirante Tamandaré foi a alta rotatividade

dos profissionais. No tocante a isso, a Secretaria de Almirante Tamandaré manifesta-se satisfeita com o prestador de serviço.

Como em outras atividades é recomendável que o período do contrato seja de curta duração, uma espécie de contrato de experiência, ao menos durante a implantação do processo. Destacamos que a terceirização, por si só, não garante maior eficácia e eficiência, o que depende da escolha do parceiro adequado e do estabelecimento de um contrato com cláusulas claras e objetivas, entre diversos fatores.

JEGER, E., 1996. Parceiras público-privado. *Revista de Administração Pública*, 120:165-180.

Dinâmica da ocupação do espaço na Cidade de São Luís e a leishmaniose visceral

The dynamics of territorial occupation and visceral leishmaniasis in the city of São Luís, Maranhão State, Brazil

Wellington da Silva Mendes ¹
José de Ribamar Trovão ¹
Antônio Augusto Moura da Silva ¹

¹ Núcleo de Patologia Tropical e Medicina Social, Departamento de Patologia, Universidade Federal do Maranhão. Praça Madre Deus 2, São Luís, MA 65025-560, Brasil.
w.mendes@elo.com.br

A Leishmaniose Visceral Humana (LVH) tornou-se importante nosologia em São Luís a partir do ano de 1982, quando teve início uma epidemia que viria a totalizar 1089 casos ao longo de 15 anos (Costa et al., 1995; Silva et al., 1997). Neste mesmo período, a capital maranhense recebia um grande fluxo migratório tanto externo (advindo de outros Estados do Nordeste) quanto interno, decorrente do êxodo do homem do campo para a capital em busca de melhores condições de vida.

O fenômeno migratório direcionado à capital do Estado, que ganhou importância na década de 1960 e 1970 (IBGE, 1971), atingiu seu ponto mais alto na década de 1980, momento em que a Cidade de São Luís apresentou, segundo o censo do IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), um dos maiores índices de crescimento populacional urbano do Brasil (IBGE, 1981).

Os primeiros casos de leishmaniose visceral humana em São Luís foram notificados em setembro de 1982 nos bairros de Tirirical e São Cristóvão. Estes bairros, à época, eram importantes receptores de migrantes vindos do interior do estado bem como do Piauí e do Ceará, via BR-135, asfaltada na década anterior. Os casos subseqüentes foram registrados no sentido da rodovia MA-205, por onde fluía grande corrente migratória, dirigindo-se ao sentido norte da Ilha de São Luís, determinando a ocupação do litoral. Entre 1980 e 1985, estimulados pela política de incentivos fiscais do Governo do Estado, foram implantados, no sul do município, o Consórcio Alumínio do Maranhão e o Programa Grande Carajás controlado pela Companhia Vale do Rio Doce, os quais promoveram o deslocamento de um grande contingente de famílias que residiam nas áreas do distrito industrial e que tinham na lavoura e na pesca a base de seu sustento. Estes migrantes ocuparam área na periferia da

cidade, próxima a estas companhias, na região do Itaquí-Bacanga, especialmente o bairro do Anjo da Guarda e suas imediações (Trovão, 1994) que, a partir de 1984, passaram a ser uma das principais áreas onde os novos casos notificados de LVH concentraram-se. Esse movimento de migrantes rumo à periferia foi de tal importância, que já em 1998, segundo a Secretaria de Trabalho e Desenvolvimento Urbano do Maranhão, mais de 30% da população de São Luís viviam na periferia da capital.

No início da década de 1990, o litoral ao norte da cidade, assim como o centro da capital, encontrava-se com grande adensamento demográfico. Assim, o fluxo migratório passou a se concentrar principalmente nos setores sul e leste do Município de São Luís, onde havia grandes faixas de terras disponíveis, servidas por estradas vicinais, acompanhando a rodovia BR-135 e a ferrovia de Carajás. A partir de 1992, a distribuição dos novos casos de calazar concentrou-se nestes mesmos setores, que vieram a se constituir um dos mais importantes focos da doença ao longo da epidemia. Essa "periferização" da epidemia ocorreu no momento em que o censo populacional realizada pela Fundação Nacional de Saúde identificou um terço da população urbana da capital residindo em áreas de ocupação "ilegal" na periferia da cidade.

Desta forma, ainda que não possamos inferir relação de causalidade, observamos que os casos de calazar ao longo da epidemia em São Luís tenderam a se concentrar no mesmo espaço em que se concentrou o fluxo migratório.

COSTA, J. M. L.; VIANA, G. M. C.; SALDANHA, A. C. R.; NASCIMENTO, M. D. S. B.; ALVIM, A. C.; BURATTINI, M. N. & SILVA, A. R., 1995. Leishmaniose visceral no Estado do Maranhão: A evolução de uma epidemia. *Cadernos de Saúde Pública*, 11: 321-324.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 1971. *Censo Demográfico. Maranhão. VIII Recenseamento Geral do Brasil - 1970*. Rio de Janeiro, IBGE.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 1981. *Censo Demográfico. Maranhão. IX Recenseamento Geral do Brasil - 1980*. Rio de Janeiro, IBGE.

SILVA, A. R.; VIANA, G. M. C.; VARONIL, C.; PIRES, B.; NASCIMENTO, M. D. S. D. & COSTA, J. M. L., 1997. Leishmaniose visceral (calazar) na Ilha de São Luís, Maranhão, Brasil: Evolução e perspectivas. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 30:359-368.

TROVÃO, J. R., 1994. *Transformações Sociais e Econômicas no Espaço Rural da Ilha do Maranhão*. Tese de Doutorado, Rio Claro: Instituto de Geociências e Ciências Exatas, Universidade Estadual Paulista.

Condições de saúde e nutrição de crianças indígenas e não-indígenas que vivem às margens do rio Solimões, Estado do Amazonas, Brasil

Health and nutritional conditions of indigenous and non-indigenous riverine children along the Rio Solimões, Amazonas State, Brazil

Alan Araujo Viera ¹
 José Ueletes Braga ^{2,3}
 Claudia Leite Moraes ^{1,3}

¹ Divisão de Ensino e Pesquisa, Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Av. Brigadeiro Trompowsky s/n, Rio de Janeiro, RJ, 21044-020, Brasil. alanmariangela@megaline.com.br

² Centro de Referência Prof. Hélio Fraga, Fundação Nacional de Saúde. Estrada de Curicica 2000, Rio de Janeiro, RJ, 22710-550, Brasil. ueletes@openlink.com.br

³ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rua São Francisco Xavier 524, 7º andar, Bloco D, Rio de Janeiro, RJ 20559-900, Brasil. clmoraes@alternex.com.br

No período de janeiro a fevereiro de 1996, um grupo de médicos da Universidade Federal Fluminense em conjunto com a Associação dos Amigos da Canoagem e Ecologia (ABRACE) participou de uma expedição ao rio Solimões, estudando as condições de vida da população ribeirinha. A expedição durou 35 dias e percorreu um trecho de 1.200 km do alto e médio Rio Solimões, visitando 11 municípios, cinco comunidades ribeirinhas e seis aldeias indígenas da etnia Tikuna. A população estimada dos locais visitados, segundo dados das prefeituras locais, é de 176.128 habitantes; a população indígena das seis comunidades visitadas é de aproximadamente 9.010 habitantes, segundo a Fundação Nacional de Saúde.

A população deste estudo é formada por 1.575 crianças de 0 a 12 anos (75% das crianças atendidas pela equipe médica). Foram realizadas avaliação antropométrica, coleta de dados sobre sexo, idade, situação vacinal, período de aleitamento materno e presença de doenças no momento do atendimento. Os dados antropométricos foram comparados com a curva padrão de referência do *National Center for Health Statistics* (NCHS, 1977); os indicadores estatura/idade e peso/estatura foram avaliados pelos respectivos escores Z, classificando as crianças em desnutridas quando estavam inferiores a dois desvios-padrão da mediana de referência. A cronicidade do processo de desnutrição foi identificada pelo índice baixa estatura para idade e a desnutrição aguda pelo índice de baixo peso para altura.

Um número semelhante de crianças dos dois sexos foi estudado (48% do sexo masculino e 52% do sexo feminino); os grupos etários também se distribuíram uniformemente (29% lactentes, 31% pré-escolares e 40% escolares) nos dois grupos. Os índices de esquema vacinal completo para a idade eram maiores na população não-Tikuna (77,3%) que na população Tikuna (58,7%). O índice de aleitamento materno até os seis meses de vida foi de 98,7% na população Tikuna e de 95,5% na população não-Tikuna. Noventa por cento dos Tikuna apresentavam doença no momento do atendimento, contra 95,4% dos não-Tikuna.

As principais doenças atendidas foram verminoses (relato do responsável referindo presença de “ver-

mes” nas fezes), doenças do trato respiratório superior e doenças de pele, principalmente escabiose e impetigo.

As prevalências de baixa estatura para idade e de baixo peso para altura em toda a população estudada foi de 26,5% e 3,8%, respectivamente; índice este semelhante ao encontrado em 1989 pela Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) (IBGE/UNICEF, 1992), para a região norte urbana do país.

Quando comparamos os Tikuna com os não-Tikuna, encontramos diferença estatística significativa nos índices de crescimento linear – 43% de déficit nos Tikuna contra 23,5% na população não-Tikuna. A razão de prevalência foi de 2,47, ou seja, as crianças Tikuna têm 2,47 vezes mais chances de ser desnutridas crônicas que as crianças não-Tikuna. Quando calculamos as razões de prevalência entre Tikuna e não-Tikuna, controlando-se algumas variáveis que poderiam ser fatores de confusão (esquema vacinal completo para a idade; aleitamento materno até os 6 meses de vida; presença de doença ao atendimento), observou-se que as diferentes distribuições destas variáveis na amostra estudada não justificariam a associação estatística encontrada.

Vários fatores podem ser sugeridos como determinantes deste achado, principalmente os que levam em conta aspectos qualitativos da vida destas crianças e suas famílias que não foram contemplados neste estudo, tais como situação sócio-econômica, situação ambiental (ex. saneamento), características maternas (escolaridade, idade, etc.), grau de aculturação da etnia Tikuna, entre outras. De qualquer forma, as conjecturas apresentadas neste estudo são insuficientes para o entendimento de problema.

Importante destacar que problemas metodológicos como amostragem não probabilística e confiabilidade e validade dos dados coletados, decorrentes da própria situação em que se inseriu a pesquisa de campo, não permitem a extrapolação destes resultados para a população pediátrica total daquela região. Porém, a geração da hipótese de que as crianças Tikuna podem ser mais desnutridas do que as não-Tikuna deve estimular a comunidade científica a testá-la com metodologia mais apropriada.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística)/UNICEF (United Nations Children's Fund), 1992. *Aspectos de Saúde e Nutrição de Crianças no Brasil, 1989*. Rio de Janeiro: IBGE/UNICEF. NCHS (National Center for Health Statistics), 1997. *Growth Curves for Children, Birth-18 Years*. Department of Health, Education and Welfare Publication no (PHS)78-1650. Washington, D.C.: NCHS.