

PROJETO NITERÓI: UMA TENTATIVA DE RECUPERAÇÃO DA HISTÓRIA RECENTE*

Neuza Maria Nogueira Moysés**

1. Introdução; 2. O que é Niterói? 3. Breve histórico do passado recente; 4. Por dentro da história, uma outra história; 5. Um balanço do processo; 6. Considerações finais.

Recuperação da história recente da experiência desenvolvida pelo Projeto Niterói, implementando a proposta das AIS – Ações Integradas de Saúde no município de Niterói. Caracterização do município do ponto de vista histórico, geográfico e quanto aos equipamentos de saúde. Relato do processo de estruturação do referido projeto, especificando os instrumentos formais que viabilizaram a proposta e o formato gerencial. Balanço do processo como um todo.

1. Introdução

Os anos 70 e 80 têm sido, no campo da saúde, palco de uma série de experiências e propostas alternativas que expressam a ebulição vigente no que se denominou “movimento sanitário”, fruto das contradições emergentes de um modelo de sistema nacional da saúde perverso em sua essência, discriminatório e objeto de análise de um grande número de trabalhos de militantes do setor saúde e demais profissionais preocupados em reestruturar o nosso modelo de organização e prestação de serviços de saúde à população.

O município de Niterói vem, de longa data, participando ativamente do processo de repensar a saúde e propor alternativas à situação que nos é dada. Dentro desse contexto, o ano de 1982 marcou o início da proposta que viria a se desenvolver até o presente e que configurou o esforço inicial de constituição das Ações Integradas de Saúde (AIS).

Como ex-integrante do grupo inicial dos profissionais que participaram do processo e preocupada com a “memória curta” característica da sociedade brasileira, em particular, tento registrar fatos e dados que poderão contribuir para uma avaliação e crescimento do processo de luta pela construção de uma realidade nacional e, especialmente, da organização do setor saúde. Nessa perspectiva, este relato tenta reconstruir parte da história recente do movimento sanitário.

2. O que é Niterói?

Município pertencente à Região Metropolitana do Rio de Janeiro, Niterói teve seu povoamento iniciado no século XVI. Em 1834, a então Vila Real da Praia

* Escrito a partir de trabalho produzido em 1986 para atender à solicitação da Direção Geral do Inamps, contou, em sua primeira versão, com a colaboração dos companheiros de trabalho do Projeto Niterói, Eliana Pereira Azem e Gilson Cantarino O'Dwyer.

** Pesquisadora assistente do Núcleo de Estudos de Recursos Humanos para a Saúde do Departamento de Administração e Planejamento de Saúde da ENSP-Fiocruz; sanitarista assessora da Subsecretaria Adjunta da Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. (Endereço da autora: Rua Lemos Cunha, 311/1203 – Icaraf – 24.230 – Niterói, RJ.)

Grande foi escolhida para capital fluminense, tendo sido elevada à categoria de cidade em 1835.

Niterói perdeu a condição de capital do Estado em 1975, com a fusão do antigo Estado da Guanabara com o Estado do Rio de Janeiro. No entanto, aproximadamente um século e meio na condição de capital possibilitou ao município experimentar períodos de forte industrialização (principalmente a indústria naval), que se fizeram acompanhar pela multiplicação dos serviços urbanos em geral. Esse facto tem um peso histórico, na medida em que, no período em questão, a cidade funcionou como pólo atrativo de fluxos migratórios de fundamental importância para a configuração demográfica que hoje tem a Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ).

Niterói possui uma área de 130km² – inferior à extensão territorial de muitos bairros da cidade do Rio de Janeiro. Situa-se na orla oriental da Baía da Guanabara, limitando-se, a leste, com os municípios de São Gonçalo e Maricá, a oeste com a Baía da Guanabara, ao norte com São Gonçalo e ao sul com o Oceano Atlântico. Dista 16km da Capital do Estado. Suas condições climáticas não apresentam fenómenos especiais; seu índice pluviométrico é considerado normal.

A cidade ocupa pequenas planícies, encostas e praias entre o mar e montanha.

Em 1970, Niterói contava com uma população residente de 324.367 habitantes; em 1980, com 400.140, e em 1986, com 448.490 habitantes. Desde a década de 70, o município mantém o 4º lugar em densidade demográfica da RMRJ (3.078 hab./km² em 1980).¹

Desde o censo de 1980, em que a Fundação IBGE registra para o município um índice de urbanização de 100%, a rede de abastecimento de água atingia 73,3% dos domicílios duráveis² e a de agosto 66,7% destes. Convém destacar que, apesar de uma relativa cobertura referente ao abastecimento de água e ao esgoto, esses serviços se apresentam concentrados no centro da cidade e em alguns bairros, deixando a descoberto grande parte do município.

Com uma infra-estrutura de serviços relativamente ampla e diversificada, com destaque para a área de saúde, Niterói atende não só à demanda de sua população mas, também, a uma demanda significativa dos municípios da sua periferia imediata (São Gonçalo, Maricá, Itaboraí e parte da demanda do município de Magé), bem como de outros municípios do Estado do Rio, menos estruturados para atender a casos de maior complexidade. Estudos recentes realizados por técnicos do Projeto Niterói destacaram esse aspecto (ver tabela 1). Cabe dizer que somente o município de São Gonçalo abriga uma população que corresponde a quase duas vezes a de Niterói.³

¹ IBGE. *Censo demográfico*. Rio de Janeiro, 1970 e 1980.

² É uma expressão adotada pelo IBGE para designar aqueles domicílios construídos empregando materiais resistentes ao tempo e construções não-provisórias.

³ Levantamento realizado pelo Projeto Niterói junto à emergência do Hospital Universitário Antonio Pedro e ao Centro Previdenciário de Niterói, no ano de 1986, registrou um índice de 52 até 55% de atendimento de pacientes residentes no município de São Gonçalo e demais municípios da periferia imediata.

Tabela 1
Estimativa de população
Municípios selecionados para o ano de 1986

Município	População (1.000/HAB)
Niterói	448.490
São Gonçalo	762.700
Maricá	39.540
Itaboraí	159.570
Magé	210.280

Fonte: Dados estimados a partir do *Censo demográfico do Brasil*. Rio de Janeiro, IBGE, v. 1, 1982-83.

3. Breve histórico do passado recente

O *status* de capital do Estado do Rio de Janeiro, portanto pólo de decisão política, palco de lutas político-partidárias e pólo econômico de peso por alguns períodos, explica, em parte, a criação e a expansão de uma estrutura de serviços ampla e diversificada, tanto qualitativa quanto quantitativamente.

Poderíamos dizer que o ano de 1975 assinala, para Niterói, a construção de um novo referencial explicativo, já que de imediato o processo de fusão do antigo Estado do Rio de Janeiro com o Estado da Guanabara significou a redução da capacidade de o município dispor de recursos, passando, como a grande maioria dos municípios brasileiros, a compor o quadro de miséria e endividamento crescentes, amplamente patrocinado pelo regime autoritário pós-64, que se caracterizou por forte centralização de poderes e recursos financeiros a nível federal.

A década de 70 já encontra Niterói com uma rede estadual de serviços de saúde, uma rede vinculada ao INPS, posteriormente Inamps, e um hospital universitário, vendo nascer ainda uma rede municipal de unidades de saúde.

A rede municipal foi fruto da ação planejada da Secretaria de Saúde de um governo de oposição (MDB), que assumia a Prefeitura Municipal através de eleições diretas. Até então a Secretaria Municipal de Saúde tinha como função a administração de cemitérios municipais, capelas e serviços funerários, além de eventualmente desenvolver algumas ações de saúde pública a nível de campanhas. Após a incorporação de um grupo inicial de profissionais com formação diferenciada (não só de saúde, como de Ciências Humanas e Sociais), foi elaborado o Plano de Ação 1977-80 da Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social, apontando, fundamentalmente, para a criação de uma rede básica de serviços de saúde nos moldes da proposta de "Cuidados Primários de Saúde", que foi instalada progressivamente em bairros periféricos comprovadamente desprovidos de recursos. Já então o plano de ação da SMS⁴ sinalizava para a necessidade de integração de serviços.

⁴ Até o ano de 1980, a Secretaria Municipal de Saúde tinha a designação de Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social, porém a sigla sempre foi SMS.

Para respaldar a proposta municipal, foram utilizados instrumentos tais como a Lei nº 6.229/75, o Código de Saúde – (Decreto-lei nº 214/75) e a Lei Orgânica dos Municípios.

Em 1977, a VI Conferência Nacional de Saúde assumiu em definitivo a proposta de extensão da cobertura de saúde para o país, via cuidados primários de saúde.

Apesar da vontade política e da competência técnica, faltavam à Prefeitura Municipal os recursos financeiros para a construção das unidades. Foi necessário o imediato aumento da dotação orçamentária para a saúde no orçamento municipal, bem como a solicitação de financiamento ao Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) e a assinatura de comodatos e convênios entre a prefeitura e outras instituições.

O município apresenta, na década de 80, um setor público de saúde cuja capacidade instalada está acima da média nacional, qualitativa e quantitativamente, com uma rede assistencial abrangendo do 1º ao 3º níveis de complexidade de atenção à saúde, e um hospital universitário considerado de excelência. Os serviços são prestados pela Universidade Federal Fluminense, pelo Inamps, pelo Estado e pela Prefeitura.

Cabe dizer que todo este complexo de serviços operava de forma desarticulada, com superposição de ações, enfim, de forma caótica, como é tradicional ao nosso dito “sistema nacional de saúde”.

A participação da população, além de episódica, quando muito estava inclinada a tentar entender e se mover dentro do caos. E, quando atendida em sua necessidade, atribua o resultado à “boa-vontade” deste ou daquele profissional competente e “caridoso”, produzindo e reproduzindo os mecanismos clientelistas e paternalistas peculiares ao processo histórico nacional.

Niterói era naturalmente um campo fértil para a tentativa de implantação de uma proposta alternativa de integração de serviços de forma regionalizada e hierarquizada, há muito presente no “discurso sanitário”.

A crise da previdência social, que finaliza a década de 70 e inaugura a de 80, dialeticamente produziria um aliado fundamental. Estamos falando do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp) e de seu Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social.⁵

4. Por dentro da história, uma outra história...

No ano de 1981, o Dr. Luiz Antonio Santini R. da Silva, então Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF), reunia-se periodicamente com um grupo de professores para discutir questões curriculares do Curso de Medicina. Do local onde ocorriam as reuniões via-se um prédio da Previdência Social construído há dois anos, mas fechado, até então.⁵ Como o Hospital Universitário vivia problemas de espaço físico, as discussões passaram também a absorver a possibilidade do uso do próprio da Previdência. O grupo acreditava que os alunos de medicina não poderiam ficar, exclusivamente, dentro de um hos-

⁵ Inaugurado em 1983, é hoje o Centro Previdenciário de Niterói.

pital universitário; eles precisavam passar por um sistema aberto, mais integrado, menos viciado e caótico.

Em função dessas questões, o Dr. Santini foi ao Rio de Janeiro conversar com o Prof. Aloysio de Salles Fonseca, Presidente do Conasp, também do quadro da Universidade, que o encaminhou ao Dr. Guilherme Sampaio Ferraz, Diretor do Departamento de Administração Médica do Inamps, departamento ao qual estavam afetas todas as unidades próprias do Inamps. Uma primeira conversa deu origem a diversos encontros subseqüentes, gradativamente transformados em reuniões de trabalho incorporando outros profissionais do Inamps – Drs. Murillo Vilela Bastos, Jorge Teixeira e Elysio Almeida; da Faculdade de Medicina da UFF – Drs. Mário Torres e Hugo C. B. Tomasini; do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – Drs. Hésio Cordeiro, José de Carvalho Noronha, Nina V. Pereira Nunes e Adolfo H. Chorny, conforme registrado em ata da “Primeira reunião para debate de problemas relativos à coordenação de recursos médico-assistenciais oficiais, em áreas metropolitanas do País”.

A referida reunião ocorreu em 2.2.82, com o tema: “Organização de serviços de saúde em áreas metropolitanas; coordenação das instituições e regionalização dos serviços”.

O grupo chegou às seguintes conclusões:

“1. Os estudos e propostas do Plano de Localização de Unidades de Saúde (PLUS) do ex-INPS devem servir de base para o estudo agora pretendido.

2. Deve ser abandonada a idéia de vinculação de beneficiário a determinada unidade de saúde pelo cartão domiciliar.

3. Das áreas metropolitanas não devem ser excluídas as populações periféricas (áreas de dormitório) da área central, embora possam expandir e complicar o modelo municipal. Deve-se estudar um modelo microrregional de serviços de saúde.

4. A área de Niterói – São Gonçalo foi considerada ideal para a experimentação da proposta, tendo em vista a presença dos ingredientes essenciais ao modelo e a proximidade dos órgãos centrais do Inamps, dos governos estadual e municipal e de várias instituições de pesquisas do Ministério da Saúde (Fiocruz), de universidades e outras, como o IBGE e FGV.

5. Conveniência de partir do Conasp a determinação de que tal estudo seja feito e com seu respaldo conduzido até a implantação.

6. Sugerir ao presidente do Conasp a indicação de um grupo de trabalho para, sob sua orientação, conduzir as pesquisas e estudos necessários à consecução desse propósito.”

No período em foco, o Inamps vivia a “crise da Previdência”. Era objetivo do Conasp procurar formas alternativas que possibilitassem reduzir os gastos e a dívida da previdência. Havia diversos projetos em andamento, um dos quais se chamava “Regionalização e Hierarquização”, sob a coordenação do Dr. Guilherme Sampaio Ferraz, ao qual ficaria vinculado o Projeto Niterói. “Durante esses anos todos, foi o Projeto que mais avanços alcançou dentro da Previdência, chegando até o que está hoje – as AIS – Ações Integradas de Saúde”.⁶

Com o processo de reuniões deslançado, a presidência do Inamps (através da Portaria PT-Inamps-PR 697/82) designou formalmente o Diretor do Departamento de Administração Médica para implantar o “projeto de regionalização e hierarqui-

⁶ Depoimento prestado à assessoria de Comunicação Social do Projeto Niterói pela Dra. Maria Manuela P.C.A. dos Santos, primeira secretária executiva da Comissão Executiva Local do Projeto Niterói.

zação dos serviços de saúde de Niterói”. Foi criada uma comissão consultiva formada inicialmente pelos profissionais anteriormente mencionados, oriundos das instituições: Inamps, Instituto de Planejamento Econômico e Social – Ipea, FGV, UFF, Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, Prefeitura Municipal de Niterói – PMN, Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Uerj e Ministério da Saúde – MS.

Reuniões sucederam-se; documentos foram produzidos e analisados, ações imediatas foram propostas e executadas, como, por exemplo, a ativação do hoje Centro Previdenciário de Niterói-CPN, transferindo-se serviços que ocupavam prédios alugados e pulverizados pelo município.

Nos debates, ficou evidenciada a necessidade de um plano abrangente para Niterói, com as seguintes condições essenciais:

- “ – delimitação de uma área e uma população;
- exames das comunicações, transportes ou condições de acessibilidade aos serviços necessários;
- diversidade de dimensões, equipamentos e programas de trabalho das várias unidades existentes;
- classificação e hierarquização das unidades de prestação de serviços de saúde como condição da economia;
- regionalização da oferta de serviços;
- participação ativa da comunidade;
- necessidade de impor as mudanças que se evidenciaram essenciais ao bom funcionamento do subsistema regional;
- revisão das rotinas e práticas assistenciais, dando ênfase à satisfação do cliente e aos programas de integração docente-assistencial;
- pesquisa de campo operacionais.”

Como fatores negativos, apontavam:

- “ – obstáculos e antagonismos;
- organização política e administrativa;
- multiplicidade de instituições de saúde;
- expectativas e comportamentos individuais.”

Como fatores positivos:

- “ – desorganização do sistema vigente;
- bom relacionamento informal das principais instituições presentes na área em estudo.”

Como conclusões apontavam:

- “ – necessidade de uma comissão diretora com representantes das grandes instituições – federais, estaduais, municipais e autárquicas;
- necessidade de grupos locais de implantação, acompanhamento e coordenação operativa;
- aproveitamento da capacidade ociosa ou de instalações ociosas nos próprios do Estado ou Município para ampliar os programas básicos de atendimento.”⁷

Em 19.7.82, pela Portaria Inamps/PR 726/82 foi criada a Comissão Executiva Local do Projeto Niterói (CEL), que adotou como metodologia de trabalho o planejamento – ação a partir de definição de objetivos, estratégias e instrumentos operacionais. O modelo gerencial tinha como essência a participação multiinstitucio-

⁷ Conforme registrado em ata da 3ª Reunião do Grupo de Estudos de Integração de Serviços de Saúde na área metropolitana de Niterói.

nal, com a preocupação com o seu aperfeiçoamento, na prática, em função das necessidades sentidas.

4.1 Objetivos gerais da proposta

A proposta do Projeto Niterói tinha como objetivos gerais:

1. estender a cobertura dos serviços de saúde à população do Município de Niterói;
2. ampliar progressivamente a abrangência dessa cobertura aos Municípios de São Gonçalo, Itaboraí e Maricá;
3. aumentar a eficiência e a eficácia das ações de saúde do Setor Público;
4. promover a integração docente-assistencial em todos os níveis de atenção à saúde;
5. desenvolver estudos e pesquisas de planejamento, execução e avaliação com vistas à mais adequada distribuição de recursos (financeiros, humanos, técnico-administrativos e materiais).⁹

Para a consecução desses objetivos, foram definidas as seguintes estratégias:

1. integração, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde a partir do setor público;
2. estabelecimento de uma "porta de entrada" no sistema de saúde, preferencialmente através dos níveis mais simples de atenção à saúde;
3. procura de obtenção de maior garantia de resolutividade⁹ em cada nível de atenção;
4. garantia de um sistema de "referência e contra-referência" entre os diferentes níveis de complexidade do sistema;
5. obtenção da participação da comunidade, tanto técnica quanto usuária, através de reuniões, seminários, discussões, matérias informativas, etc.

4.2 Instrumentos

A Comissão Executiva Local definiu como instrumentos básicos necessários à implantação do Projeto a celebração de convênios entre o Inamps e as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde.

Definiu, também, que esses convênios deveriam implantar uma nova modalidade de repasse financeiro do Inamps para os conveniados, tendo como exemplo o convênio Ministério da Educação e Cultura e Ministério da Previdência e Assistência Social MEC-MPAS. Estabeleceu portes¹⁰ de consulta ambulatorial de

⁹ Projeto de integração, regionalização e hierarquização das ações de saúde no Município de Niterói, s.d. p. 5, mimeogr.

⁹ A palavra *resolutividade* é um neologismo, estando ausente dos principais dicionários da língua portuguesa. Entretanto, é de uso corrente em planejamento em saúde. Ver, a respeito do uso do termo, Francisco Eduardo Campos. *Resolutividade: uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde*. Tese de doutorado apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1988. mimeogr.

¹⁰ Porte de consulta é expressão adotada pelo Inamps para classificar os diferentes serviços a serem prestados em atendimento ambulatorial de acordo com o grau de complexidade dos mesmos, permitindo estabelecer o valor do repasse financeiro a ser feito ao prestador de serviços em função dos serviços produzidos.

acordo com os diversos níveis de atenção, assim como definiu as unidades operativas das diferentes instituições envolvidas no Projeto.¹¹

Além dos convênios, a Comissão Executiva Local propôs a assinatura do Protocolo de Cooperação, que foi firmado pelas instituições envolvidas no projeto, comprometendo-se a dele participar e facilitar seu desenvolvimento. Os instrumentos anteriormente citados foram assinados pelas instituições e encontram-se em vigência.

Baseados nos primeiros resultados alcançados em Niterói, foram firmadas as portarias: PT/MPAS/SSM nº 215, de 18.11.82, que estendia o Projeto de Integração às áreas Metropolitanas de Natal, Florianópolis e Campinas (convênios firmados com base na Minuta 210/82) e PT/MPAS/SSM nº 217, de 7.12.82. Falava-se na possibilidade de estender os convênios, com base na minuta 210, ainda a outras áreas metropolitanas.

Para viabilizar algumas medidas de integração de serviços, o presidente do Inamps, em 8.11.82, assinou a Resolução RS-Inamps- PR nº 28, que possibilitava o remanejamento de servidores do Inamps para órgãos de saúde de áreas de integração.

Podemos observar que o final de 1982 apontava para a expansão das diretrizes da proposta de integração, iniciada em Niterói, para outras regiões do Brasil.

4.3 A proposta gerencial

A Comissão Executiva Local (CEL), ao elaborar seu programa de trabalho, sentiu necessidade de criar grupos de trabalho (GT) para a execução de cada etapa de sua proposta. Posteriormente, evidenciada a necessidade, também, de um elemento de ligação entre os diversos grupos e a CEL, de modo a poder acompanhar diariamente as fases de planejamento e implantação do Projeto, foi criada a Secretaria Executiva.

Os Grupos de Trabalho (GT) eram formados a partir da indicação de elementos de cada uma das instituições envolvidas, sendo mantidos os vínculos formais de trabalho bem como as remunerações atinentes aos seus cargos nas instituições de origem. Tentou-se dar a cada GT uma conformação ideal: garantir a presença de, pelo menos, um elemento de cada instituição. No entanto, transcorridos quatro anos, a prática demonstrou que algumas instituições se fizeram mais representadas do que outras. As mais presentes nos GT foram o Inamps e a Secretaria Municipal de Saúde.

Durante os três primeiros anos de funcionamento do Projeto, o Secretário Executivo foi indicado pela Superintendência Regional do Inamps, passando depois a ser indicado pela Comissão Executiva Local, com mandato de dois anos e possibilidade de recondução por mais dois, conforme disposto em Regimento Interno.

Até hoje três pessoas ocuparam a Secretaria Executiva do Projeto Niterói: a Dra. Maria Manuela P. C. A. dos Santos, sanitarista da Secretaria Municipal de Saúde e professora do Departamento de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense, que foi a primeira Secretária Executiva, tendo ocupado o cargo do início do Projeto até o mês de julho de 1983. Foi substituída pelo Dr.

¹¹ Os convênios foram firmados com base na PT/MPAS/SSM nº 210, de 26.8.82. A Portaria PT/MPAS/SSM nº 214, de 5.10.82, classificava e definia os portes dos serviços a serem prestados na Região Metropolitana de Niterói.

Jaime Treiger, médico do Inamps. Em janeiro de 1984 o Dr. Gilson Cantarino O'Dwyer, médico vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e ao Inamps, assumiu a Secretaria Executiva do Projeto Niterói, sendo reconduzido em outubro de 1985 pela Comissão Executiva Local.

Além da figura do Secretário Executivo, inicialmente havia também um Coordenador, cargo que foi ocupado apenas pelo Dr. Luiz Antonio Santini R. da Silva e extinto em julho de 1983.

Os GT, em função das necessidades de trabalho, poderiam ser permanentes ou transitórios, ampliados em número ou reduzidos, sempre com o aval da CEL.

Inicialmente foram criados oito GT, com as seguintes tarefas:

1. GT de atividades

- 1.1 definição do porte e da localização das unidades assistenciais;
- 1.2 coleta e consolidação de dados da população e acesso aos serviços;
- 1.3 elaboração de mapa de serviços e tipologia;
- 1.4 definição dos programas prioritários;
- 1.5 compatibilização de normas técnicas;
- 1.6 descrição de metas;
- 1.7 quantificação dos recursos humanos.

2. GT de sistema de informações

- 2.1 desenho dos instrumentos: fichas de pacientes, fichas de encaminhamento, boletins estatísticos, boletins de controle de atendimento;
- 2.2 descrição do fluxo dos instrumentos;
- 2.3 elaboração de material didático-informativo para a comunidade.

3. GT de integração docente-assistencial

- 3.1 descrição das disciplinas integrantes;
- 3.2 formação de comissão de implantação de estágios para estabelecer locais, objetivos, conteúdos e descrever as mudanças esperadas de atitudes e habilidades.

4. GT de integração político-administrativa interinstitucional (referência e contra-referência)

- 4.1 análise, operacionalização e controle dos convênios;
- 4.2 descrição dos mecanismos de referência e contra-referência: elaboração dos instrumentos, descrição do fluxo dos pacientes, definição das rotinas de procedimentos.

5. GT de avaliação

- 5.1 elaboração de mecanismos quantitativos e qualitativos de avaliação;
- 5.2 definição de um sistema de apuração de custos;
- 5.3 elaboração de cronograma de implantação.

O GT de Integração Político-Administrativa passou a chamar-se GT de Referência e Contra-Referência, distribuindo as atividades referentes à avaliação do convênio ao Grupo de Avaliação.

A Comissão Executiva Local incumbiu o GT de Referência e Contra-Referência de preparar os estudos iniciais para as necessárias conexões entre os setores público e privado.

6. GT de custos

- 6.1 levantamento dos custos das unidades operativas, por unidade e instituição;
- 6.2 estimativa de custos para 1983;
- 6.3 estudo comparativo dos gastos com a rede pública e a rede privada.

7. GT de medicamentos

- 7.1 diagnóstico da situação de repasse de medicamentos às quatro instituições (Inamps, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria de Estado de Saúde e Higiene e UFF) pela CEME;
- 7.2 propor melhores formas de repasse de medicamentos às unidades operativas do Projeto Niterói.

8. GT de saúde mental

- 8.1 estudo-diagnóstico da atenção à saúde mental no Município de Niterói;
- 8.2 elaboração de proposta de atenção à saúde mental, descentralizando o atendimento até os níveis de menor complexidade, visando uma ação preventiva.

Durante os quatro anos seguintes, alguns grupos foram extintos e outros criados, existindo, em dezembro de 1986, os seguintes GT: GT de saúde oral; GT de saúde mental; GT de saúde materno-infantil; GT de saúde escolar; GT de informação; GT de homeopatia; GT de reorientação de emergência; GT de supervisão operacional; GT de vigilância epidemiológica.

A Comissão Executiva Local (CEL) é a instância deliberativa máxima do Projeto Niterói. Reúne-se ordinariamente de 15 em 15 dias e extraordinariamente sempre que necessário, congregando, de forma colegiada, dois representantes de cada instituição envolvida no Projeto, a saber: Universidade Federal Fluminense, Divisão de Medicina Social do Inamps, Secretaria de Estado de Saúde e Higiene e Secretaria Municipal de Saúde, além do Secretário Executivo. Todas as reuniões são registradas em ata descritiva assinada pelos membros da comissão.

A Secretaria Executiva, subordinada à CEL, funciona em tempo integral, viabilizando a execução e o planejamento de suas deliberações, cabendo ao Secretário Executivo representar formalmente o Projeto Niterói em atividades e solenidades públicas e coordenar os grupos técnicos de trabalho e o pessoal de apoio administrativo.

Os Grupos de Trabalho (GT) são geralmente multiprofissionais e responsáveis pela execução e implantação das atividades do Projeto junto à rede de saúde e à comunidade.

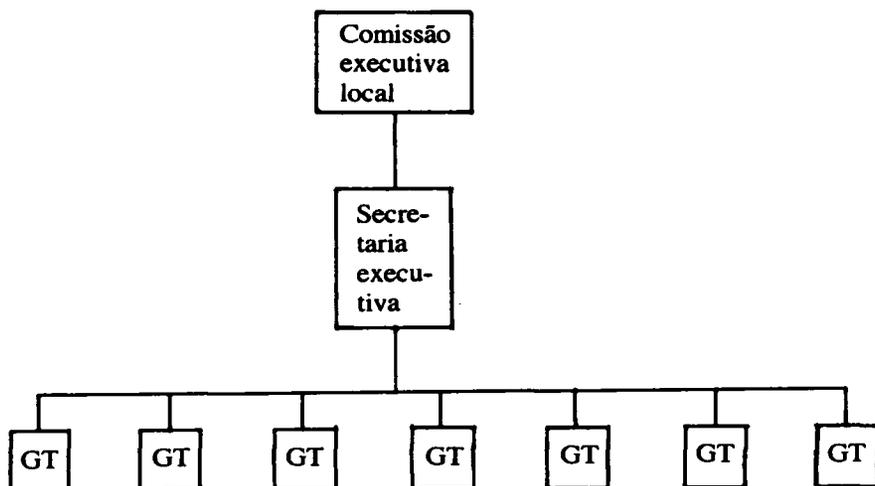
A sede do Projeto Niterói passou a funcionar em área cedida pelo Iapas em um andar do prédio da Rua São Pedro, nº 26 – 6º andar, tendo o Iapas cedido também

móveis, máquinas, equipamentos de escritório e telefone, bem como pessoal administrativo.

O Apoio Administrativo é composto de pessoal responsável pela execução das atividades burocráticas do Projeto Niterói.

Cabe dizer que atualmente, nas reuniões da CEL, têm assento também os representantes da Associação Médica Fluminense, do Sindicato dos Médicos e da Federação das Associações de Moradores – FAMNIT – que, embora não tenham poder de voto, têm poder de voz. Sua participação foi solicitada à CEL pelas próprias entidades. Também os grupos de trabalho acompanham o Secretário Executivo nas reuniões da CEL, que são abertas.

Figura 1
Estrutura Funcional



Existe um regimento interno que normatiza o funcionamento das reuniões e da própria Comissão Executiva e que vem sendo modificado de acordo com as mudanças realizadas na proposta gerencial. Como exemplo, podemos mencionar o *quorum* mínimo para as reuniões deliberativas, que passou a contar também, além do *quorum* numérico, com o *quorum* institucional, e a exigência da presença de um representante de cada instituição, no total de três.

Os funcionários das instituições componentes do Projeto Niterói eram inicialmente a ele cedidos, sendo atualmente considerados em efetivo exercício funcional. Todo remanejamento interinstitucional de pessoal é feito sob o controle da Secretaria Executiva, através das normas criadas para cessão de servidores, por resolução da CEL.

5. Um balanço do processo

Pode-se dizer que, ao longo desses anos, o processo foi caracterizado por três momentos diferentes: o primeiro, pela efervescência produtiva, onde toda a estrutura e a dinâmica do sistema prestador de serviços de saúde foram redefinidas; o

segundo, pela tentativa de sedimentação das relações interinstitucionais ao nível de seus representantes, com vistas ao fortalecimento da Comissão Executiva Local e acompanhado por um processo de quase paralisação dos Grupos de Trabalho; um terceiro, em vigor, onde se colocam os limites do próprio processo no sentido do avanço da proposta sem que haja mudança radical na forma de condução da gerência e execução do Projeto Niterói no âmbito das estruturas internas administrativas e do poder das instituições envolvidas. O avanço está, assim, condicionado e limitado pelas barreiras intrainstitucionais. Caracteriza-se, ainda, por um momento de ampliação das relações do Projeto Niterói com outras entidades e instituições.

Sem negar as realizações no período, não podemos omitir que o Projeto Niterói é fruto de segmentos também representativos do pensamento dissidente¹² ao tradicional. Em seu processo de luta pela modificação do *status quo* do setor saúde, o grupo moveu-se nos limites do possível, em determinado período histórico, recorrendo aos instrumentos legais sem perder a perspectiva do avanço do processo e da inevitável reformulação da estrutura tradicional e autoritária vigente, dissociada de compromissos reais com a população-alvo.

A redemocratização desencadeada pelo processo de “abertura política” peculiar aos anos 80 significa muito mais do que a retórica vigente e é um desafio que se coloca à sociedade civil e política brasileira em seus setores, onde a saúde se insere.

O pensar de forma supra-institucional se impõe enquanto princípio e ainda não encontra ressonância na forma como se configura o setor. Um balanço aponta aonde chegou o projeto, suas dificuldades concretas e suas realizações.

Podemos afirmar que, fundamentalmente, os avanços alcançados nos anos de existência do Projeto Niterói foram executados pelos Grupos de Trabalho, muitas vezes contando com forte reação das instituições para implantar seus projetos e propostas.

Um breve balanço das atividades dos GT retrata suas realizações:

1. *GT de saúde oral* – Formulou um plano de reorientação da saúde oral no Município de Niterói, aprovado em abril de 1984. Esse plano, elaborado a partir de um diagnóstico da situação, apontou no sentido da reorientação dos serviços, com ampliação da oferta e compatibilização dos diversos programas institucionais, produzindo instrumentos e formulários específicos unificados, como quadro de referência, ficha individual e boletim de produção.

Realizou ações a nível preventivo em escolas e comunidades, trabalhando de forma integrada com as Secretarias de Educação do Estado e do Município, resultando, desse trabalho, a inclusão de temas referentes à saúde oral nos currículos da Secretaria Municipal de Educação, com conteúdo programático elaborado pelo GT.

A fluoretação da água que abastece Niterói resultou de um processo de luta desencadeado pelo grupo, em ação que contou com grande participação da Secretaria Municipal de Saúde.

¹² A expressão *dissidente* caracteriza a parcela de profissionais da área de saúde que defende propostas progressistas para o setor, em contraposição a outras parcelas que defendem a manutenção da organização do sistema como se encontra, sem propostas de mudança.

2. *GT de saúde mental* – Em maio de 1983, apresentou uma proposta de trabalho que tem obtido alguns resultados. Com estratégias claramente delimitadas, a proposta conseguiu criar um Serviço de Emergência Psiquiátrica, realizar estudo epidemiológico da população tratada, garantir espaço nas coordenações técnicas institucionais – principalmente no Inamps – onde também coordena a supervisão psiquiátrica do setor contratado. Recentemente, o GT encaminhou pedido à Organização Mundial de Saúde para inclusão do Projeto Niterói (GT Saúde Mental) como colaborador daquela organização.

3. *GT de saúde materno-infantil* – A exemplo dos demais GT, a construção da proposta de trabalho do grupo iniciou-se pelo diagnóstico da situação e elaboração de documento que normatizou, a nível de todo o sistema, de forma hierarquizada, as ações relativas à saúde da mulher e da criança. Podemos destacar, entre as ações empreendidas, a implantação da carteira perinatal, do cartão da criança e do instrumento informativo da TRO (Terapia de Reidratação Oral).

Este grupo coordena o programa de suplementação alimentar e vem, atualmente, desenvolvendo um trabalho de oficinas de sensibilização, com a participação do Grupo “Maria Mulher” e implantando a história clínica perinatal simplificada, informatizada pela Secretaria Municipal de Saúde.

4. *GT de saúde escolar* – O Grupo promoveu a compatibilização dos programas da área desenvolvidos pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, bem como pelas de Educação, realizando também seminários e reuniões com diferentes clientelas, integrando a rede assistencial de saúde às escolas estaduais e municipais.

Foi elaborada pelo GT proposta de curso de especialização em Educação e Saúde, contando com a participação da Universidade Federal Fluminense e do Ministério da Saúde em todas as etapas, curso este ministrado pela Universidade Federal Fluminense nas dependências do Projeto Niterói no ano de 1987.

O Grupo desenvolve, com o Ministério da Saúde, diversas ações de intercâmbio e cooperação técnica.

5. *GT de informação* – Implantar um sistema de informação homogêneo para a construção de indicadores próprios é o principal objetivo do GT. Os instrumentos de implantação do Projeto, conhecidos pela sigla PN seguida de uma numeração, foram criados e implantados pelo GT a partir de 1982, na rede assistencial. Alguns PN serviram de base à criação de instrumentos utilizados hoje pelas AIS em todo o país. Desses instrumentos, alguns têm como finalidade a coleta de dados visando à avaliação do desempenho da rede e a contabilidade do repasse financeiro feito pelo Inamps; outros funcionam como um esboço de sistema unificado de informações.

6. *GT de homeopatia* – Este é um grupo recente e elabora proposta de atendimento homeopático na rede de Niterói, produção de medicamentos e controle de qualidade, estabelecendo três etapas de curto, médio e longo prazos, para a execução da proposta que envolve a participação da Faculdade de Medicina da UFF e a proposta curricular de extensão.¹³

¹³ A universidade desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão. A proposta curricular de extensão é desenvolvida fora da universidade e pertence ao currículo do curso.

7. *GT de reorientação da emergência* – Grupo composto pelas direções dos serviços de emergência e hospitais, objetiva reduzir a crise de sobrecarga de demanda por que passa a rede, em parte pela afluência de moradores dos municípios vizinhos. O grupo busca traçar medidas de médio e longo prazos capazes de tornar a rede mais eficaz e com maior poder de resolutividade.

8. *GT de supervisão operacional* – Criado em 1982 com a finalidade de proceder ao acompanhamento do Projeto Niterói nas unidades operativas. o GT vinha atuando na rede para estruturar melhor a referência e a contra-referência, fazendo o levantamento das dificuldades e avanços bem como supervisionando o preenchimento dos PN.

Num primeiro momento, as equipes locais de saúde receberam bem o trabalho do GT. A partir de meados de 1983, o caráter fiscalizador que equivocadamente lhe foi atribuído dificultou seu trabalho. No entanto, alguns resultados foram conseguidos, principalmente quanto ao amadurecimento de uma filosofia de integração e a implantação de alguns procedimentos, como: preventivo do câncer colpitológico para toda a rede, coleta de exames,¹⁴ diagnósticos de situação, etc.

9. *GT de vigilância epidemiológica* – Criado em 1985, o GT passou a nortear as atividades de controle de doenças transmissíveis em todo o município.

Também em Niterói, o não-cumprimento rotineiro da notificação daquelas doenças que compulsoriamente deveriam merecer notificação tem sido um dos fatores impeditivos para o traçado de um perfil mais real das condições sanitárias locais. O GT concentrou esforços no trabalho de conscientização e facilitação da notificação nos setores público, contratado e autônomo, com o apoio integral da Associação Médica Fluminense e do Sindicato dos Médicos. Ampliou-se o número de unidades sanitárias que procedem à vigilância epidemiológica, passando a incluir a rede de nível primário da Secretaria Municipal de Saúde, com alteração do fluxograma de informação e criação de uma Unidade de Vigilância Epidemiológica naquela Secretaria.

O GT manteve a coordenação interinstitucional do setor e passou a editar bimensalmente o *Boletim de Vigilância Epidemiológica*, com análise de dados de incidência e prevalência de doenças, morbidade e mortalidade discriminadas por bairros do município. Esse boletim é encaminhado a diversas instâncias, tanto no sentido da base como do ápice do sistema. A cada publicação é eleito um tema relacionado à epidemiologia para apresentação e discussão.

Prevê-se a municipalização da vigilância, mantendo-se a coordenação interinstitucional e a informatização no Projeto Niterói. A Secretaria Municipal de Saúde já desenvolve, atualmente, o controle de focos endêmicos e epidêmicos.

Outros GTs existiram e deixaram de existir, nem sempre motivados pelo esgotamento de suas ações, mas quase sempre pela impossibilidade de levar adiante suas propostas, dados os limites impostos às ações. Caso típico do que afirmamos ocorreu com o GT de Medicamentos, que apesar de haver constituído uma proposta de trabalho de indiscutível peso para a integração, encontrou, como entrave, a falta crônica de medicamentos por parte da Ceme. O GT produziu uma listagem-padrão mínima de medicamentos a serem utilizados na rede local, articulando sua

¹⁴ *Coleta de exames* significa o estabelecimento de um fluxo para recolhimento de material a ser examinado pelos laboratórios da rede pública local.

divulgação, bem como o cadastramento de pacientes crônicos para garantia de distribuição de medicamentos.

Seb o título de GT de Comunicação Social existiu, no Projeto Niterói, uma assessoria contando com uma Técnica em Comunicação da UFF que, desde 1983, tentou dar às suas atividades as características das atribuídas aos GT, tendo elaborado proposta de trabalho da qual constava: preparação de releases para distribuição à imprensa, edição do Jornal de Integração, acompanhamento do noticiário jornalístico relativo ao Projeto Niterói e à saúde em geral, preparação de encontros com a comunidade, execução do projeto de construção da memória do Projeto Niterói, produção de histórias em quadrinhos e material audiovisual para divulgação junto à comunidade.

Para a execução do trabalho desse GT eram necessários recursos humanos e materiais diversos, solicitados por diversas vezes à CEL que, embora aprovando a proposta, não dotou o GT das condições mínimas necessárias ao seu desempenho.

Como grupo o mesmo nunca existiu. Porém, como assessoria direta do Secretário Executivo, desde 1983, o único elemento nele lotado vem exercendo essas funções, tendo conseguido alguns espaços na imprensa local, falada e escrita. Essa conquista é muito pequena, ante o papel fundamental que representa a divulgação como atividade-meio para o andamento do Projeto Niterói e apropriação maior, pela população, de seus direitos junto à rede de saúde local.

Outro grupo de trabalho que também foi criado e não conseguiu avançar em suas propostas foi o GT de Recursos Humanos. Criado em 1983, elaborou proposta de trabalho aprovada pela CEL. Na prática, só conseguiu desenvolver algumas ações que, basicamente, não atacavam questões fundamentais em termos de integração de serviços. Por ocasião da elaboração da proposta, o GT apontava duas linhas de trabalho, uma ligada à questão da educação (formação, treinamento e educação continuada), outra ligada à administração de recursos humanos existentes (necessidade de discussão e compatibilização de cargas horárias nas diferentes instituições, quadro funcional, atribuições dos diferentes profissionais, planos de cargos e salários compatibilizados e isonomia salarial). O GT funcionou com apenas dois elementos durante muito tempo, renovando, constantemente, a necessidade da incorporação de outros, e só encontrou espaço nas instituições para atuar na linha ligada à educação, tendo desenvolvido alguns cursos de treinamentos e seminários internos.

No Projeto Niterói, o custeio do setor saúde é acompanhado (ver tabela 2) sinteticamente, tendo sido conseguida a utilização de recursos dos convênios AIS para programas especiais, através da liberação de alguns tetos máximos não utilizados pela produção de serviços.

Em Niterói, observa-se a pontualidade no repasse dos recursos financeiros às instituições, sem entraves burocráticos, com um acompanhamento regular por parte da Secretaria Executiva do Projeto.

Vale registrar também que seminários internos de avaliação são realizados ao final de cada ano, desde 1982, com o objetivo de proceder a uma análise do desenvolvimento do trabalho ao longo do ano, bem como apontar as realizações, os entraves, as distorções e as possíveis correções.

Além dos avanços obtidos através dos GT, alguns outros lembrados, de cunho inter e intrainstitucional, merecem destaque: a) subordinação, à Comissão Executiva, de todo o processo de expansão e retração da rede contratada pelo Inamps, acatando sistematicamente os pareceres da CEL; b) a descentralização promovida

ao final de 1986, pela Superintendência Regional do Inamps, ampliando o poder administrativo da Divisão de Medicina Social de Niterói, pela qual esse órgão passou a coordenar as atividades do Inamps também em São Gonçalo, Itaboraí, Magé e Maricá, permitindo avançar no planejamento integrado da "Grande Niterói"; c) a descentralização da gerência financeira dos recursos oriundos das AI, por parte da Secretaria Municipal de Saúde, até ao nível das chefias de suas unidades assistenciais; d) a mudança do perfil de demanda do sistema, com diminuição de cerca de 27% dos atendimentos do Inamps, em seus postos geograficamente centralizados, com conseqüente crescimento da assistência prestada pela rede periférica; e) a extensão do apoio financeiro da Fundação Kelloggs ao programa de integração docente-assistencial do Hospital Universitário Antonio Pedro para o Projeto Niterói, melhorando os recursos materiais e abrindo perspectiva de celebração de convênio para todo o sistema; f) aprovação, pelo órgão de avaliação e controle da SRRJ-Inamps, de mudança no processo de supervisão programática, acatando e autorizando proposta encaminhada pelo Projeto Niterói; g) articulação entre a Secretaria Executiva do Projeto Niterói e a coordenação do Curso de Medicina da UFF no processo de utilização da rede de saúde para a prática da integração docente-assistencial; h) a co-participação do Projeto Niterói na promoção do curso de especialização em administração de serviços de saúde em áreas integradas, regionalizadas e hierarquizadas da Universidade Federal Fluminense; i) articulação em ações específicas com instituições como LBA, Funabem, Feem, Sucam, Fundação Sesp, Fundação Leão XIII, Fundrem, Feema e Conselho Municipal de Assistência a Pessoas Deficientes, entre outros.

Tabela 2
Projeto Niterói
Ações Integradas de Saúde
Total de repasse financeiro do Inamps
para as instituições conveniadas

Instituição	Anos			
	1982	1983	1984	1985
SESH	20.284	138.305	501.170	3.423.442
SMS	17.159	63.128	290.172	3.548.945
UFF	638.082	1.125.223	3.050.271	37.323.421

Fonte: Serviço de Contas Médicas do Inaps e Setor Financeiro da Secretaria de Estado de Saúde e Higiene (SEHS), Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Universidade Federal Fluminense.

6. Considerações finais

Um quadro geral do que foi construído nesses anos de existência do Projeto Niterói, desde a sua criação até o estágio atual, foi traçado. Algumas dificuldades foram enfrentadas e avanços foram atingidos.

No quadro das dificuldades, podem ser enumerados os seguintes fatos:

– Até hoje, o colegiado das instituições que gerenciam o Projeto Niterói ainda não absorveu o Projeto enquanto parte integrante das respectivas instituições (UFF, SMS, SESH e Inamps); o discurso o coloca como uma outra instituição.

– O fato de o Projeto Niterói não ser uma instituição e não poder dispor de recursos próprios tem limitado, em muito, a execução de suas atividades, ficando na dependência da destinação de recursos, também precários, das instituições integrantes.

– O esvaziamento da CEL em determinados períodos em que são colocadas questões de caráter mais político para serem arbitradas, tendo sido necessário recorrer a mudanças na sistemática de *quorum* deliberativo, como estratégia de ação.

– O distanciamento ainda existente entre o Projeto Niterói e a comunidade usuária dos serviços. A participação da população, apesar de formalmente colocada a nível da CEL, ainda é pouco significativa, com manifestações cíclicas de avanços e recuos.

– O fato de o Projeto Niterói não dispor de uma estrutura de divulgação melhor equipada, posto que a informação tem sua correspondente no que tange ao poder.

– A falta de uma estrutura de apoio administrativo qualitativa e quantitativamente mais bem organizada.

– A participação igualitária de todas as instituições envolvidas ainda está longe de ser realidade. Há claros desníveis no grau de envolvimento e participação.

– A dificuldade de estabelecer uma avaliação qualitativa do processo de integração interinstitucional, considerando os limites da forma de estabelecimento dos convênios (bilaterais Inamps e Instituição com repasse de recursos por produção de serviços). Tal procedimento provocou ações restritivas ao cumprimento de uma integração programática interinstitucional envolvendo as quatro instituições participantes (UFF, SESH, SMS e Inamps).

– A dificuldade de os Grupos Executivos Locais assumirem um papel mais afetivo na Coordenação Setorial do Sistema, já que, criados em número de dois (norte e centro-sul), têm encontrado, no refluxo porque passa o movimento comunitário em Niterói, um entrave ao cumprimento de seus objetivos de incorporação da população na gerência do sistema.

O crescimento da experiência vem apontando, já há algum tempo, para a necessidade de um aprimoramento gerencial, dentro de um leque de medidas que inclua, entre outras, a orçamentação integrada com a criação do Fundo Único de Saúde, maior poder de resolutividade para as estruturas gerenciais das AIS, extinção da dicotomia entre ações preventivas e assistenciais, bem como substancial mudança na qualidade da prestação dos serviços de saúde à população.

O Projeto Niterói, ao longo desses anos de existência, colheu os frutos resultantes das ações pioneiras. Entre ensaios e erros construiu um caminho em busca da integração almejada dos serviços de saúde em Niterói.

Sem ter essa pretensão, transformou-se em laboratório de uma experiência que se expandiu para o restante do país, assumindo outras características mas mantendo o caráter geral da proposta iniciada em Niterói: integração, hierarquização e regionalização das ações de saúde através das Ações Integradas de Saúde (AIS).

Se deu certo, este é um julgamento difícil de fazer. O que se pode dizer é que entre o sonho e a realidade estabeleceu-se uma conexão, e que muito da utopia inicial foi realizado. O Projeto Niterói, com seus erros e acertos, hoje tem um passado, realiza um presente e aponta para o futuro onde as experiências passadas terão seu peso. A visão crítica do processo vivenciado leva a equipe atual a procurar estratégias de ação presentes com vistas ao futuro, que aponta no sentido de um sistema unificado de saúde, onde eficiência, eficácia e resolutividade da rede sejam um imperativo e o respeito à população um direito adquirido e não figura de retórica.

A ressonância das ações do Projeto Niterói fez com que organismos internacionais, como a Fundação Kelloggs e a Organização Mundial de Saúde, respondessem às suas consultas e passassem a investir na proposta com cooperação técnica e intercâmbio.

Summary

The author presents the recent events concerning the development of Projeto Niterói, with the evolution of Ações Integradas de Saúde-AIS (Integrated Health Actions) in Niterói, located in Rio de Janeiro metropolitan area. The introduction of the paper reveals historical and geographic aspects of the city, besides a description of the medical equipment of its health care system. Following a report is made on the process of construction of Projeto Niterói, the formal means that consolidated the proposition and its management. Finally, an evaluation of the process as a whole is presented.

O CORREIO DA UNESCO ENCADERNADO

Edições de 1981, 1982, 1984, 1985, 1986 e 1987

Se você é comprador assíduo ou, melhor ainda, assinante recente de O Correio da Unesco, não perca a oportunidade para completar sua coleção dessa revista que deixa você "por dentro do mundo". Estão à venda, pela Fundação Getúlio Vargas, reedições e números atrasados em coleções anuais encadernadas, com capa dura revestida de percaline verde e gravação a ouro. Ainda há disponíveis as de 1981, 1982, 1984, 1985, 1986 e 1987.

Faça logo sua reserva.

Uma bela sugestão de presente para qualquer ocasião.

Mande hoje mesmo o cupom abaixo, preenchido à máquina ou com letra de fôrma.

Não mande dinheiro agora.

Você só paga quando receber as coleções na agência dos Correios mais próxima do seu endereço.