

**FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA
DE MOSSORÓ**

ALEXSANDRA OLIVEIRA BESSA

**O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE TABULEIRO DO NORTE – CE:**
avanços e desafios sob a ótica dos Secretários de Saúde

MOSSORÓ

2010

ALEXSANDRA OLIVEIRA BESSA

**O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE TABULEIRO DO NORTE – CE:**
avanços e desafios sob a ótica dos Secretários de Saúde

Monografia apresentada à Faculdade de
Enfermagem Nova Esperança de Mossoró –
FACENE/RN, como exigência parcial para
obtenção do título de Bacharel em
enfermagem.

Orientador (a) Prof. Esp. Verusa Fernandes Duarte

MOSSORÓ

2010

ALEXSANDRA OLIVEIRA BESSA

**O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE TABULEIRO DO NORTE – CE:
Avanços e desafios sob a ótica dos Secretários de Saúde**

Monografia apresentada pela aluna Alexsandra Oliveira Bessa, do Curso de Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: ____ de _____ de 2010.

BANCA EXAMINADORA

ORIENTADORA: Prof^ª. Esp. Verusa Fernandes Duarte (FACENE/RN)

MEMBRO: Prof^ª. Esp. Karla Simões Cartaxo Pedrosa (FACENE/RN)

MEMBRO: Prof^ª. M.Sc.. Jussara Vilar Formiga (FACENE/RN)

Essa minha caminhada árdua na profundidade de meu ser, dedico em primeiro lugar a Deus, que é tudo além de bom Pai, por ter acreditado em sua serva e filha, dando-me coragem e sabedoria para enfrentar as dificuldades e atribulações.

E com muito orgulho dedico também à benevolência de minha mãe, que em nenhum momento me abandonou nessa etapa de minha vida, por todas as maneiras as quais demonstrava o quanto me amava sempre.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que acreditaram em mim, principalmente Deus, por sempre estar ao meu lado, por me encorajar em horas de desânimos, dando-me forças para concluir mais um projeto de vida; a minha mãe e minha amiga de infância, Lilian Siqueira, que muito participou e sempre esteve ao meu lado e contribuiu de todas as formas possíveis, dedicação e estímulo para enfrentamento constante, acreditando em mim e nos meus sonhos.

A diretoria da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, pela força e incentivo e por acreditar; aos meus professores e preceptores, que fizeram com que eu me apaixonasse cada vez mais pela enfermagem, em especial a minha orientadora, Verusa Fernandes, as professoras Ivone Borges, Karla Simões, Jussara Vilar e Jaiza Pontes, pela paciência dedicada a mim, ao passar todos os conhecimentos e me guiarem para ser hoje esta pessoa e tornar possível esta minha monografia, quando disponibilizaram seu tempo e conhecimento sem restrições.

As amigas que conquistei no decorrer da faculdade, sei que iremos continuar nossa amizade, porém agora como futuras profissionais de enfermagem: em especial, Fabienne Mesquita, Mayre Lucy, Lucia Batista, Gisele Santos, Lisandra Mendes, Waldelice Pureza, Karla Pessoa, Kallyane Kadija, Railma Felicio, Valcicleia Soares, Michelle Nunes, Neide, Saulo Rogério, Tamara Gurgel e aquelas que irão me desculpar se minha falha memória for, ao não citar seus nomes, pois as amo de coração, mas que fica aqui meu grande agradecimento neste momento de minha vida.

Quero deixar registrado meu agradecimento e reconhecimento com muito carinho a todos os que fizeram parte de minha vida...

Este momento em minha vida é a autópsia de alguns pensamentos que tive ao longo deste trabalho. Foi um momento difícil em minhas mãos a experiência de vidas, esperanças, sonhos e realizações... Em algumas vezes, encontrando algo em estado de rigidez cadavérica. Movia-se intensamente em minha mente de chegar à conclusão de uma certeza de que agora neste escrito sei que continuarei minha missão na enfermagem.

Alexsandra Oliveira Bessa.

RESUMO

O presente estudo objetivou identificar os avanços e desafios na implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) sob ótica dos Secretários Municipais de Saúde de Tabuleiro do Norte – CE. A pesquisa foi de natureza descritiva exploratória, com abordagem quantitativa. Foram pesquisados 04 Secretários Municipais de Saúde de Tabuleiro do Norte – CE, através da aplicação de formulários. Quanto à caracterização da amostra, constatou-se que a idade de dois (50%) possuem 50 anos, sendo que um (25%) possui 34 anos e outro (25%) possui 36 anos, em relação aos anos de gestão, de acordo com a amostra estudada, atuaram como gestores entre um a sete anos em exercício. Os quatro (100%) possuem nível superior. Observou-se que três (75%) dos Secretários Municipais de Saúde de Tabuleiro do Norte – CE, afirmaram avanços na implantação da Estratégia Saúde da Família, enquanto 25% disseram que não alcançou a implantação em sua gestão. No estudo revelou-se que quatro (100%) enfrentaram desafios, sendo que um (25%), ao assumir a Secretaria de Saúde de Tabuleiro do Norte – CE, enfatizou a falta de comprometimento dos conselheiros. Salientamos que dois (50%) dos entrevistados, durante o período de sua gestão, os desafios encontrados foram à falta do comprometimento dos profissionais com o seu trabalho e que um (25%) ressaltou os desafios que seriam na reorganização da assistência à saúde e como também fazer um documento que servisse como plano de saúde. Conclui que os Secretários Municipais de Saúde de Tabuleiro do Norte – CE diante das dificuldades encontradas obtiveram resultados positivos nos avanços com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Palavras-chave: Secretários municipais de saúde. Políticas de saúde. Estratégia saúde da família.

ABSTRAT

This study has the purpose of identifying the progress and challengers of the implementation of family health strategy (FHS) from the perspective of municipal health secretary of Tabuleiro do Norte-CE. The research was exploratory and descriptive nature with quantitative approach. Were surveyed four municipal health secretary of Tabuleiro do Norte-CE, through the application forms. The findings demonstrated that the age of two of the secretaries (50%) is 50 years old, one has 34 years old and another 36 years, in relation to years of management, and they acted as managers from one to seven years in office. All of them (100%) are college. It was observed that three of the health secretaries of Tabuleiro do Norte-CE, (75%) confirmed advances in the implementation of family health strategy (FHS), while 25% said that were not able to implement in your management. The estudy revealed that all of them (100%) faced challenges, one of them emphasized the lack of commitment of the directors. We note that two of the interviewees, during the period of their management encountered difficulties with the lack of involvement of professionals with their work, and note the difficulty of reorganization of health care and also making documents that serves as a health plan. Concludes that the health secretaries of Tabuleiro do Norte-CE faced to the difficulties got positive results in the implementation of the family health strategy (FHS).

Keywords: Municipal Health Secretaries. Health politics. Family health strategy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição da amostra relacionada com idade dos Secretários Municipais de Saúde de Tabuleiro do Norte – CE	24
Tabela 2. Distribuição relacionada com a ocupação atual dos Secretários Municipais de Saúde de Tabuleiro do Norte – CE	24
Tabela 3. Caracterização da amostra com os Secretários Municipais de Saúde de Tabuleiro do Norte – CE, relacionada com formação	25

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	10
2.1 OBJETIVO GERAL	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
3 REFERENCIAL TEÓRICO	11
3.1 A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PUBLICAS NO BRASIL.....	11
3.2 REFORMA POLITICA E SANITÁRIA	12
3.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COMO MARCO REFERENCIAL DA HISTÓRIA DA SAÚDE.....	14
3.4 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	17
3.5 O PACTO PELA SAÚDE	18
3.5.1 O Pacto de gestão	19
3.5.2 O Papel dos Secretários de Saúde	19
4 METODOLOGIA	21
4.1 TIPO DE PESQUISA	21
4.2 LOCAL DE ESTUDO	21
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	21
4.4 INSTRUMENTAÇÃO PARA A COLETA DE DADOS	21
4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETAS DE DADOS	22
4.6 ESTRATÉGIA PARA ANÁLISE DOS DADOS	22
4.7 OS ASPECTOS ÉTICOS	22
4.8 FINANCIAMENTO	23
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	24
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIA	32
APÊNDICES	37
ANEXO	41

1 INTRODUÇÃO

Com o passar do tempo, viu-se a necessidade de mudanças na saúde desenvolvendo-se a construção de políticas de saúde. Como em todo o mundo, o Brasil precisava de uma reorganização econômica, educacional e de saúde (SAITO, 2008).

Antes, como ainda predominava a prática sanitária e o modelo hegemônico, a população não se beneficiava com qualidade de saúde, começando aí a necessidade de construção de uma estratégia que, mesmo com dificuldades de aceitação, fosse insistida para garantir e assegurar atendimentos de melhoria de qualidade de vida (ANDRADE, 1998).

No ano de 1978, organizou-se, na cidade de Alma-Ata, capital da República do Cazaquistão, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, deixando-se claro, no relatório da conferência, que os cuidados primários são os principais meios que levam a alcançar um nível de saúde com melhor estimativa futura, e que tal nível de saúde precisa fazer parte do desenvolvimento social e estar baseado no espírito de justiça (ANDRADE, 1998).

Existem vários fatores desencadeadores para o processo de crescimento e desenvolvimento de saúde em um município, dentre eles o trabalho e o papel dos gestores (Secretários de Saúde) do Sistema Único de Saúde (SUS), que representa um dos mais importantes pontos da política de saúde no nosso país. A complexidade dos conflitos e interesses, a dimensão do alcance do sistema, os avanços e desafios enfrentados são elementos que conferem destaque nas discussões em saúde (BRASIL, 2009).

A partir da construção do conhecimento, foi enfatizado, durante as disciplinas de Enfermagem em Saúde Coletiva I e II, o interesse por um aperfeiçoamento da compreensão sobre a construção e implantação dos novos serviços de saúde no Brasil. Isso veio a impulsionar a escolha por este tema, em especial no Município de residência da pesquisadora participante, que se sentiu inquieta por compreender como se deu todo esse processo, levando-se em conta a forma de como foi a implantação da estratégia de saúde da família, enfatizando as contribuições, os avanços e desafios que determinam o sucesso de qualquer sistema coletivo, bem como o papel dos gestores do SUS, os avanços

e desafios enfrentados. São elementos que conferem destaque e relevância ao assunto e com aquela localidade em particular.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar os avanços e desafios na implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), no Município de Tabuleiro do Norte/Ceará, sob a ótica dos secretários municipais de saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Constatar a evolução da Estratégia Saúde da Família (ESF) como eixo estruturante na organização da rede de serviços da assistência à saúde;
- Descrever, a partir da experiência dos secretários municipais de saúde, as principais dificuldades e avanços da ESF.
- Identificar os avanços e desafios na implantação da ESF no município de Tabuleiro do Norte/Ceará, sob a ótica dos secretários municipais de saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

A evolução da saúde pública coincide com o crescimento e o surgimento de doenças nas camadas das populações menos favorecidas, determinando a aplicação de novas políticas sanitárias para o controle das epidemias que assolavam essas populações na época em que a economia do país estava em declínio. A partir daí, o sanitarista Oswaldo Cruz teve um cuidado especial no combate a doenças contagiosas, e a ideia de campanhas sanitárias surgiu para que o cuidado com a higiene urbana e pessoal fosse primordial nessa nova estratégia de saúde (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2005).

A partir de algumas décadas atrás, surgiam ideias que defendiam recursos melhores na saúde para a população. Apareciam, também, estudiosos defensores que criavam subsídios. Em 1934, criou-se um departamento, conhecido como Departamento Nacional de Saúde Assistência Médico-Social, que beneficiava ou mascarava a situação de ajuda daqueles que não tinham trabalho em empresas ou agregação a elas, mas eram autônomos e podiam ter um tipo de atendimento e isso custava caro, (DNSAM) (BRASIL, 2005).

A Lei Eloy Chaves, de 1923, trouxe contribuições para a classe operária, uma vez que os empregados de estradas de ferro contribuía financeiramente. Surgiram, então, as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), e a sua arrecadação visava à industrialização do país e também ao mercado da doença e logo se transformou em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP's). Até então, só quem teria assistência à saúde seriam os trabalhadores ou contribuintes de zona urbana. Ainda sobravam os que realmente não podiam e não tinham como contribuir, no entanto o que eles tinham direito eram as vacinas obrigatórias e alguns hospitais filantrópicos, associados a faculdades, mas era isso bem restrito, pois essas entidades sempre estavam lotados e não tinham condições de atender tanta demanda (BRASIL, 2005).

Nesse conteúdo de incoerências e crises, o Estado autoritário viu-se comparado com sua capacidade de manutenção do modelo. Um movimento sanitário como um grupo organizado de pessoas e partidários, e/ou não articulados ao redor de um projeto, já que o movimento sanitário vinha de práticas de vida de décadas anteriores, iniciadas em 1980, fazendo táticas e formulações com implementações inovadoras para a época, ativamente com o auxílio das políticas de saúde, mesmo que ainda com o grande problema que foi a crise previdenciária nos Estados. Diante do movimento sanitário, a participação do coletivo foi crucial para as outras práticas dos anos seguintes. Com o movimento sanitário, ressurgia uma experiência diferente e rica na área da luta em torno das políticas públicas e das suas implicações para os grupos de defesa, tais como estado e sociedade, convertendo o conteúdo da participação aos direitos com universalização para todos (BRASIL, 2006a).

3.2 REFORMA POLÍTICA E SANITÁRIA

Os movimentos populares tomaram maior espaço nas reivindicações por melhor assistência à saúde. Observaram-se os movimentos revolucionários que, devido a modificações estruturais na economia e na política no país, estados e municípios mobilizaram-se com o apoio de classes menos favorecidas, ou seja, as que não tinham trabalho e as que eram em maioria, e nelas, as mais necessitadas, começavam a protestar para um atendimento e atenção maior (SCOREL, 2000).

Observando um período conturbado, com baixos salários e poucos benefícios, marginalização, moradias inapropriadas ou inexistentes, agravando mais o social, quando os investimentos em saúde pública eram mínimos, o governo, pressionado com crises, fazia algumas modificações em estados mais populosos. O Ministério da Educação e o da Saúde Pública começaram a se preocupar com a fiscalização em produtos de origem animal, que logo passou a ser de responsabilidade do Ministério da Agricultura. Assim, sucessivamente para setores que fiscalizassem, vinculados todos ao Ministério da Justiça. Todo o processo de crescimento político foi crucial para as mudanças na saúde, com criação de Leis. Uma das mais importantes para o estado e, logo em seguida, para os

municípios, foi a Lei Orgânica da Saúde. Quando sancionada, promulgava o regime a ser seguido sob o olhar da Justiça Federal (POLIGNANO, 2010).

Os trabalhadores, mesmo os que não tinham trabalho registrado, ou os que não eram agregados a nenhuma instituição, eram obrigados a pagarem impostos sobre tudo quanto era adquirido, como alimentos, roupas, remédios, entre outros. Mesmo assim, viam entes queridos morrerem por de falta de atendimentos. Naquela época, os Estados começavam a ser cobrados a ingressar a saúde pública dentro das questões sociais (BACELAR, 2010).

O sistema, que começou a demonstrar o seu tipo de proposta desde muitas décadas atrás, com a construção de políticas de saúde, baseadas no modelo europeu, criou maior força na crise da assistência médica privatista. Com a industrialização, a assistência ficara cada vez pior, ou seja, só quem tinha emprego ou quem contribuía tinham acesso aos serviços de saúde pública. Os privilegiados eram os que contribuía para a previdência social ou integrados a ela, sem deixar de enfatizar que, nas grandes cidades ou capitais, os médicos faziam consultas para curar, no momento, com equipamentos de última geração. Então, a visão deles era o mercado da doença: quem tinha dinheiro para pagar a consulta era bem-vindo (COSTA, 1998).

Mesmo em meio à crise da Previdência, no início dos anos 1980 surgia um atendimento médico para áreas urbanas em parceria do Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social (INAMPs) com as Secretarias Estaduais de Saúde (COHN, 1996).

A Reforma Sanitária do Brasil foi um marco na saúde pública surgida na década de 1980. No fim dos anos 1970, a sociedade brasileira estava engajada na luta pela liberdade democrática contra a ditadura. Paralelamente a esse movimento, foi criada a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Pública – ABRASCO, surgindo, então, o Movimento Municipal de Saúde. Esses dois fatos formaram as raízes iniciais da Reforma Sanitária e trouxeram à tona os movimentos Sociais. Evidenciaram-se, também, os problemas de saúde pública do Brasil, como por exemplo, a crise da Previdência Social (FIGUEIREDO, 2007).

Para que entendamos a reforma sanitária, é preciso salientar que ela foi baseada na Constituição. Segundo esta, na saúde, é fundamental que todos tenham assistência sem

distinção, e que é dever do Estado e dos governos que a população seja amparada. O sistema único de saúde seja para todos, com os princípios reconhecidos e aplicados como o da universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 2006b).

O processo de construção de um acesso universal aos serviços de saúde ainda caminhava a passos lentos, até chegar o que hoje é preconizado, como a medicina comunitária, que já estava unida à sanitária. Algumas, tais como intelectuais e pessoas preocupadas em resolver os problemas da saúde, discutiam em locais acadêmicos e instituições a busca de alternativas. Isso foi o começo de passos importantes para o desenvolvimento de saúde de hoje (COSTA, 1998).

3.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COMO MARCO REFERENCIAL DA HISTÓRIA DA SAÚDE

O início desse sistema sofreu influência do século passado e teve muitas modificações. Hoje, o modelo de assistência no Brasil teve como marco suas grandes divisões, tais como econômicas e políticas bem distintas. O modelo sanitarista campanhista explorava os populares rurais, e sua economia não tinha valor, passando, logo em seguida, a das cidades, com as indústrias, surgindo massa de assalariados e comprometidos em pagarem impostos, com a necessidade de atendimento médico previdenciário e a medicina, que invadia da força de trabalhos árduos, que na mão do governo eles controlavam. Assim, os populares viam que não iriam ter uma assistência digna, surgindo as manifestações e reivindicações, as conferências começavam a causar efeito. A 3ª Conferência Nacional de Saúde propôs a participação dos populares e a descentralização do sistema de saúde (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

A política começava a ser cobrada ao ponto de pressionar também esse modelo assistencial, que faz jus a reorganizar e ver que estavam começando uma luta com populares se a assistência não fosse para todos. O Brasil começava a sofrer suas consequências, indo de frente com a população. Então, começou-se a idealizar uma atenção básica, que era bem simples, além de curativista, mas, para quem não tinha nada, já era um avanço. Em meados de 1970, surgia a assistência dos médicos voluntários e as voluntariedades acadêmicas por necessidade médica, atendimento em comunidades mais

distantes e remotas de atendimentos. Surgiu a medicina comunitária em algumas instituições e secretarias de saúde, no final de 1979, em um dos programas já criados de atenção básica, que se chamava a primeira seletiva para diminuir a veiculação de doenças. Em seguida, veio a municipalização na saúde (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2005).

O SUS teve seus altos e baixos, foi retratado pelas mudanças tanto políticas como socioeconômicas e culturais. Com isso, o SUS, no mundo, vem sendo comparado hoje a ser uma diferença em qualidade de vida, ou seja, mudanças com projetos, implantações e ações mesmo curativas (BRASIL, 2007a).

O principal objetivo do SUS seria difundir e robustecer seus atendimentos, ou seja, fortalecer o setor estatal em todos os níveis federal, estadual e municipal e, como meta principal, prestar mais serviços, e que os setores privados seriam mais controlados nos seus procedimentos operacionais, nas suas atuações de saúde (COSTA, 1998).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi registrada como uma divisão, ou seja, ela dividiu o movimento sanitário para o SUS de hoje, com participação populacional, de várias categorias preocupadas com a qualidade de vida de todos. Entre algumas propostas acatadas, estavam sendo feitos e apresentados relatórios de constante trabalho de ampliação de saúde. Esta, por sua vez, incluía condições satisfatórias para todos a partir de: condições de vida, alimentação, lazer, acesso e posse de terra, transporte, emprego e moradia, isso com esforços de vida cotidiana sofrida. Com a Reforma Sanitária proposta, concretizara em um plano jurídico e institucionalizado a implantação do SUS (FONTINELE JÚNIOR, 2008).

Os princípios, diretrizes e características consolidam um modelo assistencial completo, com universalidade que dá a garantia de que o cidadão tem direito aos serviços de saúde pública e conveniada, assegurados a uma rede de hierarquização, na normatização de um sistema de saúde universal. O acesso universal ao sistema dá garantias, além do constitucional, e é visto como uma luta vencida diante de tantos movimentos feitos. A Equidade é um dos princípios de acesso aos serviços de saúde com igualdade, não importando com gênero, raça, situação econômica cultural e nem religiosa (SAITO; OHARA, 2008).

No princípio da integralidade, havia uma separação com o que era feito nas ações preventivas das ações curativas. Isso os Ministérios eram quem organizava essa separação, hoje a legislação é muito clara e objetiva e define que se devem atender as ações de caráter individual e coletivo, sendo elas pagas e vinculadas aos atendimentos e demandas livres, com atendimentos prioritários a pacientes com doenças já instaladas e com intervenções para reduzir danos e iniciar o tratamento rápido. Descentralização de ser atendido com a resposta administrativa, mesmo que com governos anteriores, com competência e instância diferentes da União, do Estado aos municípios. Controle social – é que a população participe de forma deliberativa, e oferecendo subsídios para que fique mais junto dos populares. Todos esses princípios foram regulamentados por leis para que este sistema tivesse real efetivação (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

Com a Lei Orgânica da Saúde (LOS) e regulamentações em vigor, o SUS dispõe de um planejamento com o objetivo nas três esferas de gestão. Dispõe de formulação nos acordos de requisitos para transferência de recursos e ações com o controle e auditoria. A Lei nº 8.080/1990 tratou da questão do planejamento do SUS nos artigos 7º, 15, 16, 36 e 37. Já na Lei nº 8.142/1990, no seu artigo 4º, entre os requisitos para o recebimento dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde, define que os municípios, os estados e o Distrito Federal devem contar com Plano de Saúde e Relatório de Gestão que permitam o controle de que trata o parágrafo 4º do art. 33, da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 2009).

Em seguida às LOS, vieram as Normas Operacionais Básicas (NOB), que dão sustentabilidade aos discursos Constitucionais, representando um conjunto de formas apropriadas com a finalidade de efetivar e auxiliar na construção do SUS. Destacaram-se as NOB – SUS 01/91, que define critérios de distribuição de Autorização para Internação Hospitalar – AIH, quais sejam: 10% da população/ano por estado; NOB – SUS 01/92, enfatiza o processo de descentralização sob o jargão “Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei”; NOB – SUS 01/93, propõe estimular a descentralização; NOB – 01/96 dispõe da inversão da hegemonia do modelo assistencial; por fim, das mais importantes: NOB – SUS 01/2001, que estabelece a diretriz para o processo de regionalização, fortalecendo a autonomia do SUS (SAITO, 2008).

O SUS defende um modelo de unificação de atendimento nos princípios e diretrizes da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação

popular, caminhos ainda árduos, pois a sua magnitude está sendo bem vista em outros países e copiadas como modelo e exemplo, visto como força e dedicação em todos os níveis de atenção, com registros de seus avanços e desafios, prosseguindo ao longo desses anos, a cada indicador de saúde, em que menos crianças morrem, mais mulheres são atendidas, mais idosos são beneficiados e doenças são controladas e com contribuições e mudanças implantadas, ideias de gestores que buscam a melhoria regidas por princípios constitucionais referidos na Constituição de 1988 (BRASIL, 2009).

Desde algum tempo, o SUS vem sendo modificado aos poucos para que as ideias sejam postas em prática e que proporcionem melhoria na assistência à população, vêm sendo criadas reformas, normas operacionais e, agora, um acordo ou pacto pela saúde, que foi o último movimento de mudanças das normas operacionais. Como o SUS foi criado em 1988, com ideias de movimentos sanitários e políticos, já com resquícios de ideias de anos antes, isso só reforçou que a saúde tende ainda a crescer muito (FONTINELE JUNIOR, 2003).

Desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, baseando-se em conceitos anteriores, estudaram-se estratégias para a melhoria da saúde da população. Diante de tanta discussão, não devemos esquecer que a política envolvida faz presente com muitos movimentos de reivindicação popular. A sociedade menos favorecida reivindica constantemente a sua melhoria na saúde. Assim se faz presente a sociedade, que procura melhoria na assistência (FIGUEIREDO, 2007).

Isso é visto como marcos e avanços constantes de desenvolvimento na saúde. Sabe-se por números crescentes de hospitais, postos de saúde, unidades de pronto atendimento, política em saúde mental, de exames tanto de imagem como laboratorial, vacinas, saúde bucal, atendimentos de enfermagem e médicos, entre outros que não param de crescer (FONTINELE JUNIOR, 2003).

As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas em prática são, às vezes, deixadas de serem feitas como a lei rege, tendo que serem conforme a situação da população, pois a demanda é muito grande, levando a crer que ainda deixa de fazer a sua parte. Entretanto, a política era subdividida em períodos e em diferentes setores, como a saúde pública e a de medicina preventista, que foi um marco para o desenvolvimento político, social e nacional (FIGUEIREDO, 2007).

3.4 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Programa Saúde da Família (PSF), que hoje se transformou em Estratégia, é um grande desafio para conceito em Saúde. Uma ideia que começou a passos lentos a partir de 1966, nos EUA. Já no Brasil, iniciou-se em 1991, com os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Depois disso, foi o estopim para dar início a Estratégia de Saúde da Família, no ano de 1994. O seu objetivo é uma organização das práticas de atenção à Saúde, com uma nova base de substituição da antiga, mas com qualidade, e vendo a real necessidade com o propósito de um atendimento adequado, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorar a qualidade de vida de toda a população (FONTINEL JÚNIOR, 2003).

A organização da Atenção Básica como os Serviços de Saúde Primária é de suma importância, comum a diversos locais. Essa perspectiva de reorganização da atenção básica cada vez mais ganha novas adesões dos municípios brasileiros, onde os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) são referências dessa nova ordem, tendo mais características de uma atenção consolidada, como por base alguma característica tais como: porta de entrada para o sistema, em que também a assistência poderá ser prestada na Unidade de saúde da família como também no domicílio de residência, responsabilidade pelos indivíduos ao longo do tempo, independentemente da atenção, a capacidade de coordenar os cuidados às necessidades (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

A descrição da Estratégia de Saúde da Família (ESF) deve-se estabelecer relação com o aspecto do sanitarismo, epidemiológico e socioeconômico da comunidade limitada na área de abrangência. A ESF destaca-se por seu poder de estratégia, reorganizada no sistema básico, buscando impacto positivo de sua expansão, cresce e melhora a saúde dos indivíduos, do coletivo e do núcleo familiar (SAITO, 2008).

Na Estratégia de Saúde da Família, sua composição é a de uma equipe de multiprofissionais, cuja formação no mínimo constituirá de um médico que atenda a todos que integram a família, independente de qualquer distinção, fazendo ações preventivas. O enfermeiro, entre suas atribuições, supervisiona o trabalho dos técnicos de

enfermagem. O PACS deve compor, no mínimo, de 04 a 06 agentes comunitários de saúde por equipe (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

Na capacitação das equipes, o que mais é essencial é conhecer a realidade das quais são vivenciadas pelas famílias ou pelo menos a maiorias delas: cadastramento e conhecimento de características sociais, demográficas que se encontram na residência do usuário e a epidemiologia, identificando os principais problemas enfrentados, as situações de risco, participação da população, prestação de atenção integral e contínua, desenvolvimentos de ações educativas, tudo com intuito de transformar a saúde. A implantação da Estratégia da Família requer a decisão Política Municipal de Saúde. (FONTINELE JÚNIOR, 2008).

3.5 O PACTO DE SAÚDE DE 2006

O Pacto de saúde foi um dos marcos de compromisso que deu certo e é revisado anualmente como os princípios do SUS, (Universalidade, Integralidade, Descentralização e comando único, Resolutividade, Regionalização e hierarquização). Também dá maior atenção às necessidades da saúde da população, praticando concomitantemente a definição das prioridades integradoras de componentes cruciais, tais como: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. O Pacto foi detalhado em um documento com Diretrizes Operacionais para uma saúde melhor e foi chamado assim de Pacto pela saúde 2006 (BRASIL, 2009).

3.5.1 O pacto de gestão

O Pacto da Gestão do SUS põe em vigor as responsabilidades de cada gestor como os secretários de saúde, a competência do que deve fazer, como o que deve fazer, contribuindo compartilhamento solidário ao SUS. Indiscutivelmente que as diferenças sejam mesmo regionais, devem-se seguir os princípios que regem o SUS. Neles, a universalidade ordena e reforça os princípios e respeito da singularidade das regiões. O pacto radicaliza literalmente a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para o estado, desburocratizando alguns processos normativos. A importância da

participação e do controle social com a promessa de apoio a sua ilustre situação. As maiores prioridades são definir a forma evidente, a responsabilidade sanitária de cada instância, estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase no Financiamento, na Programação Pactuada e Integrada, Regulação, Participação e Controle Social, Planejamento, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Esse Pacto pela Saúde 2006 é composto também pelos os gestores federais, estaduais e municipais (FONTINELE JÚNIOR, 2008).

Ao observamos a nossa história, vê-se que ela acaba sendo uma repetição com algumas mudanças de tecnologia e não de políticas. A postura é a mesma, porém as mudanças que ocorrem estão acontecendo mesmo devagar. Com a globalização, discute-se muito sobre ela e fazemos pouco caso de mudança dela, ou seja, pouca reestruturação. O Brasil não é um país morto, está cheio de novas experiências, pessoas com ideias. Isso se torna um desafio porque essa tradição de deixar alguém trabalhar é muito complicado não se sabe se é difícil ou se é por falta de vontade, mas que isso depende de muitas ideias requer tempo para amadurecer este pensamento. Esta tradição de políticas públicas é um desafio de romper barreiras de ideias e colocá-las em práticas (BRASIL, 2006c).

3.5.2 O papel dos secretários de saúde

A criação do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) surgiu a partir de um ponto inicial: com a reunião de um grupo de secretários, em Curitiba, Paraná, com o intuito de unir os Secretários Estaduais de Saúde do Brasil. Daí teve-se um representante maior como presidente, cogitado o nome de Oscar Alves, trazendo também a responsabilidade de lutar a respeito de elaborar um documento em que houvesse compromissos de todos os secretários, para lutarem por uma meta, ou seja, tornar realidade tudo sobre os desejos da OMS: Saúde para Todos no ano 2000 (BRASIL, 2007a).

Os encontros para as reuniões aconteciam em um auditório de uma Associação Comercial, no ano de 1982. Esse evento foi evidenciado como o início da criação do CONASS, por meio da aprovação do seu primeiro Estatuto (BRASIL, 2006a).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde foi criado e desenvolvido para promover o fortalecimento da política de saúde das Secretarias junto aos órgãos do Governo Federal. Ele tem estatuto próprio, aprovado durante a reunião como foi designado, tornou-se uma decisão pelos participantes do CONASS, foi também solicitada a representação desse Conselho nos órgãos colegiados federais de interesse para área de saúde (BRASIL, 2007a).

Tudo isso é para que tenhamos um sistema único de saúde eficaz com atendimento digno à coletividade. Os gestores têm a autonomia de intervir na saúde, ou seja, fazer com que a saúde seja eficiente para todos. Os instrumentos de importância são as reuniões e as conferências que são utilizadas para revisão e análise, visando ao bem de todos (BRASIL, 2009).

Entretanto, os conselheiros não têm condições de ter autonomia devido à dificuldade com a demanda, que é ainda muito grande. Daí a necessidade de pensar numa outra estratégia, como os gestores poderem fazer parte de uma reforma integrada às leis sobre a melhoria da saúde (BRASIL, 2007a).

Os secretários, como alguns gestores, têm como responsabilidade das Esferas em Atenção Básica, Federal, Estadual e Municipal, responsabilidades de recursos e investimento dos fundos públicos (FONTINELE JÚNIOR, 2008).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, com abordagem quantitativa a qual demonstra, fazendo um retrospecto, uma análise de trás para frente. Nesse tipo de pesquisa, os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles. Os levantamentos coletam informações sobre ações, o conhecimento, as intenções, as opiniões e as atitudes das pessoas, e seus dados se baseiam em autorrelato, isto é, as pessoas respondem às perguntas feitas pelo pesquisador. O método quantitativo é caracterizado pelo emprego da quantificação nas modalidades referentes à coleta de dados. Nesse estudo, busca-se demonstrar com exatidão a frequência com que determinados eventos acontecem (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O presente projeto foi realizado em Tabuleiro do Norte – Ceará. A cidade situa-se na região do Baixo Jaguaribe, com população 37.000 mil habitantes, onde atuam 07 equipes de saúde da família em sua totalidade de 100% de cobertura na atenção básica.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foi fundamentada por Secretários de Municipais Saúde que atuaram a partir de 1988 até os dias atuais. O período da coleta de dados foi realizado em agosto de 2010. As amostras foram feitas com 04 Secretários Municipais de Saúde, que poderia ser ou poderia ter sido secretário municipal de saúde de Tabuleiro do Norte – Ceará; aceitar a

participação na pesquisa; assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE (APÊNDICE A).

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A pesquisa foi realizada através de um formulário (APÊNDICE B) com perguntas norteadoras que ao mesmo ofereces as vantagens de ser aplicado a qualquer tipo de informante, alfabetizados, pelo fato de que o pesquisador é responsável por preencher as questões e perguntá-las de acordo com cada realidade encontrada, podendo reformular as perguntas com linguagens mais claras (ANDRADE, 2007).

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no mês de agosto de 2010, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da FACENE – FAMENE, João Pessoa – Paraíba. Encaminhamento de Ofício da Coordenação do Curso de Especialização da FACENE Mossoró – RN à Direção da Unidade de Saúde, do local da pesquisa. Antes da coleta, os participantes foram orientados quanto aos objetivos da pesquisa, cujo sigilo das informações foi garantido, e, na oportunidade, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.6 ESTRATÉGIA PARA ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados foi feito um enfoque no método quantitativo. Esses dados serão organizados em um banco de dados do programa Excel e analisados, utilizando-se uma metodologia de análise descritiva em percentual da frequência das respostas obtidas. Os resultados serão apresentados em forma de gráficos, tabelas e/ou quadros discutidos à luz da literatura pertinente.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Neste trabalho, foram obedecidos os aspectos éticos da pesquisa, envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde que trata do envolvimento direto ou indireto com seres humanos em pesquisa (BRASIL, 2007a), bem como a Resolução COFEN, nº. 311/2007, que reformula o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, incluindo princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições pertinentes à conduta ética, necessidade e o direito de assistência em enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização (BRASIL, 2007b).

Em obediência a essas Resoluções, foram asseguradas aos participantes da pesquisa informações no que diz respeito ao objetivo, a liberdade de cada indivíduo em participar, assim como também o direito de desistir da participação em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo algum, o direito ao anonimato, a confidencialidade e a privacidade e atentando-se ainda para o sigilo profissional.

4.8 FINANCIAMENTO

Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora participante. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança responsabilizou-se em disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientadora e banca examinadora.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta etapa serão apresentados os dados obtidos no estudo, bem como a sua análise discutida frente à literatura pertinente. Os mesmos serão apresentados sob a forma de tabelas e gráficos, caracterizada pela abordagem quantitativa.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Dentre os secretários municipais de saúde pesquisados contatou-se que dois (50%) possuem 50 anos, sendo que um (25%) possui 34 anos e outro (25%) possui 36 anos. Quando questionados quanto à escolaridade, quatro (100%) possuem nível superior e desempenharam seu trabalho como gestores de saúde a partir dos anos 1988 até os dias atuais, como traz a Tabela 1, 2 e 3 abaixo. Segundo Vieira (2004), a escolaridade sempre configura como determinantes nos estudos epidemiológicos, haja vista que o gerencialismo, denominação adotada na nova forma de administração, pressupõe uma reestruturação do Estado, com aumento de produtividade, redução de custos e orientação para o serviço público.

Sua origem está na adaptação da administração de organizações de negócios à realidade da administração pública, em que o cidadão passa a ser identificado como consumidor, que possui necessidades a serem atendidas, e que a ideia é descentralizar, delegar autoridade e definir claramente os setores em que o Estado opera as competências e as modalidades de administração mais adequadas a cada setor (PEREIRA, 1998).

Tabela 1. Caracterização da amostra relacionada com idade dos Secretários Municipais de Saúde de Tabuleiro do Norte – CE

CARACTERÍSTICA	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
Idade	(n =)	(%)
34 a	01	25%
36 a	01	25%
50 a	02	50%
Total	04	100%

Fonte: Pesquisa de campo, 2010.

Tabela 2. Distribuição relacionada com a ocupação atual dos Secretários Municipais de Saúde de Tabuleiro do Norte – CE.

CARACTERÍSTICA	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
----------------	------------	-------------

Ocupação atual	(n =)	(%)
Técnica de desenvolvimento tecnológico – B	01	25%
Secretário de Saúde	01	25%
Coordenadora financeira da secretaria municipal de saúde.	01	25%
Médico na UBS, Cirurgião médico do Hospital Cesar Cals	01	25%
Total	04	100%

Fonte: Pesquisa de campo, 2010.

Tabela 3. Caracterização da amostra com os Secretários Municipais de Saúde de Tabuleiro do Norte – CE, relacionada com formação

CARACTERÍSTICA	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
Formação	(n =)	(%)
Nível superior área de alimentos	01	25%
Nível superior Enfermeiro	01	25%
Nível superior Formação em letras (Língua Portuguesa)	01	25%
Nível superior Médico	01	25%
Total	04	100%

Fonte: Pesquisa de campo, 2010.

Nessa visão de competências, é exigido que os trabalhadores tenham escolaridade para no mínimo administrar com competência, esta por sua vez exige que tenha conhecimentos gerais com capacidade de planejar, comunicação espontânea, trabalhe em equipe, flexibilidade, acesso a informações para repassá-la para os demais, decisão de

capacidade de enfrentar problemas complexos, valorizar os serviços dos outros, ajudando a definir mais criatividade, iniciativa e espírito crítico, isso são as competências de definir como deve ser o profissional de saúde em sua gestão (BRASIL, 2006c).

Segundo Paulus Júnior e Cordoni Júnior (2006), a Lei 6.229/75 visa à regulamentação do Sistema Nacional de Saúde, na verdade não havia propriamente um sistema. As ações de saúde eram desenvolvidas de maneira fragmentada e sem nenhuma integração.

SANTOS (2007) relata que a reforma sanitária no setor de saúde, surge como necessidade de uma população que sofria pelo não acesso aos bens da saúde e no âmbito da seguridade social, na qual, através do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a população reivindicou acesso igualitário à assistência a saúde, direito garantido na Constituinte de 1988, através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) cuja ampliação dos direitos de cidadania às camadas sociais marginalizadas seria adquirida e regida por princípios da universalidade, integralidade e equidade da assistência à saúde.

Como em todo o país, as mudanças no cenário das políticas públicas geram lentidão por condições sociais que desde então vem se modificando, ainda preocupantes, a respeito da situação da saúde, antes limitada às ações de saneamento e combate às endemias e hoje mesmo, como o crescimento lento está mais evoluído, pois os resultados positivos através de indicadores de saúde, como a cobertura vacinal, a diminuição da mortalidade infantil surge como perspectiva de evolução do que diz respeito à eficácia do novo sistema de saúde (SAÚDE DAS AMERICAS, 2007).

Os programas de saúde que estão disponíveis para a população são marcados por suas demandas. As redes de atenção à saúde são organizações políticas sobre as ordens de um conjunto de serviços de saúde, instituídos entre si por uma função única, com objetivos comuns, colocando em práticas ações juntas e interdependentes, permitindo dar uma atenção contínua e integral a determinada população, articulada pela atenção primária à saúde, ou seja, à prevenção, com intuito de prestar serviços no tempo certo, lugar certo e custos certos, com a qualidade em uma forma humanizada (BRASIL, 2006a).

Na literatura internacional, provinda de vários países, evidências de boa qualidade de que as redes de atenção à saúde podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2010, p.2303).

Dentre os secretários municipais de saúde, estabelece que quatro (100%) enfrentaram desafios: um (25%), ao assumir a Secretária de Saúde de Tabuleiro do Norte – CE relata que, dentro dos seus desafios enfrentados, foi com a insistência de reuniões com os conselheiros municipais de saúde, profissionais de saúde e populares quando se faz necessária a adesão desses sujeitos, pois surgia um novo sistema o qual os eles tinham que integrar-se mais; constatou-se, assim, como uma tarefa árdua. Salientamos que dois (50%) dos entrevistados, durante o período de sua gestão, os desafios encontrados foram a falta do comprometimento dos profissionais com o seu trabalho, embora se constatou que um (25%) ressaltou que os desafios seriam na reorganização da assistência à saúde e como também fazer um documento que servisse como plano de saúde.

Conforme Casate (2005), buscando realizar a humanização, levando em prática a saúde como o todo, comprometendo-se na aproximação, crítica, permitindo a compreensão da temática, além de seus componentes técnicos, instrumentais, envolvidos, essencialmente, as suas dimensões político-filosóficas lhe imprime um sentido. Se o caso dos que se interessem, não participem, traíra prejuízos nos trabalhos a desenvolver, pois implicará nas reais necessidades para a sociedade.

Segundo Leclainche (1962), nas falhas do atendimento que são mostradas, por exemplo, mais comum, as longas esperas e adiamentos de consultas e exames, ausência de regulamentos, normas e rotinas, deficiência de instalações e equipamentos, além das falhas na estrutura física: “(...) espera às consultas e à entrada, nas admissões em tempo aumentado, nos adiamentos impostos aos exames e aos tratamentos, no amontoado humano dentro das salas (...)”. Consequentemente os profissionais algumas vezes não se comprometem e influenciam na qualidade e no andamento do programa.

Segundo SAÚDE NAS AMÉRICAS (2007), em períodos de andamento das políticas públicas de saúde, havia muitas dificuldades em enquadrar-se nas leis, pois as mesmas ainda não eram confiáveis de se trabalhar, pois um sistema baseado na assistência primária da saúde, afirma que todo cidadão tem seu direito assegurado, na qual o sistema rege-se pelos princípios de capacidade e resposta diante das necessidades

de saúde da população, em frente à orientação para a qualidade, responsabilidade e prestação de contas dos governos, justiça social, suporte, participação são disponíveis para todos os cidadãos com a inter-setorialidade.

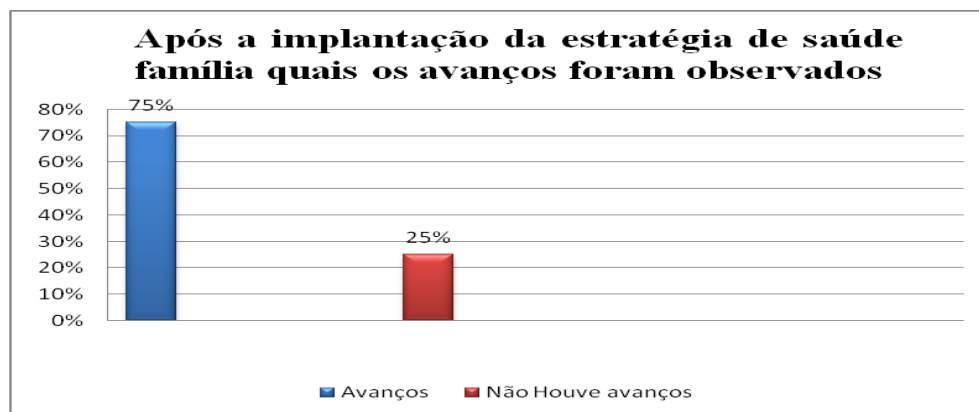


Gráfico 1. Demonstra que houve avanços significativos na implantação de estratégia de saúde da família no município de Tabuleiro do Norte – CE.

Fonte: Pesquisa de campo, 2010.

No questionamento, enquanto após a implantação da estratégia saúde da família (ESF), quais foram os avanços observados pelos participantes em seu período de gestão: constatou-se que três (75%) dos secretários municipais de saúde relataram avanços nos serviços da saúde nos quais foram inúmeras as melhorias de estrutura física dos postos de saúde, destinação dos recursos repassados, a descentralização das ações dos agentes de endemias, implantação da central de marcação de consulta, a descentralização de assistência à saúde a população rural, melhorias nos indicadores de saúde como redução da mortalidade infantil e materna, aumento das coberturas vacinais, assistência pré-natal, saúde bucal, melhoria de acesso aos serviços de saúde, aumento de emprego para os profissionais de saúde, desenvolvimento de ações promoção à saúde e prevenção da saúde, diminuição de internamentos; e constatou-se que um (25%) disse que não havia estruturação de implantação de estratégia de saúde da família.

Segundo o BRASIL (2005), na primeira metade da década de 1990, mais precisamente em 1994, o Ministério da Saúde adotou, em nível nacional, o Programa de Saúde da Família (PSF), cuja proposta central seria a organização da prática da atenção à saúde que servisse para fundamentação, substituindo o molde tradicional, fazendo com

que a saúde chegasse mais próximo das famílias, resultando em uma melhor qualidade de vida para todos. Essa estratégia admite e reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e percebe que está já estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), que se propõe a organizar suas ações sob o amparo da integralidade e hierarquização, territorialização e cadastramento da clientela, a partir de uma equipe multiprofissional.

De certa forma, sabemos que o local, ou seja, a estrutura física influencia muito o acolhimento e a recuperação dos pacientes, por sua vez alguns pré-requisitos são de extrema pertinência e, segundo a Secretaria do Estado, requer definições de termos utilizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

Em primeiro instante, o que se deve fazer é, ao se falar em unidades de saúde ou estabelecimento assistencial de saúde, sabe-se que se trata de um ambiente em que se recebem populares, com estrutura física acolhedora (BRASIL, 2006b).

Com isso viu-se melhoria nos indicadores de saúde visualizados, segundo Monteiro (2000), permitindo o acesso com a qualidade da assistência que os serviços de saúde oferecem a diversos públicos, tais como as gestantes, recém-nascidos e crianças, constituem condicionantes importantes da evolução das condições de saúde na infância.

Uma questão importante na implementação de todo e qualquer modelo assistencial ou mesmo estratégia de atenção, como é o caso do PSF, é o processo de avaliação e monitoramento. Este processo, segundo Silva Júnior e Mascarenhas (2004 apud RONCALLI; LIMA, 2006, p.714), necessita ser complementado com a abordagem da pesquisa avaliativa na busca da percepção dos movimentos de mudanças na qualidade da atenção, no que se refere, principalmente, ao processo de trabalho das equipes na relação com as populações adscritas e à integralidade da atenção à saúde.

A saúde, como um todo, exige estratégias de grande abrangência e de realização em curto prazo, pois a carência é imediata, com essa expansão acelerada e em grande escala dos serviços provocou mudanças expressivas na composição e estruturação da força de trabalho em Saúde (BRASIL, 2006a).

Cuidados preventivos como o controle do crescimento e do desenvolvimento, a detecção precoce de enfermidades infantis, a orientação adequada da alimentação nos primeiros anos de vida e a vacinação contra as enfermidades imunopreveníveis – a chamada assistência de puericultura – são, igualmente,

elementos essenciais para a promoção de ótimas condições de saúde na infância. (MONTEIRO et al, 1990, p. 20).

Parte integral para uma cobertura de assistência básica à saúde, a equipe multiprofissional tem como objetivo dar continuidade ao seu serviço. Já em escala de trabalho, os agentes de saúde utilizam de sua perspicácia para desempenhar um trabalho de qualidade para a comunidade. De acordo com Cesar (2002), nenhuma estratégia em saúde em grande escala no mundo pobre criou tantas expectativas e sucumbiu tão rapidamente quanto a dos agentes comunitários de saúde (ACS).

Na Espanha, as taxas de internação por CSAP (Condições Sensíveis à Atenção Primária) não se associaram ao tamanho da população descrita, ao médico ou enfermeiro. A continuidade da atenção associou-se a menores taxas, nos Estados Unidos e Canadá. A continuidade da atenção, a equipe multidisciplinar e, em menor destaque, a população adscrita ao médico mostraram-se associadas em diferentes estudos à menor probabilidade de hospitalização por CSAP. (NEDEL, 2010, p.67).

No Brasil, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) registra os atendimentos totais. No entanto, um dos programas implantados como o de atendimento a puérpera vem sendo realizado com êxito, e a puericultura, realizada pela equipe de saúde, mostra o crescimento e o número de crianças pesadas que chegassem a ser aproximadamente de quase 100% em dia por micro área de saúde. Assim, esse pode ser um indicador útil na análise da variabilidade das taxas de hospitalização por CSAP (Condições Sensíveis à Atenção Primária) em municípios com o ESF implantado (BRASIL, 2010).

Nedel menciona (2010), em uma pesquisa realizada no interior do Estado Catarinense, conclui que as taxas de internação diminuíram, pois os atendimentos nas unidades básicas de saúde tornaram-se adequados, já que mostram que, após a organização da atenção básica em saúde diminuíram os índices de internação, enquanto aquelas que não têm um atendimento adequado há aumento de internamentos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS é para ser construído a partir de trabalho com todos os que querem ver desenvolvimento, para aperfeiçoá-lo, avançá-lo e moldá-lo para futuras melhorias. As políticas públicas do nosso país são muito bem elaboradas, mas ainda há dificuldades para desenvolvê-las, ou seja, aplicação ao cumprimento das leis que o regem. Há tempos que transcorre assim, pois até mesmo a institucionalização do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988 acolhe fatos que são problemas ainda dos dias atuais.

Uma das mais importantes contribuições deste trabalho é mostrar a importância da doação desses profissionais com andamento e crescimento do município de Tabuleiro do Norte – CE, visando que o crescimento e desenvolvimento do município não só dependa de um gestor, mas também de todos os que estão em sua volta.

Percebeu-se que os secretários municipais de saúde de Tabuleiro do Norte – CE, no decorrer de sua gestão, sofreram dificuldades no processo de implantação das políticas de saúde do referido município; evidenciou-se que os gestores da saúde tinham como maior desafio reunir grupos de interesse para a saúde, tais estes, os que faziam parte dos conselhos de saúde, os populares, alguns profissionais contratados que não tinham compromissos com seu trabalho, sendo esta última a de maior peso, valor que prejudicava em geral para a população.

Portanto, os secretários de saúde do município de Tabuleiro do Norte – CE, apesar dos desafios encontrados durante sua gestão obtiveram avanços na implantação da estratégia saúde da família.

Esperamos que este estudo venha contribuir na construção de novas pesquisas, no conhecimento dos munícipes de Tabuleiro do Norte no que se refere ao processo de implantação das políticas de saúde na perspectiva de alcançar sucesso no enfrentamento dos avanços e desafios sofridos pelos gestores de saúde, e bem como a relevância para a Enfermagem, haja vista a necessidade da participação efetiva desse profissional na organização das novas políticas de saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Francisco. M. de O. **O Programa de Saúde da Família no Ceará.** Fortaleza : Expressão Gráfica e Editora, 1998. 220p.

ANDRADE, M. M. **Introdução á metodologia do trabalho científico:** elaboração de trabalhos na graduação. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA SUS. **SUS o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde.** São Paulo: Ed. Atheneu 2005. 1v.

BACELAR, Tânia. **As Políticas Públicas no Brasil:** heranças, tendências e desafios, Texto. 2010. Disponível em:
<http://www4.fct.unesp.br/grupos/gedra/textos/Texto1_politicas_publicas_no_br_Tania_Bacelar.pdf . > Acesso em 05 abr. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília: CONASS, 2007a. Disponível em:
<<http://www.conass.org.br>> Acesso em: 16 maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS:** histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo/ Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 300 p. (Série I. História da Saúde no Brasil). Disponível em:
<http://www.saude.gov.br> Acesso em: 20 abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde.** Brasília : Ministério da Saúde, 2006b. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:
<<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 5 abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008:** 20 anos de Sistema Único de Saúde, Brasília : Ministério da Saúde , 2009. p. 416. Disponível em:// <http://www.saude.gov.br>
Acesso em: 23 mar.2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006c. p. 164, Disponível em: <[http:// www.conass.org.br](http://www.conass.org.br)> Acesso em: 21 mar. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009. p.282.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Conselho Nacional de Saúde 196/96. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996. Disponível: <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm> Acesso em: 20 abr. 2010.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. p. 156. (CONASS 25 anos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução RDC-50. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf>. Acesso em: 11 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília, 2001. Disponível em <[http:// dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes /guia_psf1.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes/guia_psf1.pdf)> Acesso em: 14 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**. 2005. Disponível em: <[http:// www.saude.gov.br/psf](http://www.saude.gov.br/psf)> Acesso em: 12 out.2010.

BRASIL. Conselho Federal Enfermagem do Rio Grande do Norte(COREN). **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Disponível em: <www.corenrn.com.br> Acesso em: 28 maio 2010.

BRASIL. Conselho Federal de enfermagem (COFEN). Resolução 311, 2007. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Brasília, DF, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma Estratégia para Reorientação do Modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_19.pdf>. Acesso em: 28 set. 2010.

CASATE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Katia. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem, **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.1, p.105-111, jan./fev. 2005. Disponível em:<www.eerp.usp.br/rlae> Acesso em: 09 out. 2010.

CESAR, Juraci A. et al. Mudanças em indicadores de saúde infantil em um município com agentes comunitários: o caso de Itapirapuã Paulista, Vale do Ribeira, São Paulo, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1647-1654, nov./dez, 2002.

Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13261.pdf>> Acesso em: 15 out. 2010.

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

COSTA, N. R. **Políticas Públicas Justiça Distributiva e Inovação: Saúde e Saneamento na Agenda Social**. São Paulo: Hucitec, 1998.

DALLARI, Sueli Gondolfi. **Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde**. São Paulo: Hucitec 1994.

DUNCAN, B.B.; SCHIMID, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed. 2004.

ESCOREL, Sarah. **Saúde Pública**: Utopia de Brasil. Rio de Janeiro 2000.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul: Yendis, 2007.

FONTINELE JUNIOR, Klinger. Programa Saúde da Família (PSF), Ed. AB, 2008. p. 124.

LECLAINCHE, X. É preciso humanizar o hospital. *Rev Paul Hosp* 1962 maio; v.10, n.5, p.7-10. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a17.pdf>> Acesso em 20 out. 2010.

MENDES, Eugênio V. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2297-2305, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 12 out. 2010.

MONTEIRO, C. A. et al. Evolução da assistência materno-infantil. **Rev Saúde Pública**, v.34, n.6. p.19-25, 2000. Suplemento. Disponível em: <www.fsp.usp.br/rsp> Acesso em: 17 out. 2010.

NEDEL, Fúlvio Borges et al. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura, **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.19, n.1, p.61-75, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n1/v19n1a08.pdf>> Acesso em: 18 out. 2010.

NOGUEIRA, O. **Pesquisa social**: introdução às suas técnicas. São Paulo: Cia. Ed. Nacional, 1975.

PAULUS JÚNIOR, Aylton; CORDONI JÚNIOR, Luiz. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez. 2006. www.ccs.uel.br/espacoparasaude Políticas Públicas de Saúde. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n1/v8n1_artigo_3.pdf> Acesso em: 8 out. 2010.

PEREIRA, L. C. B. Gestão do setor público: estratégia e estrutura para um novo Estado. **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. p. 21-38. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v9n3/v9n3a05.pdf>> Acessado em: 22 out. 2010.

POLIGNANO, M. V. **História das Políticas de Saúde no Brasil**: uma pequena revisão. 2010. Disponível em: <[http://www. Medicina.ufmg.br/internatorual/arquivos/mimeo-23p.pdf](http://www.Medicina.ufmg.br/internatorual/arquivos/mimeo-23p.pdf)> Acesso em: 05 abr. 2010.

POLIT, D. F; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed .Porto Alegre(RS): Artmed, 2004.

ROCALLI, A. G.; LIMA, K. C. Impacto do programa saúde da família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n.3, p.713-724, 2006. Disponível em: <<http://www.cbts.org.br/congresso/trabalhos/094.pdf>> Acesso em: 14 out. 2010.

SAITO, R. X. S. **Integralidade da Atenção**: organização do trabalho no programa saúde da família na perspectiva sujeito- sujeito. São Paulo: Martinari, 2008. p. 160.

SAITO, R. X. S, OHARA, E. C. C. **Saúde da Família**: considerações teóricas e aplicadas. São Paulo: Martinari, 2008. p.423.

SANTOS, Nelson Rodrigues, Rev. A reforma sanitária e o SUS: Tendências e desafios após 20 anos. **Saúde em Debate**, v.33, n. 81, set. 2007. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/media/file/saudeemdebate81.pdf>> Acesso em: 12 out. 2010.

SAÚDE NAS AMÉRICAS. **As políticas públicas e os sistemas e serviços de saúde**. 2007. Disponível em:<
<http://www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalpor/SNA07%20Regional%20POR%20Cap%204.pdf>> Acesso em: 15 out. 2010.

SOUZA, M. F. **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002.

SPINK, M. J. P. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das Representações Sociais. In: JOVCHELOVITCH, S. ; GUARESHI, P. (orgs.). **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.

_____. O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 9, n.3, p.300-308, 1993.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, 1992.

VIEIRA, G. O. et al. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 411-6, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5/v80n5a13.pdf>> Acesso em: 04 out. 2010.

VICTORA, Cesar G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 4, n.1, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v4n1/02.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Alexsandra Oliveira Bessa, aluna do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – RN – FACENE, pretendo desenvolver uma pesquisa sobre: O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TABULEIRO DO NORTE – CEARÁ: avanços e desafios sob a ótica dos Secretários Municipais de Saúde. Esta pesquisa tem com objetivo geral: Identificar os avanços e desafios na implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Município de Tabuleiro do Norte – Ceará, sob a ótica dos secretários municipais de saúde; e os objetivos específicos são: Constatar a evolução da Estratégia Saúde da Família (ESF) como eixo estruturante na organização da rede de serviços da assistência a saúde; Descrever, a partir da experiência dos secretários municipais de saúde, as principais dificuldades e avanços da ESF; e Identificar os avanços e desafios na implantação da ESF no município de Tabuleiro do Norte – CE, sob a ótica dos Secretários Municipais de Saúde.

A partir da construção do conhecimento que foi enfatizado durante as disciplinas de Enfermagem em Saúde Coletiva I e II, o interesse por um aperfeiçoamento da compreensão sobre a construção e implantação dos novos serviços de saúde no Brasil, que veio impulsionar a escolha por este tema, em especial no Município de residência do pesquisador que se sentiu inquieto por compreender como se deu todo esse processo naquela localidade em particular.

Desse modo, venho solicitar sua autorização para participação de aplicação de perguntas norteadoras aos secretários de saúde do município na pesquisa, com base em relatos no período em que assumiram a nomeação do cargo. Com vistas crítica no crescimento e desenvolvimento da saúde.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de um formulário abrangendo questões sobre o conhecimento e a implantação da política de saúde no município pesquisado.

Esclareço que as informações coletadas na entrevista serão utilizadas somente para os objetivos da pesquisa. Os (As) senhores (as) têm a liberdade de desistir a qualquer momento da participação da entrevista a ser realizada. As informações ficarão em segredo e seu anonimato, caso não queira a sua divulgação, será preservado; Em nenhum momento os (as) senhores (as) terão prejuízo financeiro e não receberão dinheiro para participar de tal estudo, será uma participação gratuita. Gostaria de destacar que a participação dos secretários será de extrema importância para o bom desenvolvimento e conhecimento da pesquisa.

Em caso de esclarecimento, entrar em contato com a pesquisadora participante:

Nome: Alexsandra Oliveira Bessa

Av. Presidente Dutra,701 Alto São Manoel –Mossoró-RN

Telefone: (84) 3312-0143

Dados do entrevistado:

Nome: _____

Telefone: _____

Endereço: _____

Data de nascimento: _____

Consentimento pós-esclarecimento

Eu _____ declaro que fui convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter compreendido o que me foi explicado, concordo com a participação na pesquisa.

Mossoró ____ de _____ de _____.

Assinatura do Entrevistado (a)

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE B

FORMULÁRIO

PARTE I: Caracterização da amostra

Identificação da pessoa entrevistada:

Nome:

Ano do Nascimento:

Escolaridade:

Formação:

Profissão/Ocupação atual:

PARTE II: Questões concernentes aos objetivos do estudo

Perguntas Norteadoras

a) Que visão teve quanto ao processo de andamento das políticas públicas para o crescimento do Município de Tabuleiro do Norte – CE?

b) Quais foram os maiores desafios para a Atenção Básica, ao assumir a secretaria Municipal de Saúde, de Tabuleiro do Norte – CE?

c) Após a implantação da estratégia saúde da família quais avanços foram observados?