

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ
- FACENE/RN

LINDACI RODRIGUES VIEIRA DE ANDRADE

**O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS EM ALEXANDRIA-RN: UMA
ANÁLISE DA SUA IMPLEMENTAÇÃO**

**MOSSORÓ
2010**

LINDACI RODRIGUES VIEIRA DE ANDRADE

**O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS EM ALEXANDRIA-RN: UMA
ANÁLISE DA SUA IMPLEMENTAÇÃO**

Monografia apresentada à
Faculdade de Enfermagem
Nova Esperança de Mossoró -
FACENE como exigência
parcial para obtenção do título
de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Esp.
Patrícia Helena de Moraes Cruz
Martins.

**MOSSORÓ
2010**

LINDACI RODRIGUES VIEIRA DE ANDRADE

**O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS EM ALEXANDRIA-RN: UMA
ANÁLISE DA SUA IMPLEMENTAÇÃO.**

Monografia apresentada pela aluna Lindaci Rodrigues Vieira de Andrade, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins FACENE/RN
(ORIENTADORA)

Esp. Ana Cristina Arrais FACENE/RN
(MEMBRO)

Esp. Lauro Geovane Moraes Rodrigues FACENE/RN
(MEMBRO)

A Deus todo poderoso

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho só foi possível graças:

A Deus, o autor maior que tem regido firmemente todos os âmbitos da minha vida.

Ao meu marido, Wandemberg(Berguinho), que foi o maior incentivador para a minha formação acadêmica.

A minha filha, Maria Luiza, que ilumina a minha vida e é o meu estímulo maior para continuar seguindo sempre em frente.

A minha família, que sempre esteve me acompanhando, auxiliando e principalmente me aconselhando para o meu bem.

Em especial os meus irmãos que acolheram a mim e a minha filha durante quase todo o curso com um carinho e compreensão que eu jamais conseguirei descrever.

Ao meu pai, José Vieira, por ter me ensinado a ser quem eu sou e a usar o bem como fundamento principal da minha vida.

A minha mãe, Terezinha(*in memoriam*), a quem eu atribuo um enorme carinho e respeito.

A minha amiga, Elisângela Moraes, por quem eu tenho profunda admiração.

A minha amiga, Ludmila, por quem eu tenho profunda admiração, por ter me ajudado grandemente. A ela eu agradeço por ter contribuído em um processo que me tornou uma pessoa melhor.

A minha orientadora, Prof^a. Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins, pela disponibilidade, palavras de estímulo e auxílio.

A Prof^a. Esp. Ana Cristina Arrais e Prof^o. Esp. Lauro Giovane Moraes Rodrigues, integrantes da banca examinadora.

A todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram na elaboração deste estudo e na minha formação acadêmica.

A Enfermagem é uma arte, e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes, poder-se-ia dizer, a mais bela das artes

Florence Ninghtingale

RESUMO

Considerado um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, o SUS, sistema único de saúde, foi criado com objetivo principal de garantir a saúde da população brasileira, assegurando atendimento gratuito e de qualidade. Para se adaptar as diferenças entre regiões em um país de dimensões continentais como o Brasil, o SUS tem como uma de suas principais características a significativa autonomia a nível de município. Este trabalho investiga a importância da saúde pública no município de Alexandria-RN a partir de seus atores principais, ou seja, o SUS, seus usuários e os profissionais (médicos e enfermeiros) que atuam nesse sistema de saúde pública. Dentro desse propósito, o estudo buscou analisar alguns elementos basais do sistema como a socialização, universalização e mensurar o nível de satisfação de usuários e operadores da saúde naquele município. Para viabilizar a tarefa aplicou-se inicialmente uma série de entrevistas do tipo sondagem de opinião, posteriormente os dados coletados foram submetidos a uma análise de conteúdo quantitativa e qualitativa como forma de cumprir com os requisitos de sistematicidade e confiabilidade do método. As análises quanti-qualitativas demonstraram um nível de satisfação e avaliação positivas por parte da população e dos operadores da saúde. Não obstante os bons resultados, ficou evidente a necessidade de melhorias, principalmente no que diz respeito à difusão de informação para a população. Além de evidenciar a importância do SUS, o trabalho identificou problemas e fragilidades do sistema, propondo soluções que possam ser utilizadas de forma pragmática, contribuindo para a melhoria da saúde pública no município de Alexandria.

Palavras chave: SUS, Saúde Pública, Políticas de Saúde.

ABSTRACT

Considered one of the largest systems of public health of the world, the SUS, singleton system of health, was created with primary goal of ensure the health of brazilian people, ensuring free and quality care. To accommodate the differences between regions in a country of continental dimensions like Brazil, the SUS has a one of your primary character the significant autonomy in the municipalities. This work investigates the importance of public health in Alexandria-RN county, analyzing yours social actors, in other words, the SUS, your users and the professionals (doctors and nurses) that works in that system of public health. Based on this purpose, the study sought to analyze some mains elements of SUS, such as socialization and universalization and measure the level of users satisfaction and health workers in that county. To get the task applied firstly a series of interviews type opinion poll, posteriorly data collected were submit to a quantitative and qualitative content analysis to meet the requirements of systematicity and reliability of method. The quali-quantitative analyzes demonstrated a level of positives satisfaction and account of population and health workers. Even with good results, was clear need of mprovements, mainly in the diffusion of informations to the people. Overreach showing the importance of SUS, the work identified fragilities of the system, proposing solutions that can be used pragmatically, contributing to the improvement public health in Alexandria county.

Key Words: SUS, Public Health, Health Policies.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1 AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	14
2.2 A IMPORTÂNCIA DO PODER LOCAL NAS POLÍTICAS DE SAÚDE	17
3 CAMINHO METODOLÓGICO	20
4 ANÁLISE QUANTITATIVA DOS DADOS	23
4.1 FOLHA DE CODIFICAÇÃO.....	24
4.2 RESULTADOS	25
5 ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS.....	27
5.1 FOLHA DE CODIFICAÇÃO II.....	27
5.2 INFERÊNCIAS/RESULTADOS II	29
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS.....	36
APÊNDICES	38
ANEXOS	42

1 INTRODUÇÃO

O SUS, sistema único de saúde, é resultado de um esforço para democratizar o acesso à saúde no Brasil, considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, foi criado em 1988 juntamente com a nova constituição federal com a difícil missão de oferecer a todos os brasileiros saúde gratuita e de qualidade. De acordo com as diretrizes do SUS, a prestação de serviços de saúde, tanto em procedimentos simples como nos que demandam maior grau de complexidade, é obrigatória e sem qualquer ônus para o paciente. Ao emergir de um contexto de intensas transformações o sistema incorporou alguns paradigmas da conjuntura em que foi concebido.

No cenário sócio-econômico pós-redemocratização em que foi promulgada, a carta magna de 1988 assimilou uma série de conceitos, princípios e diretrizes extraídas da prática da corrente hegemônica, do projeto neoliberal, não obstante essa influência, a nova constituição propunha também uma nova lógica organizacional referida pela reforma sanitária. Em 1989, a Câmara Legislativa promulgou as Leis Orgânicas da Saúde n.º 8080/90 e 8.142/90, conhecidas como Leis do SUS”.

A Constituição Federal aprovou a criação do SUS reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, gravidade, integridade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com a participação da população (CAMPOS, 1998, p. 21).

Ainda que assegurada pela Constituição Federal de 1988, a saúde pública no Brasil, cuja representação maior é o Sistema Único de Saúde/SUS, ainda deixa várias lacunas tanto de ordem teórica como de ordem prática. Isto ocorre em parte por motivos diversos, como a desinformação da população usuária e problemas estruturais do sistema, problemas esses que comprometem a eficiência do SUS. A esse respeito é preciso antes de tudo abandonar a idéia disseminada de “crise na saúde”, segundo Elias(2008), fala-se em “crise da saúde no Brasil” desde a década de 70, ou seja, há mais de 30 anos, essa observação por si só já seria suficiente para lançar questionamentos acerca da idéia de crise, uma vez que crises não costumam perdurar por tanto tempo. Progredindo em direção a explicação relativa

aos problemas do SUS, eles podem ser atribuídos a questões históricas, muitos deles são reverberações do contexto em que nasceu a saúde brasileira

A saúde nasce vinculada ao mundo do trabalho, portanto no âmbito da previdência, assim concebida está apartada das ações coletivas da saúde. Temos aí 60 anos de cultura, que não reverte do dia para a noite, escrevendo uma constituição federal. Então este não é um problema estrutural da saúde brasileira, ela nasce dessa forma e isso é uma forma mercantilizada de conceber a saúde. A saúde foi concebida como se fosse uma mercadoria (ELIAS, 2008, p.13)

Com o intuito de facilitar e viabilizar a implementação do Sistema Único de Saúde, foram criadas as Normas Operacionais Básicas (NOBS), seqüenciais e submissas à Lei que as operacionalizou: NOB/91, NOB/92, NOB/93 e NOB/96. Dentre elas, merece destaque a NOB/96 que, por ser a última, absorveu as anteriores, apresentando ações mais determinantes para essa operacionalização.

Com a NOB/96, são definidos claramente os papéis dos níveis municipal, estadual e federal no âmbito do SUS; é reafirmado o importante papel das comissões intergestores no processo de articulação entre os gestores (ANDRADE, SOARES; CORDONI JÚNIOR, 2001, p. 48)

Sendo assim, a NOB/96 aumenta significativamente a municipalização da saúde, conferindo ao município e Distrito Federal maior responsabilidade para com a saúde dos munícipes, ficando o município responsável por suprir todas as demandas de saúde do povo. Embora de certa forma estabeleça o papel das três esferas de governo, a NOB é tida como essencialmente municipalista (SILVA, 2001)

Além dos problemas estruturais de ordem histórica e conjuntural da saúde no Brasil, a partir do contexto em que foi concebido o SUS, e posteriormente sua implementação e manutenção, é possível visualizar um cenário marcado por uma longa turbulência econômica prolongada, seguida da redução de investimentos e de cortes públicos em setores básicos, até mesmo na saúde, reflexo de um modelo gerencial integrado à agenda neoliberal denominado “estado mínimo” e cujo auge no Brasil se deu entre o final dos anos 80 e início dos anos 90.

Diante do que foi exposto é possível concluir que, as políticas de saúde pública no Brasil não são recentes, ou seja, não foram implementadas nessas últimas década, foram sim impulsionadas no período de redemocratização brasileira pelos governos federais, estaduais e municipais, ficando a cargo do município um maior poder de intervenção nessas políticas de saúde.

Quando se fala em políticas sociais de saúde está se referindo a um conjunto de ações criadas e colocadas em prática pelos governos, fruto de demandas da sociedade, isto é, as políticas são criadas de acordo com as necessidades da população, obedecendo a critérios de prioridade, ocorrência, grau de complexidade entre outros. Em tese o que as políticas de saúde pública buscam é exatamente atender às necessidades de saúde da população.

Na constituição Federal a Política de Saúde pública assegurada pelo SUS remonta os anos 90, sendo posteriormente implementada pelos governos nas diversas esferas. Conforme as disposições gerais do título da Lei de n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, onde está regulamentada a obrigação do estado enquanto provedor da saúde para todos os brasileiros, ela pode ser concebida como “um direito fundamental do ser humano, devendo o estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”, neste sentido a saúde pública deverá se constituir numa política pública continuada e ininterrupta, sem qualquer interferência político partidária ou de qualquer outra, e de acesso irrestrito a todos

A Lei Orgânica da Saúde, em seu artigo 7º, dispõe que tanto as ações e serviços públicos de saúde executados diretamente pelo poder público como aqueles executados por terceiros (serviços contratados ou conveniados) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas na Constituição, em seu artigo 198, e devem obedecer aos princípios ali previstos (CARVALHO; SANTOS, 2007, p.63).

Não obstante a clareza de que a saúde¹ no Brasil é um direito garantido por lei, é possível visualizar no cotidiano algumas limitações e fragilidades quando se entra na seara da saúde pública brasileira. Parte desse aparente desencontro entre a legislação e sua aplicação prática, a motivação para realizar o presente estudo. A partir da percepção de que tais limitações e fragilidades são processos sistêmicos, e não localizados, resultantes de fatores diversos, é possível inferir que tais deficiências podem ser observadas também nas políticas de saúde pública do município de Alexandria-RN.

A pesquisa, por conseguinte, objetiva investigar se essa hipótese coincide com a impressão dos operadores e usuários do SUS do município em evidência, em outras palavras, os profissionais da saúde e pacientes do SUS. É provável que

¹ “A saúde não pode ser considerada ausência de doença; deve ser encarada como um processo que se constrói ativamente atuando energicamente contra tudo aquilo que piora a qualidade de vida das pessoas (NUNES, 2008, p. 151)

outras questões relevantes serão prospectadas naturalmente, tais como razões e fatores multilaterais responsáveis por essas fragilidades e o nível de informação da população enquanto fator limitante do acesso ao SUS. No bojo daquilo que pode ser um elemento de extrema importância para ampliar o alcance das políticas de saúde pública, a informação, o trabalho intenciona evidenciar a importância do esclarecimento de todos, em especial dos que residem no município de Alexandria-RN, da necessidade de socializar as políticas de saúde existentes, provendo-os de consciência cidadã e do entendimento do acesso a saúde pública nos termos dispostos na carta magna brasileira, ou seja, como direito do cidadão e dever do Estado.

É nessa direção que o trabalho pretende seguir, propondo uma análise sistematizada da importância da implementação da saúde pública no município, colhendo impressões, investigando a sua força motriz(operadores), as formas de acesso e sua universalização a partir da implantação/execução dos resultados. Consciência e informação são interdependentes, logo, do conhecimento depende a universalização do acesso e a garantia do direito à saúde, em outras palavras, é preciso conhecer as políticas de saúde para usufruir de forma proveitosa das mesmas. É válido ressaltar que, a ausência de conhecimento técnico/operacional não inviabiliza a população de um modo geral, de avaliar a execução da saúde pública a partir dos serviços que são oferecidos, uma vez que tais avaliações desse grupo advém das experiências cotidianas e do senso comum, o que pressupõe uma sistematização ainda que não-científica.

Em linhas gerais entende-se que a socialização das políticas de saúde é fundamental e necessária tanto para serviços de alta complexidade como de média e baixa complexidade. Soma-se a este aspecto o direito garantido constitucionalmente.

A relevância desta pesquisa reside no seu propósito de investigar as concepções dos usuários e dos profissionais de saúde a respeito da operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Alexandria – RN, buscando identificar a existência de fragilidades dos profissionais de saúde e dos usuários com relação aos conhecimentos sobre o SUS e as suas modalidades de aplicação. Nesse entender o benefício deste estudo é colaborar no conhecimento das reais necessidades do sistema, além de trazer a tona um

conjunto de dados que possam ser usados de forma pragmática, contribuindo para a melhoria das políticas de saúde pública do SUS em Alexandria.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

O debate sobre as políticas sociais ganhou significativa ênfase nas últimas décadas, fenômeno alavancado pelo contexto das lutas por democracia do estado e da sociedade no Brasil. Desde os anos 80 é possível observar mudanças decorrentes da atuação de novos interlocutores no campo das políticas sociais.

Assim, o modelo de assistência à saúde dos trabalhadores como produto da industrialização nos países centrais, e posteriormente nos países subdesenvolvidos, foi sendo paulatinamente assimilado pelo estado, uma mudança que se estruturava na chamada “medicina social” que teve como berço Inglaterra, Alemanha e França.

Ocorre que no Brasil a participação efetiva do estado na saúde somente ocorreu no século XX, mais especificamente em suas primeiras décadas. Nesse período surgiram iniciativas e modelos de organização da saúde que foram sendo aperfeiçoados a partir da década de 30. Essas políticas de saúde concebidas naquele contexto se organizavam em duas categorias ou subsetores distintos: A saúde pública e a saúde previdenciária. Para Elias(2008, p.13) reside nesse período as raízes dos problemas que observamos atualmente e que têm como marco a Lei Eloi Chaves de 1923²

Os problemas são os que estão na raiz da constituição do sistema de saúde brasileiro, isto é, desde 1923. A saúde nunca foi pensada como um direito. Ao contrário, a formulação do sistema de saúde que nós temos foi pensada como um seguro, vinculado ao mundo do trabalho

O subsetor de saúde pública passa a ser predominante até meados de 60 e se centralizará na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e restritamente, para o campo. O subsetor de medicina previdenciária só viria avançar frente à saúde pública a partir de 1966.

Nos anos 80 as lutas em favor da redemocratização pela população brasileira e uma forte crise econômica afetaram as políticas de saúde. Naquela época a saúde contou com a participação de novos sujeitos sociais nas discussões das condições de vida da população brasileira. O resultado visível foi a dimensão política que a

² Primeira intervenção do estado brasileiro para assegurar algum tipo de seguridade ou seguro social ou de previdência social no Brasil

saúde assumiu, deixando de ser interesse apenas dos técnicos. Isto quer dizer que as políticas, programas e projetos voltados para a saúde pública ganharam maior visibilidade, na medida em que passam a ser debatidos no cenário político.

Ganharam destaque entre as políticas de saúde os programas voltados para a saúde da mulher, o programa saúde da família, campanhas educativas, a reforma sanitária, a criação de conselhos, criação das secretarias de gestão do trabalho em saúde, entre outras. Em síntese a partir dos anos 80 as políticas sociais de saúde ganharam notoriedade, mesmo que não tenham as devidas efetividades, já que parte significativa da população brasileira não conhecia os serviços, em outras palavras, faltava informação acerca das políticas e até mesmo da existência das mesmas, a socialização das políticas de saúde era extremamente deficiente já que não havia difusão satisfatória dessas ações.

Não há dúvida quanto a relevância daquilo que é concebido como público, no que diz respeito e este estudo o que interessa são os serviços de saúde. Assim, embora se reconheça a importância do SUS e por conseguinte, das políticas de saúde pública na atual conjuntura, persistem problemas que fragilizam e limitam a eficiência e a ação do sistema único de saúde, um fenômeno cujo reflexo parece recair com maior intensidade nas camadas socioeconômicas menos favorecidas, embora admita-se que toda a sociedade seja atingida.

É viável então, como preparação para as análises futuras, pontuar alguns desses problemas que interessam diretamente ao presente estudo, e o primeiro deles é o modelo econômico neoliberal, cuja base de ações práticas, tem consequência direta na vida das pessoas, principalmente no tocante as dimensões econômicas. No plano geral a política neoliberal prioriza acima de tudo a redução da participação do estado na economia, transmitindo os meios de produção à iniciativa privada

[...] O neoliberalismo parte do mercado como a realidade empírica central, e a partir daí vai contrapor leis com certos limites, um positivo, o conceito mercado perfeito ou de concorrência perfeita e um negativo, o conceito de CAOS que serve para exprimir a destruição de mercado (TEIXEIRA, 1998, p. 230).

Diante do exposto, é possível inferir que essa lógica favorece o fortalecimento dos serviços privados de saúde (planos de saúde) e enfraquece o modelo estatal,

que é imprescindível para toda a sociedade. Pereira (2002, p. 192), traduz bem as conseqüências desse modelo econômico para a saúde pública

[...] Com o neoliberalismo, globalização, o corpo humano e a saúde pública entra na esfera da mercadoria, pela via concreta e simbólica, direta e imaginária, dissolvendo as diferenças e as distâncias que poderiam separar o público e o privado, as formas de controle social e a relativa autonomia dos indivíduos. Não por acaso, enfatizam-se os ângulos sensacionais, tecnológicos, caros e sofisticados em detrimento dos projetos públicos, nada e particular, mas atingindo a maioria da população de trabalhadores pobres do país, com uma Constancia implacável reduzidos a abstrações financeiras, na matemática financeira e fiscal, desumana e desumanizadora que define as recentes políticas econômicas como inserções subalternas do Brasil nos parâmetros ditados pelo consenso de Washington e pelos interesses globais do capitalismo avançado

O segundo ponto que merece atenção dentro da pesquisa é a socialização da informação, ou seja, o nível de conhecimento por parte da população, da consciência de que existe uma gama de procedimentos, tanto de média e alta complexidade como também de baixa complexidade ou de atenção básica. Uma vez que esses procedimentos não são socializados com a população, ela acaba por buscar outras soluções, pagando diretamente empresas privadas de saúde para ter acesso aos mesmos serviços ou mesmo, no caso das populações mais carentes, se privando desses procedimentos de saúde, o que resulta em sérias conseqüências. Se forem socializados os serviços de saúde pública, o acesso, a saúde e a qualidade de vida dos usuários poderiam melhorar significativamente.

A terceira e última abordagem necessária ao percurso deste estudo, e que interfere nos serviços de saúde pública, diz respeito a influência direta do poder local, explica-se: a partir do processo de descentralização, alguns municípios operam os serviços de saúde, modificam, repassam, às vezes de forma desregulada, tal procedimento traz implicações diversas na vida da população já que pode se constituir em um diferencial importante, seja positivo ou negativo, na qualidade da saúde do município.

A importância do poder local reside na autonomia de que gozam os municípios na condução dos rumos da saúde. Em tese a responsabilidade de implantar/executar e avaliar as políticas, programas e projetos em todas as esferas, seja estadual, federal ou municipal é do estado, entretanto dentro da lógica apresentada anteriormente, o estado por si só não tem o controle total da situação, sendo imprescindível dotar de esclarecimento a população, de modo a conscientizá-

la sobre os seus direitos no intuito de instruí-la a usufruir daquilo que lhe é garantido por lei. Se faz necessário portanto, socializar o que é público, no caso a saúde pública, no cenário brasileiro.

As três abordagens embora aparentem desprendimento são na verdade fenômenos sistêmicos, interligados, em suma são reflexos da intervenção simbólica ou efetiva do modelo neoliberal em toda a vida social da população usuária dos serviços de saúde pública.

2.2 A IMPORTÂNCIA DO PODER LOCAL NAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Embora pareça evidente o significado da expressão “poder local”, ela é na verdade objeto de acirrado embate teórico entre duas correntes, uma delas defende que a “realidade local” é um mero desdobramento de um universo sistêmico, a outra, denominada “municipalista” enxerga essa mesma realidade como resultante de forças bastante originais, moldadas de acordo com interações bem particulares dentro de uma área limitada. Obviamente não é o propósito do trabalho se aprofundar nessa discussão, entretanto é importante fazer algumas ressalvas que ajudarão a embasar futuras análises acerca desse tema, compreendido com bastante complexo.

O que se pretende evidenciar é o caráter bilateral do conceito de “poder local”, a própria expressão demanda alguns preconceitos que podem reduzir e simplificar a sua importância além de induzir a erros conceituais e de compreensão, o que se quer ressaltar é que o “poder local” não pode ser entendido somente como coerção ou influência centralizadora do aparato estatal local na saúde, embora esse aspecto esteja presente no conceito de poder local, para este estudo a expressão pode ser definida como “poder que emana dessa rede de relações que se estabelece no local” (SILVA, 2001, p.92), sendo que essas redes não se restringem somente ao poder político e sim a todos os grupos e atores sociais que integram um determinado espaço geográfico e simbólico.

Levando-se em consideração a presente pesquisa e o seu objeto, o mais viável é adotar um conceito de poder local mais aproximado da ótica municipalista, ou seja, à forma de governar considerando as particularidades do município, neste caso a saúde pública municipal, suas características, desafios, potencialidades sem particularizar partidos políticos.

Quando se analisa poder local e as políticas de saúde, compreendemos que estes têm uma relação de capital importância, em outras palavras, o município (seus governantes) deve ter conhecimento profundo da saúde do município ou dos sujeitos que ali vivem para criar, elaborar e implementar as políticas (ou demandas) já mencionadas. Essas atribuições refletem o protagonismo do poder local na implementação de políticas de saúde pública, tal importância é resultado de um processo que floresceu com a implantação do SUS.

Com a criação do SUS nos anos 90, novas exigências foram postas a organização do trabalho em saúde. Diferente das práticas vigentes nos anos 70 em que o profissional atuava de modo isolado, as diretrizes que hoje orientam o trabalho em saúde são fundamentadas nos princípios da hierarquização, descentralização e democratização, o que resulta no surgimento de novas modalidades de cooperação.

O princípio da descentralização do SUS tem como objetivo reformular o modelo assistencial vigente, centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada sem garantia de qualidade, buscando a construção de um novo modelo de assistência que seja integral, universalizado e regionalizado, considerando assim a importância do poder local.

Para Costa(1998), o modelo atual aponta para um conjunto de práticas, dentre as quais emergem novas ocupações e atividades resultantes da ampliação, complexificação e redivisão dos tradicionais ofícios da saúde ou área da saúde”. Assim, observa-se que as novas políticas de saúde não devem se limitar a médicos generalistas e especialistas, mas a outros profissionais e que estes possam trabalhar de forma interdisciplinar.

Outro aspecto ou característica presente nas políticas de saúde da atualidade é a universalização³. Esta universalização da saúde teve seu início em 1985 com o antigo INAMPS, já em 1988 com a lei maior do país citada anteriormente, tivemos um ganho significativo para os diferentes segmentos da classe trabalhadora, sobretudo para aqueles não vinculados formalmente à previdência. Neste cenário as políticas de saúde, devem ser implementadas, ou pelo menos em partes, segundo os critérios definidores da universalização.

³ Políticas de saúde direcionadas a todos os sujeitos e de acesso também a todos.

A implementação dos preceitos constitucionais de universalização da atenção à saúde, de equidade no acesso aos serviços e de participação da sociedade nas definições das políticas, no acompanhamento de sua implementação e na fiscalização do uso dos recursos, é o próprio processo em construção do SUS (SILVA, 2001, p. 29).

Um dos fatores determinantes de implementação e socialização do SUS está na capacidade de abertura de canais de participação, transparência, descentralização, que possam garantir os princípios almejados, sendo um deles fundamental que é a socialização, conhecimento por parte da população usuária dos serviços de saúde e políticas de saúde pública.

Conclui-se portanto que o poder local tem um papel fundamental nesse processo, na medida em que busca atender à demandas específicas, direcionando no município suas ações, implementando as políticas seja de prevenção, curativa ou não, em suma o poder local deverá ser primordial e decisivo na melhoria das políticas de saúde por conhecer a dinâmica local em todas as dimensões (econômica, política, cultural e de saúde) podendo atuar de forma significativa, tomando decisões compartilhadas, cidadã, e opondo-se aos processos globalizantes presentes na sociedade de forma generalizada com o processo de globalização.

Isto quer dizer que a dinâmica local deverá ser mais importante no processo de implementação das políticas do que a conjuntura nacional mesmo que estas sejam interligadas, já que o município poderá reorganizar as políticas, programas e projetos levando em consideração a conjuntura local. O poder local é de fato um excelente recurso para as políticas de saúde pública na atualidade, tão fundamentais para todas as classes sociais e primordialmente para aquela parcela da população que não tem acesso a saúde privada. No bojo de toda essa questão é importante também na institucionalização dos direitos garantidos por lei.

3 CAMINHOS METODOLÓGICOS

Antes de entrar na pesquisa de fato (descrição, análise e interpretação dos dados) é necessário justificar algumas escolhas adotadas. Isso se faz necessário para impingir maior credibilidade em relação aos procedimentos e a opção metodológica escolhida. O trabalho foi estruturado de modo a facilitar, validar e comprovar as hipóteses levantadas.

A escolha do município de Alexandria – RN como local para investigar a percepção de usuários e profissionais da saúde em relação a implementação do SUS justifica-se, pelo fato de que o município tem uma população de 14. 511 habitantes e é considerado referência em saúde pública na região. O município conta com 06 equipes de saúde da família e configura-se como instância mais próxima dos usuários desse serviço. Como campo de pesquisa foi escolhido o Hospital Maternidade Joaquina Queiroz, unidade de saúde que oferece serviços à população pelo plano de Saúde SUS. Não obstante a qualidade da saúde pública reconhecida, Alexandria parece padecer de alguns problemas de ordens diversas, os quais se pretende investigar e evidenciar.

Com a demarcação do campo de pesquisa e objeto, optou-se primeiramente pela composição do universo amostral ou *corpus*⁴, e coleta de dados⁵. Para tanto aplicou-se a técnica de entrevista do tipo sondagem de opinião. A respeito da importância da entrevista em uma pesquisa Minayo (2007, p.64) afirma que “Ela tem o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo”, no que diz respeito a sondagem de opinião a teórica esclarece sua aplicabilidade, “No caso de serem elaboradas mediante um questionário totalmente estruturado, no qual a escolha do informante está condicionada a das respostas a perguntas formuladas pelo investigador”(MINAYO, 2007, p.64).

A coleta do material resultou inicialmente em um corpus subdividido em 3 grupos, o primeiro com 20 usuários da saúde pública do município, o segundo com profissionais da saúde (05 enfermeiras e 05 médicos) sendo que todos os

⁴ Conjunto de dados em estado bruto e que serão trabalhados posteriormente.

⁵ O coleta de dados deu-se após apreciação do comitê de ética em pesquisa – FACENE/FAMENE e emissão da certidão(anexo).

participantes são voluntários e aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)⁶. Depois da pré-análise do material o corpus foi reduzido sensivelmente devido a falhas na coleta e respostas ambíguas a algumas questões, isso resultou em uma amostragem final composta de 17 usuários do SUS, 4 enfermeiras e 5 médicos.

Ainda em relação à estruturação da amostra, uniu-se enfermeiros e médicos em um só grupo, já que da forma como foi estruturada a pesquisa, os operadores da saúde podem ser considerados como um grupo homogêneo, principalmente se for adotado como referencial o grupo dos usuários.

Definido o *corpus* o pesquisador precisa se valer de uma metodologia para analisar e interpretar os dados. Para essa tarefa, que se configura em elemento de vital importância para os resultados da pesquisa, a opção condizente com o perfil da pesquisa e suas necessidades foi pela análise de conteúdo. Embora sempre esteja associada à pesquisa em comunicação social, a AC⁷ é acima de tudo um método de análise de mensagens, percebe-se portanto que vai ao encontro dos objetivos pretende, entre outras coisas, investigar a percepção de usuários e profissionais da saúde no que concerne a implementação e importância do SUS no município de Alexandria.

Gomes (2007) distingue duas fases importantes da AC, a primeira diz respeito a sua afirmação como método de pesquisa, no século XX, fortemente influenciada pelo positivismo e seus preceitos de rigor científico, nessa fase a AC caracterizava-se pela perspectiva quantitativa, tudo podia ser matematicamente quantificado. A segunda fase da AC deu-se a partir do esgotamento da perspectiva quantitativa, ou pelo menos da divisão teórica entre os que defendiam a abordagem clássica e os que a criticavam. Para os críticos da perspectiva quantitativa a contagem frequencial não era suficiente para penetrar no subtexto, ou seja, no conteúdo implícito das mensagens. Na década de 70 Laurence Bardin sistematizou e atualizou o método propondo uma fusão entre as duas abordagens (quantitativa e qualitativa) definindo a AC como

Conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de

⁶ Ver Apêndice A

⁷ Sigla que usaremos para nos reportar a análise de conteúdo

conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (GOMES *apud* BARDIN, 1979, p.42)

No contexto deste estudo é essa abordagem que interessa, a ambivalência quanti-qualitativa. Dentro dessa trajetória, o primeiro momento dessa análise será dedicado à contagem quantitativa, ou seja, a abordagem clássica da análise de conteúdo: estatisticamente descritiva, matematicamente quantificável e cujos resultados poderão sustentar algumas hipóteses e alcançar parcialmente alguns objetivos. Em um segundo momento, os dados serão submetidos a uma abordagem qualitativa, sistematizada de modo a extrair do corpus o conteúdo latente⁸ por meio de inferências⁹. A dupla abordagem quanti-qualitativa possui algumas vantagens

Empregam-se geralmente procedimentos sistemáticos ou para a obtenção de observações empíricas ou para as análises de dados (ou ambos simultaneamente). Obtêm-se freqüentemente descrições tanto quantitativas quanto qualitativas do objeto de estudo, e o investigador deve conceituar as inter-relações entre as propriedades do fenômeno, fato ou ambiente observado. (LAKATOS; MARCONI; 1991 p. 188).

Assim, a expectativa é que essa simbiose produza conclusões mais seguras para a pesquisa, uma vez que a análise comparativa dos resultados tanto pode reforçar a validade da pesquisa como também revelar falhas.

⁸ Gomes(2007) O conteúdo que está por trás da mensagem manifesta, ou explícita.

⁹ “[...]A inferência é considerada uma operação lógica, destinada a extrair conhecimentos sobre aspectos latentes da mensagem analisada” (FONSECA JÚNIOR *apud* BARDIN, 1988, p. 39-40)

4 ANÁLISE QUANTITATIVA DOS DADOS

Para analisar os dados dentro da perspectiva quantitativa foi feita uma leitura flutuante do material, esse procedimento é necessário para que se conheça o conteúdo a ser trabalhado pelo pesquisador, é a partir dele que é escolhido o material a ser analisado de fato, para tanto o pesquisador se utiliza de critérios pré-estabelecidos. No caso da presente pesquisa o critério de seleção é trabalhar a totalidade da amostra, nesse caso as entrevistas foram selecionadas de forma não-aleatória e divididas em dois grupos. Nessa fase, dada as características da abordagem, foi aplicado um processo simples de codificação e categorização.

De acordo com Fonseca Júnior (2008), codificação pode ser entendida como o processo de decomposição de uma amostra objetivando uma posterior reorganização sistemática dos elementos em partes distintas e menores, a fim de analisá-las à luz dos objetivos da pesquisa,

O material decomposto é representado através de uma folha de codificação. A composição da nossa folha de codificação possui portanto duas categorias, “usuários do SUS” e “profissionais da saúde” e cinco unidades de registro. No contexto da análise de conteúdo as categorias são resultantes da “categorização”, leia-se, da reorganização dos dados decompostos em unidades sistematizadas, com objetivo de facilitar a análise dos mesmos¹⁰, as unidades de registro por sua vez, são fragmentos organizados de acordo com as categorias, submetidos a elas a partir dos critérios de codificação estabelecidos pelo pesquisador¹¹.

Optamos por trabalhar com unidades temáticas, onde “O conceito central é o tema. Esse comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentado através de uma palavra, uma frase, um resumo”(GOMES, 2007, p. 86), assim as unidades de registro, são as respostas as entrevistas feitas com os voluntários durante a sondagem de opinião. Antes de avançar para as análises quantitativas de fato, cabe observar que a questão de número 3¹² foi suprimida dessa fase dada a impossibilidade de quantificá-la a partir dos critérios pré-estabelecidos, isso não

¹⁰ Fonseca Júnior (2008, p. 298)

¹¹ Fonseca Júnior (2008, p.294)

¹² Ver “instrumento de coleta de dados” (Apêndice B)

implica em qualquer prejuízo nos resultados, uma vez que a questão 2 a torna redundante.

4.1 FOLHA DE CODIFICAÇÃO

Grupo I

Usuários do SUS
<p>1. Na sua concepção as políticas de saúde são operacionalizadas para atender toda a população?</p> <p>Sim – 82,35% / Não – 17,64%</p>
<p>2. Você conhece as políticas de saúde existentes no município de Alexandria?</p> <p>Conhecem – 64,70% / Não conhecem: 17,64% / Conhecem Parcialmente: 17,64%</p>
<p>4. Como você considera as políticas de saúde existentes no município?</p> <p>Boas – 64,70 / Muito boas/ ótimas – 17,64% / Regulares – 11,76% / Não sabem avaliar – 5,88%</p>
<p>5. Você percebe a interferência do poder local nestas políticas ou não?</p> <p>Sim – 17,64% / Não – 82,35%</p>
<p>6. Que nota você atribuiria às políticas de saúde existentes no município?</p> <p>Avaliação média – 9,0</p>

Grupo II

Profissionais da saúde
<p>1. Na sua concepção as políticas de saúde são operacionalizadas para atender toda a população?</p> <p>Sim – 66,66% / Não – 33,33%</p>
<p>2. Você conhece as políticas de saúde existentes no município de Alexandria?</p> <p>Conhecem – 100% / Não conhecem: 0%</p>
<p>4. Como você considera as políticas de saúde existentes no município?</p> <p>Boas – 55,55% / Muito boas/ ótimas – 22,22% / Regulares – 22,22%</p>
<p>5. Você percebe a interferência do poder local nestas políticas ou não?</p> <p>Sim – 66,66% / Não – 33,33%</p>
<p>6. Que nota você atribuiria às políticas de saúde existentes no município?</p> <p>Avaliação média: 7,75</p>

4.2 RESULTADOS

Os resultados da análise quantitativa demonstram, em linhas gerais, uma ótima avaliação das políticas de saúde tanto por parte dos usuários (grupo I) quanto por parte dos profissionais de saúde do município (grupo II). No que diz respeito aos resultados colhidos da amostra do grupo I, as avaliações positivas são bem robustas. Nas questões principais que envolvem a pesquisa, ou seja, avaliação das políticas de saúde do município, socialização dessas políticas e suas fragilidades, pode-se concluir que o sistema como um todo é muito bem avaliado pelos usuários, isso não significa ausência de problemas.

Considerando os resultados da questão 1 a grande maioria dos usuários entende que as políticas de saúde pública no município de Alexandria obedecem ao princípio de universalização, na medida em que são concebidas para atender a todos.

O dado mais revelador nesse grupo, são os resultados expostos na questão 4, de acordo com o levantamento quantitativo 82,34% (entre bom, muito bom e ótimo) estão satisfeitos com as políticas de saúde do município. Tal nível de aprovação sugere que as políticas são acessíveis e eficientes, a lógica é simples, os usuários não poderiam avaliar de forma tão positiva o sistema, se o acesso a ele fosse limitado, problemático e os serviços ruins.

Não obstante a boa avaliação positiva dos usuários, um dado merece atenção, uma vez que revela o que parece ser uma deficiência na socialização das políticas de saúde. Quando se analisa os resultados das questões 2 e 4 é possível vislumbrar uma parcela da amostra que não conhece, conhece parcialmente ou não sabe avaliar as políticas. Juntando esses três marcadores chega-se a uma porcentagem de 41,16% que não têm intimidade com as políticas de saúde do município, um resultado bastante significativo, que expõe uma deficiência considerável na socialização da saúde. Em suma, mais de 40% dos entrevistados conhecem pouco ou nada acerca das políticas de saúde de Alexandria, conseqüentemente são excluídos pela desinformação, se não de todas as políticas,

certamente de muitas, uma contradição para um município considerado referência em saúde no RN.

Os resultados obtidos nesse quesito devem ser vistos com atenção pelas autoridades do município de modo a ampliar os canais de informação com os usuários. Em linhas gerais o bom conceito da saúde em Alexandria reflete-se, de acordo com esta pesquisa, na avaliação média de 9,00 dos usuários do SUS.

Os resultados analisados do grupo II, composto pelos profissionais da saúde, são mais técnicos e cautelosos, porém estão longe de serem insatisfatórios, ao contrário. Vale observar que, no que se refere a esse grupo, apesar de considerar, não foi feita qualquer menção nesta parte da pesquisa à questão 2, pois o resultado de 100% reflete um conhecimento das políticas públicas de saúde do município que consideramos pré-requisito para a atuação de todos os entrevistados.

No quesito universalização e avaliação, mais da metade dos entrevistados aprovam as políticas de saúde do município. 66,66% dos profissionais acreditam que as políticas de saúde são concebidas para atender a toda a população e embora a porcentagem dos que não têm essa mesma opinião seja quase o dobro da verificada no grupo I, o resultado vai ao encontro de uma avaliação bem satisfatória.

Considerando que o grupo II reúne melhores condições técnicas de analisar a saúde do município “por dentro” do que o grupo I, os resultados verificados na questão 4 são excepcionais. 77,77% dos entrevistados desse grupo avaliam positivamente as políticas de saúde do município; 22,22% consideram-nas regulares e não há registro, pelo menos na amostra analisada, de qualquer profissional que desaprove ou considere as políticas ruins.

Nessa primeira análise (quantitativa) do grupo II vale fazer uma observação importante revelada estatisticamente nesta pesquisa, partindo do pressuposto de que os voluntários desse grupo estão mais aptos a identificar eventuais fragilidades no objeto de estudo, é preciso ressaltar que não houve menção a aspectos negativos ou fragilidades, pelo menos em um padrão frequencial que pudesse ser detectado pela análise quantitativa. A média de 7,75 atribuída pelo grupo II à saúde do município é um resultado que pode ser avaliado entre o regular e o bom, condizente com os resultados observados no conjunto.

De forma conclusiva os resultados das amostras dos dois grupos, não obstante as ressalvas que foram pontuadas, são coerentes com a menção de município referência em saúde no estado do RN.

5. ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS

Nesta segunda etapa, dada a natureza da análise, foram adicionados alguns elementos à folha de codificação, que será representada da seguinte forma: a) Categorias (usuários e profissionais), b) Subcategorias (universalização e avaliação, socialização). As subcategorias dentro dessa estruturação servirão como unidades de contexto¹³ e também como marcadores que ajudarão a investigar as questões centrais da pesquisa. c) Unidades de registro temáticas: consiste na coleta de fragmentos das entrevistas dos voluntários, onde fazem menção aos temas centrais da pesquisa, nesse caso foram usadas as entrevistas onde os participantes desenvolveram melhor as questões a seleção do *corpus* para a análise quantitativa será, a exemplo da anterior, não-aleatória. d) Síntese interpretativa. Esse último elemento da folha de codificação, é uma ferramenta da AC utilizada para isolar os “núcleos de sentido”, a síntese interpretativa segundo Gomes(2007) busca captar os sentidos mais amplos do conjunto analisado, ou seja, as idéias centrais. Por último, emerge o *corpus* codificado, a partir daí dá-se às inferências.

5.1 FOLHA DE CODIFICAÇÃO II

Grupo I – Usuários do SUS

Universalização	Síntese interpretativa
“Na minha opinião não dá para satisfazer a todos” (NA) ¹⁴ “O sistema SUS ainda é muito complexo” (AA) “Está abrangendo a todos”(EF) “O SUS é direito que abrange todas as classes sociais”(MA) “Atende aos municípios vizinhos e a comunidade local”(JH) “Acredito que sim”(FT) “Com certeza”(MB)	O SUS atende aos municípios e regiões circunvizinhas, de forma democratizada porém apresenta falhas.
Avaliação	Síntese interpretativa

¹³ Fonseca Júnior(2008) As unidades de contexto ajudam a compreender o contexto em que as unidades de registro estão inseridas, dão unidade contextual à análise.

¹⁴ Iniciais do entrevistado. O nome não pode ser revelado devido ao compromisso firmado entre pesquisadora e entrevistado, disposto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que garante o anonimato do voluntário.

<p>“Para o município está bom, nota 08” (NA)</p> <p>“A secretaria de saúde executa todas as ações de atenção básica” (AA)</p> <p>“O SUS em nosso município é considerado referência em assistência à saúde para outros municípios” (MA)</p> <p>“A respeito da saúde, cresceu bastante” (MJ)</p> <p>“Considero boas” (MZ)</p>	<p>As políticas de saúde são bem avaliadas e consideradas referência, com a participação do poder local.</p>
--	--

Socialização	Síntese interpretativa
<p>“Sim, principalmente na atenção básica” (A.A)</p> <p>“Conheço, nasci e me criei aqui dentro” (M.S)</p> <p>“Não tenho conhecimento” (S.A)</p>	<p>As informações acerca das políticas de saúde pública apresentam falhas, nem todos conhecem ou só conhecem parcialmente.</p>

Grupo II – Profissionais de saúde

Universalização	Síntese interpretativa
<p>“A assistência a saúde ainda é carente e não atinge toda a população” (CH)</p> <p>“De certa forma sim, mas precisam de incentivos do governo”(FD)</p> <p>“Sim, são implementadas para atender toda a população mas necessitam de organização(MV)</p> <p>“Não, os postos estão em locais estratégicos mas as pessoas enfrentam problemas de deslocamento(IA)</p> <p>“Há um esforço do poder executivo para que todos tenham acesso, mas o esforço está muito aquém do que se poderia fazer para melhorar (IA)</p> <p>“Infelizmente ainda não atendem a toda a população, sua implementação não tem sido satisfatória” (HC)</p> <p>“Sim, a universalização é um princípio do SUS”(MF)</p> <p>“Claramente, o SUS foi criado para atender a população em geral”(DC)</p>	<p>As políticas são elaboradas para atender a todos, mas isso ainda não acontece na prática devido a problemas estruturais.</p>

Avaliação	Síntese interpretativa
<p>“O município de Alexandria na região é o que mais se aproxima do que prega o SUS, mas precisa de aperfeiçoamento (FD)</p> <p>“A demanda hospitalar ainda é muito intensa e o PSF ainda não conseguiu reduzir (IA)</p> <p>“O gestor local tem interesse que as políticas de saúde sejam efetivadas (FD)</p> <p>Dispõe de estrutura para atender a sua população / Sempre existirá interferência do poder público, mesmo que reduzida(MV)</p> <p>“Muito boas, atendem Alexandria e também os municípios vizinhos”(IC)</p> <p>“As poucas que são colocadas em prática ainda têm muito o que melhorar,certas políticas públicas não são implementadas porque vão contra certos interesses políticos”(HC)</p> <p>“Boa, o município é referência”</p> <p>“Importantes, através delas a população tem direitos iguais e serviços de qualidade/Ao contrário, o poder local preocupa-se em garantir serviços de qualidade/ sempre precisa de melhoramentos”(DC)</p>	<p>O SUS de Alexandria é modelo, mas ainda precisa de melhoramentos, o poder local é atuante tanto de forma positiva (pluralista) quanto negativa (dominante)</p>

Socialização	Síntese interpretativa
Nenhuma menção	Os profissionais não entendem a falta de informação da população como um problema.

5.2 INFERÊNCIAS / RESULTADOS II

Antes de iniciar as inferências, é importante fazer uma ressalva, necessária para uma melhor compreensão dos resultados. Ela diz respeito ao peso que cada grupo representa para a pesquisa, essa observação é prudente na medida em que

pode se criar inicialmente a falsa idéia de que a percepção dos profissionais da saúde, por vivenciarem e portanto conhecerem as fragilidades e acertos do SUS, enfim, por terem mais conhecimento do sistema como um todo, tenha um peso maior do que as análises dos usuários, essa porém é uma idéia errada já que tudo leva a crer na investigação, que o nível de satisfação dos usuários representa um sistema eficiente, que consegue atender a população, em outras palavras, o usuário mesmo não reunindo os conhecimentos específicos dos profissionais(médicos e enfermeiros) a respeito do SUS, avalia positivamente o sistema porque, no dia a dia esse sistema está atendendo satisfatoriamente suas necessidades de saúde.

Esclarecido esse ponto, vamos nos ater a análise qualitativa. A folha de codificação avaliza algumas conclusões anteriores da análise quantitativa, ao mesmo tempo em que revela outras nuances. No quesito universalização por exemplo, o grupo I, como também foi demonstrado na análise quantitativa, é quase unânime em reconhecer que as políticas do SUS são elaboradas e atendem a toda a população, já no grupo II as opiniões dos profissionais são mais cautelosas, alguns entrevistados limitaram-se a reafirmar o papel do SUS de forma burocrática, citando-o nos termos da lei, ou seja, enquanto provedor social da saúde, porém sem analisar a aplicação das políticas na prática. No quadro geral, entretanto, a percepção dos profissionais é de que as políticas, embora sejam boas, precisam ser aperfeiçoadas para se tornarem mais eficientes. Essa observação, que é mais presente no grupo II, pode ser explicada pelo fato do grupo composto pelos profissionais da saúde estar em melhor posição para analisar e perceber os problemas internos do sistema, o grupo I por sua vez, traduz aquilo que observa e sente no seu cotidiano em relação à saúde no município. São visões a partir de locais distintos, acerca de um mesmo tema.

Em relação à percepção dos dois grupos pesquisados no que diz respeito a avaliação, o que se conclui cabalmente é que tanto os operadores da saúde quanto a população, avaliam de forma bastante positiva o SUS e as políticas de saúde no município de Alexandria. A diferença entre eles mais uma vez é exatamente o olhar mais crítico do grupo II, ambos os grupos entrevistados avaliam o sistema entre bom e muito bom e não há menção entre eles de que o SUS de Alexandria seja ruim. Em linhas gerais o grupo II avalia o SUS como modelo de eficiência na região, destaca a importância do sistema não só para Alexandria, como também para as regiões circunvizinhas, destaca a qualidade dos serviços e faz algumas referências a

interferência do poder local, às vezes de forma positiva, outras nem tanto, segundo os entrevistados.

Essas observações supracitadas a respeito da interferência do poder local pode ser interpretada como uma situação normal, uma vez que o poder local nunca é totalmente pluralista ou dominante, o padrão é que os modelos coexistam havendo um predomínio de características de um modelo específico, nesse caso as entrevistas dos próprios profissionais sugerem que, no caso de Alexandria, o modelo pluralista é predominante, com o poder local intervindo de forma positiva para melhorar as ações de saúde no município. Apesar da boa avaliação entre os operadores da saúde, as entrevista observam a necessidade de aperfeiçoar e melhorar o sistema, uma das observações é a relação entre demanda e capacidade do SUS.

No que diz respeito aos usuários (grupo I) a avaliação do sistema único de saúde é extremamente positiva, os entrevistados também destacam o município como referência e o fazem com certo orgulho, a ação positiva do poder local e o crescimento da saúde, que no caso pode ser interpretado como a melhoria gradativa da saúde no decorrer dos anos, também são colocados em evidência. Ainda que a maioria do grupo I tenha declarado não sentir a influência do poder local, pode-se inferir que essa percepção se dá muito mais pelo desconhecimento do funcionamento do sistema do que pela ausência propriamente dita do poder local, as entrevistas também sugerem uma certa confusão em relação ao conceito de poder local, já que a maioria tende a compreender poder local simplesmente como política partidária. As análises revelam também que o SUS ainda é muito complexo e isso explica em parte, um dos maiores problemas identificados pela pesquisa, problema que será exposto em seguida.

No que se refere à socialização, identificou-se nesse quesito o maior problema das políticas de saúde em Alexandria. O grupo II sequer mencionou a necessidade de socializar as políticas de saúde do município, isso revela que, pelo menos aparentemente, os profissionais da saúde não encaram essa ausência de comunicação como um problema, ou pelo menos como um problema capaz de influenciar negativamente nos rumos das políticas de saúde do SUS no município. Parece lógico que a inclusão, criação ou uma maior atenção às políticas de socialização, ajudaria a população não só no esclarecimento dos seus direitos e conhecimento acerca dos procedimentos oferecidos pelo SUS, mas também

contribuiria para uma melhor compreensão do sistema e também da parte de saúde preventiva.

No que se refere ao grupo I, identificou-se dois subgrupos, um deles declara não conhecer ou conhecer pouco as políticas de saúde pública do município, o outro (a maioria quantitativa) declarou conhecer. O que se observa porém é que o conhecimento que os usuários entrevistados acreditam ter é bastante limitado, restrito a programas ou procedimentos bastante simples, o que na prática pode ser entendido como um conhecimento parcial, longe do ideal portanto.

As conclusões do estudo corroboram com o conceito de referência em saúde pública requerido pelo município de Alexandria, a amostra coletada concluiu que, tanto médicos e enfermeiros quanto usuários em geral, estão satisfeitos com a implementação do SUS em Alexandria e o considera vital, vale entretanto enfatizar que, pelo menos dentro do grupo II, o dos profissionais da saúde, existem algumas ressalvas, observações e até mesmo críticas no sentido de corrigir e/ou dirimir certas fragilidades.

O maior problema identificado pelo trabalho, entretanto, é a socialização das políticas de saúde, a própria ausência da questão pelos entrevistados é bastante sintomática. Os usuários demonstram pouco conhecimento acerca do tema, os profissionais de saúde por outro lado entendem o sistema, mas demonstram não compreender a importância de difundir e compartilhar esse conhecimento com a população, é possível considerar que atualmente, o mais importante para as políticas de saúde em Alexandria é se utilizar de mecanismos para difundir informação acerca do SUS, no sentido de esclarecer e orientar a população, tarefa que pode ser planejada e executada pelo poder local em conjunto com os profissionais da saúde com objetivo de melhorar, através da inclusão, o acesso à saúde e a qualidade de vida da maioria da população, como aliás é função precípua do SUS e está previsto pela Constituição Federal.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Criado em 1988 pela constituição federal da república para garantir o direito igualitário à saúde, o SUS sistema único de saúde, é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e disponibiliza aos mais de 180 milhões de brasileiros acesso integral a procedimentos diversos, desde os mais simples, como consultas, até os mais complexos, como transplantes de órgãos. A ação do SUS é sistêmica e integra campanhas de vacinação, prevenção, fiscalização de alimentos e outras ações que contribuem para a saúde da população.

Não obstante as suas aspirações e o tamanho do desafio de prover a saúde aos brasileiros sem restrições, pode ser considerado um sistema novo, já que tem apenas 22 anos de existência, isso significa que alguns problemas podem ser observados no sistema como um todo. Ocorre que o modelo de gestão do SUS a partir da NOB/96 confere certa autonomia ao município na condução dos rumos da saúde, em um processo chamado municipalização, e embora haja participação da esfera federal e estadual, os municípios tornam-se os grandes responsáveis por suprir as necessidades de saúde da população, o resultado previsível é um sistema cuja eficiência e qualidade varia de acordo com a intervenção do poder local.

A cidade de Alexandria-RN é um desses pólos que podem ser tomados como exemplo de boa gestão de políticas públicas de saúde. Com pouco mais de 14 mil habitantes a saúde no município é tida como referência para o RN e atende também, além da população da cidade, as comunidades circunvizinhas. Esse aspecto foi a motivação central para realização deste trabalho de pesquisa, que se propôs a avaliar o nível de satisfação e a percepção da importância do SUS por parte de usuários e operadores da saúde no município. Obviamente não se concentrou a atenção somente nesse aspecto, a busca se deu na direção de prospectar dados que servissem para montar um panorama capaz de identificar algumas fragilidades, problemas e propor soluções. As conclusões do estudo, depois de organizadas e avaliadas, podem servir a objetivos pragmáticos, no sentido de corrigir as fragilidades e os problemas apontados.

No âmbito metodológico o caminho da investigação pode ser dividido em três fases distintas, a primeira, logo após a revisão bibliográfica que evidenciou o objeto, hipóteses e objetivos, foi o trabalho de campo com o propósito de coletar dados e compor o *corpus* da pesquisa. Esse procedimento inicial foi feito no Hospital

Maternidade Joaquina Queiroz, unidade de saúde localizada na cidade de Alexandria e que oferece atendimento via SUS. A coleta do material para as análises posteriores deu-se em forma de uma sondagem de opinião a partir de 3 grupos, o primeiro com 20 usuários de saúde pública, o segundo com profissionais da saúde (05 enfermeiros e 05 médicos), posteriormente aplicou-se a análise de conteúdo das amostras coletadas em duas abordagens, uma quantitativa com ênfase nos resultados estatísticos e a outra qualitativa, com ênfase nas inferências.

A finalidade da dupla abordagem significa uma maior qualidade e segurança adicional nos resultados finais. Como se pode observar nas duas abordagens aplicadas, os resultados quantitativos e qualitativos são coincidentes, cada um a sua maneira confirma mutuamente as conclusões obtidas, o estudo portanto cumpre com requisitos de sistematicidade e confiabilidade, ou seja, é viável para qualquer pesquisador, utilizando-se da mesma metodologia e categorização, chegar aos mesmos resultados que foram alcançados a partir da metodologia aplicada.

Em relação aos resultados, objetivo maior da pesquisa, de um lado confirmam a hipótese levantada, no que diz respeito à avaliação positiva do SUS entre usuários e profissionais de saúde no município de Alexandria, conclusão aliás, condizente com um município que delega para si o status de referência em saúde pública no estado. Na outra vertente dos resultados foram encontrados alguns problemas pontuais que, pelo que foi apurado, merecem uma atenção maior por parte do poder competente. Os problemas, não obstante a aprovação quase unânime dos usuários e profissionais da saúde, vão desde a universalização até a socialização das políticas públicas de saúde. Os grupos pesquisados apontam para a necessidade de melhorias na questão do acesso plural (para todos) ao sistema, apesar do esforço para prover a saúde para todos, de forma igualitária. Tanto falhas estruturais como também contextuais podem ser entendidas como responsáveis, em parte, por essa fragilidade, entretanto é preciso mencionar o maior de todos os problemas observados no neste estudo e que tem efeito agregador, trata-se da socialização das políticas de saúde pública.

Basicamente a socialização diz respeito ao conhecimento que o usuário possui acerca dos seus direitos e do sistema como um todo. Embora a maioria dos entrevistados do grupo I tenha se declarado conhecedora das políticas públicas de saúde do município, fica evidente nas entrevistas que esse conhecimento é limitado, em outras palavras, os entrevistados não demonstram conhecer de forma efetiva a

capacidade do sistema e os seus direitos assegurados por lei. A socialização dentro do que foi analisado, reflete diretamente nas outras categorias que foram investigadas na pesquisa, ou seja, na universalização e na avaliação do SUS.

Como já foi mencionado anteriormente, a questão 2 da entrevista é um estímulo para que o grupo I revele o conhecimento que tem acerca das políticas de saúde, e embora quantitativamente o percentual seja positivo, quando se parte para as inferências verifica-se que esse conhecimento na verdade está aquém do ideal.

No caso do grupo II a questão 2 perde um pouco do sentido, uma vez que conhecer as políticas de saúde é no mínimo um pré-requisito para os profissionais da saúde, o que chama a atenção nesse caso é a não observância, por parte dos operadores da saúde, da necessidade de socializar o conhecimento. É preciso lembrar que, por ser uma entrevista aberta, os entrevistados tinham a liberdade de indicar os eventuais problemas também nas outras categorias, exemplo é a categoria "avaliação", que pela generalidade de estímulos que pode produzir, poderia induzir o entrevistado a discorrer sobre vários acertos e fragilidades do sistema, como de fato ocorreu com as referências ao poder local. Do modo como está exposto nos resultados, a baixa frequência de marcadores nessa categoria (socialização) no grupo I e ausência total no grupo II sugere uma falha na forma como as políticas de saúde são divulgadas no município.

Como análise final pode-se destacar três pontos que devem ser observados com atenção em Alexandria, 1) A confirmação de que o acesso à saúde pública no município e a aprovação da mesma são extremamente bem avaliados pela população e também pelos profissionais da área de saúde, o que confirmaria o status de município modelo de gestão do SUS. 2) Entender que sempre há espaço para melhoras e aperfeiçoamentos, como destacam os médicos e enfermeiros(as). 3) A necessidade de criar e aperfeiçoar os canais de comunicação efetivos e que possam dotar os cidadãos de melhores conhecimentos acerca das políticas de saúde pública do município e do próprio SUS. A socialização da informação é um passo importante em direção universalização e o aperfeiçoamento do sistema em Alexandria.

REFERÊNCIAS

- _____. O Sistema Único de Saúde um processo social em construção. In: **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.
- ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; JUNIOR CORDONI, L. **Bases de saúde coletiva**. Londrina: Ed. Uel. 2001.
- CAMPOS, F.E. de; JÚNIOR, M. de O; TONON, L.M. **Caderno de Saúde, planejamento e gestão em saúde**. Belo Horizonte: Ed. Médica, Coopomed, 1998.
- CARVALHO, G.I.; SANTOS, L. **SUS: Comentários à Lei Orgânica**. Campinas: Unicamp, 2007.
- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- COHN, A.; PAULO E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**- São Paulo: Cortez, 1996.
- COHN, A.; PAULO, E. **Saúde no Brasil, políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez, 1998.
- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL (CF/88)**. LOPES, Mauricio Antonio Ribeiro (coord) São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 1997.
- ELIAS, Paulo Eduardo. Uma visão do SUS. In: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS: O que você precisa saber sobre o sistema único de saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 2008.
- FONSECA JÚNIOR, Wilson Corrêa da. Análise de conteúdo. In: DUARTE, Jorge; BARROS, Antonio(Org). **Métodos e Técnicas de Pesquisa em Comunicação**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Metodologia do trabalho científico**. 4ed. rev. ampl. São Paulo: Atlas, 1994.
- MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção de hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E.V. (org.). **Distrito Sanitário**. 3 ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1995.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Trabalho de campo: Contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza(Org.). **Pesquisa Social: Teoria método e criatividade**. 25 ed. Petrópolis: Vozes, 2007. cap. 3, p. 61-77.
- NUNES, Luiz Antonio. Receita para um bom sistema de saúde municipal. In: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS: O que você precisa saber sobre o sistema único de saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 2008.

PARASURAMAN, A. Marketing research_2. ed. Addison Wesley Publishing Company, 1991.

PEREIRA, I. B. **A formação profissional em serviço de saúde no cenário do SUS**, Tese de doutorado, São Paulo:EDUSP,2002.

PEREIRA, I.B **Revista trabalho, educação e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2008.

SILVA, Silvio Fernandes da. **Municipalização da saúde e poder local**: Sujeitos, atores e políticas. São Paulo: HUCITEC, 2001.

TEIXEIRA. J.S.; OLIVEIRA M.A. (org). **Neoliberalismo e reestruturação produtiva**. 2 ed.São Paulo: Cortez,1998.

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS. **Guia para elaboração de Trabalhos acadêmicos** (artigo, dissertação, projeto, trabalho de conclusão de curso, e tese). São Leopoldo, 2009.

APÊNDICE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa é intitulada: **O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS EM ALEXANDRIA-RN: Uma análise da implantação/execução do mesmo nesse município**. Está sendo desenvolvida por, Lindaci Rodrigues Vieira de Andrade, aluna do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE sob a orientação da Professora Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins. A mesma apresenta os seguintes objetivos: Analisar as concepções dos usuários das políticas de saúde pública dos profissionais de saúde a respeito da contribuição do SUS no município de Alexandria-RN. (Objetivos específicos): Evidenciar as concepções dos usuários e profissionais da saúde pública, especialmente do SUS no Município de Alexandria-Rn, Evidenciar a importância do SUS, tendo como ponto de partida os usuários em potencial, enfermeiros e outros profissionais da saúde no município de Alexandria.

A realização dessa pesquisa só será possível com a sua participação a partir do seu consentimento, por isso solicitamos sua contribuição. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de uma entrevista, o senhor (a) responderá a algumas perguntas sobre dados pessoais e relacionadas aos programas, políticas e projetos de saúde pública existente no município de Alexandria-RN, os mesmos farão parte de um trabalho de conclusão de curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a responder ou fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo.

As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do senhor (a) na realização dessa pesquisa.

Eu, _____, RG _____, concordo em participar dessa pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento assinado por mim e pelas pesquisadoras.

Mossoró, ___/___/2010

Profª Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins

Lindaci Rodrigues Vieira de Andrade (pesquisadora)

Participante da Pesquisa

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA

1.1 Sexo: Masculino Feminino

1.2 Idade: 18-30 anos 30-35 anos 35- 40 anos > 40 anos

1.3 Nível de Educação (Escolaridade):

Médio Especialização Mestrado Doutorado Outros

2. DADOS REFERENTES AO TEMA DA PESQUISA

1. Na sua concepção as políticas de saúde são operacionalizadas para atender toda a população?

2. Você conhece as políticas de saúde existente no município de Alexandria-RN?

3. Quais são as políticas de saúde existente no município, ou seja, aquelas advindas do governo federal, estadual?

4. Como você considera as políticas de saúde existente no município? São implantadas/executadas com qualidade ou não?

5. Vocês percebem a interferência do poder local nestas políticas ou não?

6. Qual nota vocês atribuiriam às políticas de saúde existente no município?

Observação. As perguntas elaboradas podem ser no decorrer da pesquisa reelaborada em virtude dos pesquisados terem nível de escolaridade diferenciada.

ANEXO

ANEXO A – CERTIDÃO