



**FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSÓFICA RATIO CURSO DE
SERVIÇO SOCIAL**

MIRILURDES FERNANDES MELO

**O ACESSO AO DIREITO À SAÚDE: RELATOS DOS PROFISSIONAIS
DA SECRETARIA DE SAÚDE DE NOVA RUSSAS – CEARÁ**

FORTALEZA - CE
2018

MIRILURDES FERNANDES MELO

O ACESSO AO DIREITO À SAÚDE: RELATOS DOS PROFISSIONAIS DA
SECRETARIA DE SAÚDE DE NOVA RUSSAS – CEARÁ

Monografia submetida à aprovação do Curso de Bacharelado em Serviço Social pela Faculdade Teológica Ratio, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Virzângela Sandy Paula Mendes

MIRILURDES FERNANDES MELO

O ACESSO AO DIREITO À SAÚDE: RELATOS DOS PROFISSIONAIS DA
SECRETARIA DE SAÚDE DE NOVA RUSSAS – CEARÁ

Monografia submetida à aprovação do Curso de Bacharelado em Serviço Social pela Faculdade Teológica Ratio, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.
Orientadora: Prof^a. Dra^a. Virzangela Sandy Paula Mendes

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Virzângela Paula Sandy Mendes (Orientadora)
RATIO – Faculdade Teológica e Filosófica

Prof^a. Ms^a. Francisca Emmanuella Saraiva Martins
RATIO – Faculdade Teológica e Filosófica

Prof^a Ms. Rosa Ângela de Brito Falcão
RATIO – Faculdade Teológica e Filosófica

Dedico este trabalho aos meus filhos e ao meu marido, por estarem comigo em mais um degrau alcançado. Ao amor e dedicação deles, que foram os guardiões fortes e luminosos, que guiaram o meu caminho até aqui.

AGRADECIMENTOS

À Deus por tudo. Pelo amor, pela saúde, pela família e pelos amigos. Pelas bênçãos e inspirações que me são direcionadas em cada amanhecer.

Aos meus filhos, Gleyrdes Sena, Luisa Paula e Paulo Gleyber Filho, pelo amor e paciência que tiveram comigo ao longo desses anos de graduação. Meus amores, tudo que sou e faço é por vocês e minha vida só faz sentido, porque vocês existem. Obrigada por serem tão maravilhosos e por terem enchido minha vida de alegria e orgulho.

Ao meu esposo Paulo Gleyber Sena, pela compreensão, paciência e por entender a minha ausência em casa na busca dessa graduação que tanto sonhava, agradeço a você por ser uma pessoa especial, por sempre está levantando meu astral, pelos sorrisos, pelo apoio nas horas difíceis, por me ouvir quando mais preciso. Que me fez acreditar que posso ser capaz, quando eu já estava desistindo, agradeço o seu olhar que para mim é luz. Simplesmente, muito obrigada, meu amor.

Aos meus pais, Maria José e Francisco Diassis (in memoriam) para agradecer por tudo que fizeram e ainda fazem por mim. Obrigada por me ensinarem a caminhar e, assim, poder seguir meus próprios passos. Pela educação que me deram e por sempre estarem ao meu lado, tanto nas alegrias como nos momentos difíceis.

Pai, seus ensinamentos e todo o amor que em vida me deu, vivem dentro do meu coração e fizeram de mim a pessoa que hoje sou. Assim tento honrar a sua memória com muito amor e saudade.

À minha orientadora, Dra^a. Vizângela Sandy. Por ser essa pessoa e profissional maravilhosa que é, a sua infinita paciência, ao seu carisma, a sua sabedoria, pela competência e diponibilidade na orientação do TCC. Muito obrigada!

Aos meus verdadeiros amigos, em especial, Maria Idelvanir de Sousa Bezerra, agradeço a todos que deslumbram meu caminho com as melhores energias.

“Não fui eu que ordenei a você? Seja forte e corajoso! Não se apavore nem desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde você andar”.

(Josué 1:9)

RESUMO

A Constituição da República de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira, pois definiu a saúde em seu Art. 196 como, “direito de todos e dever do estado”, ou seja, voltado às condições da população, cabendo ao Estado à obrigação de garanti-lo, reconhecendo a saúde como direito social. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo geral: Compreender como é o funcionamento da rede de atenção à saúde, no município de Nova Russas - CE, a partir dos relatos dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde. Teve com objetivos específicos: Relatar as atividades da equipe multiprofissional no atendimento aos direitos dos usuários da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Russas - CE; Analisar os limites e possibilidades na efetivação no atendimento aos direitos dos usuários aos serviços de saúde segundo os relatos dos entrevistados; e, Compreender como se dá a atuação específica do Serviço Social na Secretaria Municipal de Saúde de Nova Russas - CE. Para desenvolver essa pesquisa, utilizou-se uma abordagem qualitativa, com pesquisa bibliográfica e pesquisa de campo, sendo o campo desde estudo a Secretaria Municipal de Nova Russas, Ceará. Participaram do estudo os coordenadores dos setores da Secretaria, totalizando oito participantes. Os resultados desse estudo apontaram as reflexões sobre o funcionamento da rede de saúde do município, observando que a rede de saúde trata-se de um sistema amplo e complexo, e é através da Estratégia Saúde da Família que buscam realizar atendimento ideal à população, interligando as ações e serviços de saúde, apresentando uma estrutura composta por vários momentos. Verificamos, assim, que existe uma estrutura operacional que se comunica com outros serviços para buscar atender às necessidades do usuário, tornando-se um sistema resolutivo.

Palavras-chaves: Sistema Único de Saúde. Rede de Atenção à Saúde. Serviço Social.

ABSTRACT

The Constitution of 1988 was a milestone in the history of public health in Brazil for it defined health in its Article 196 as a, "right for all and duty of the state", that is, directed towards the conditions of the population, being the State's duty to guarantee it, recognizing health as a social right. In this sense, the present study had for its general objective: to comprehend how the network of health care of the Nova Russas county in Ceara functions. It also had the following specific objectives: to report on the activities of the multiprofessional team in meeting the rights of users of the Nova Russas - CE Municipal Health Department; to analyse the limits and possibilities in the fulfillment of users' rights to the health care services according to the reports of the interviewees; to understand how social service specifically performs in the Municipal Health Department of Nova Russas - CE. In order to develop this research a qualitative approach was used, with bibliographical research and a field research, being the field of this study the Municipal Secretariat of Nova Russas, Ceara. The coordinators of the sectors of the secretary participated in this study, totaling eight participants. The results of this study pointed out the reflexions on the functioning of the health network of the county, where it was observed that the health network is a broad and complex system and that it is through the Family Health Strategy that seek to achieve ideal understanding of the population, interconnecting actions and health services, presenting a structure composed of several moments. Thus it was verified that there is an operational structure that communicates with other services seeking to meet the needs of the user, becoming a resolute system.

Keywords: Single Health System. Network of Health Care. Social Service.

LISTA DE QUADROS

Quadro I - Perfil biográfico dos profissionais/2018	25
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIF - Associação das Indústrias Farmacêuticas
APS - Atenção Primária em Saúde
AP-SUS – Atenção Primária-Sistema Único de Saúde
CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES - Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CEO - Centros de Especialidades Odontológicas
CLT - Consolidação das Leis do Trabalho
CNS - Conferência Nacional de Saúde
DAB – Departamento de Atenção Básica
ESF - Estratégias Saúde da Família
FBH - Federação Brasileira de Hospitais
IAPs - Institutos de Aposentarias e Pensões
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional da Previdência Social
INSS – Instituto Nacional de Seguro Social
LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social
LOS - Leis Orgânicas da Saúde
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NOB - Norma Operacional Básica
PAISC - Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISI - O Programa de Assistência Integral à Saúde do Idoso
PAISH - O Programa de Assistência Integral à Saúde do Homem
PAISM - O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PIB - Produto Interno Bruto
PNIIS - Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
PNS - Plenário Nacional de Saúde
PROSAD - Programa de Atenção à Saúde do Adolescente
RAS - Redes de Atenção à Saúde
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SIMPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SIPNI – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização

SIS – Sistema de Informação em Saúde

SUDS - Sistema Único de Descentralidade de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UPAS - Unidades de Pronto Atendimento à Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 PERCURSO METODOLÓGICO	19
2.1 Aproximação com o tema	19
2.2 A inserção em campo e os sujeitos da pesquisa	22
3 A CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL	27
3.1 A trajetória da Seguridade Social no Brasil	27
3.2 O Sistema Único de Saúde e suas principais conquistas	32
4 A REDE DE SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE NOVA RUSSAS - CE: RELATOS DE PESQUISA DE CAMPO	37
4.1 O funcionamento da rede de saúde em Nova Russas - Ceará	37
4.2 Limites e possibilidades no atendimento aos direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)	40
4.3 Atuação do Serviço Social na Secretaria Municipal de Saúde de Nova Russas – Ceará	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	63
APÊNDICES	70

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 foi um marco na história da Saúde Pública brasileira, pois, definiu a saúde em seu Art. 196 como, “direito de todos e dever do estado”, voltado às condições da população, cabendo ao estado à obrigação de garanti-lo, reconhecendo a saúde como direito social. (PAIM, 2009)

Para Paim (2009) a Constituição Federal assegura o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, tornando relevantes as políticas econômicas e sociais para o direito à saúde, buscando cultivar, fomentar e estimular, por intermédio de medidas gerais para a qualidade de vida da comunidade.

A Constituição de 1988 inaugura o conceito de Seguridade Social, vejamos a seguir o Art. 194 que trata desse conceito: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência social e assistência social”. (BRASIL, 1988)

A Seguridade Social na Constituição Federal de 1988, de acordo com Silva (1997), partiu de um sistema já existente, que protegia os empregados estáveis por força das pressões sociais que marcaram o processo constituinte, resultando na ampliação de sua natureza, pois, apesar de apresentar caráter inovador e intencionar compor um sistema ou um padrão amplo de direitos sociais, acabou se caracterizando como um sistema híbrido, que conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência), com direito universal (saúde) e direitos seletivos (assistência).

Com base na Seguridade Social, o Sistema Único de Saúde (SUS) supõe uma sociedade democrática e solidária, movida por valores de equidade e igualdade. Numa ação articulada com outros segmentos, que buscam o aprofundamento do sistema de saúde, cabendo ao Serviço Social levantar estratégias para se criar experiências nos serviços de saúde que alcance o direito social da pessoa. O trabalho desse profissional na saúde tem como eixo principal, a busca incessante e criativa da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulando aos princípios dos projetos da reforma sanitária. (BRAVO; MATOS, 2006)

Após a Constituição Federal nasce a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 e a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, consideradas as Leis Orgânicas da Saúde (LOS), por meio destas, as ações de saúde passaram a ser regulamentadas em todo território Nacional. (PAIM, 2009)

A Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 dispõe, “sobre as condições para a promoção,

proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.” No que tange a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, ela vai dispor sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, por meio dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. (BRASIL, 1990)

As ações de promoção, prevenção e recuperação são realizadas por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS). As RAS são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que promovem a integração através dos sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão que buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

O sistema de saúde é organizado por níveis de atenção à saúde, onde essa organização buscar promover um atendimento humanizado, integral e contínuo. Destacam-se como níveis; a Atenção Primária em Saúde (APS), as Estratégias Saúde da Família (ESF), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e outros equipamentos na linha horizontal do cuidado, ocupando um espaço no centro da rede de saúde, interligando aos outros pontos de atenção à saúde e possibilitando coordenar o fluxo e contra fluxo do atendimento da comunidade. (MOLL et. al., 2017)

As RAS determinam os pontos de atenção à saúde na atenção secundária, que são constituídos por unidades ambulatoriais e por unidades hospitalares, que podem ou não, está situada no ambiente hospitalar, a exemplo das Unidades de Pronto Atendimento à Saúde (UPAS) para a realização dos rastreamentos, diagnósticos e tratamento precoce e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), entre outras. A atenção terciária à saúde é considerado o conjunto de procedimentos de alta complexidade, utilizando o manejo de tecnologias duras presentes no ambiente hospitalar. (MENDES, 2011)

No Ceará, mesmo após o nascimento do SUS, que data em quase 30 anos, a sociedade ainda enfrenta dificuldade para receber atendimento. Segundo o Jornal o Povo (2018)¹, o sistema oscila entre serviços de excelência e de atraso. Em contrapartida, essa reportagem afirma que, houve reforço da atenção primária, com a implantação de 19 postos de saúde, reforma de 70 unidades, contratação de novos profissionais e crescimento da cobertura da Estratégia Saúde da Família de 30% para 62%.

O Município de Nova Russas faz parte do Estado do Ceará, situado no Oeste do

¹ A referida matéria foi publicada na data 01/03/2018. Para mais informações acesse o site: Disponível em: <https://especiais.opovo.com.br/susfortaleza/>. Acesso em: 08/07/2018.

Estado, localiza-se na microrregião do Sertão de Crateús, mesorregião dos Sertões Cearenses, com uma população estimada com mais de 31 mil habitantes. Nele, está situada a Secretaria Municipal de Saúde onde realiza a gestão em seis postos de saúde, um hospital, um centro de especialização da saúde e um centro de especialização odontológico, com o objetivo de que as ações e os serviços de saúde prestados a comunidade sejam de eficaz e de qualidade. (IBGE, 2010)

A população usuária do SUS em Nova Russas é majoritariamente da zona urbana, visto que, 75% dos habitantes do município vive na cidade, em consequência, boa parte reside em bairros com grande concentração populacional. Apresenta de modo significativo grande parte em situação de vulnerabilidade social e ainda, famílias em riscos sociais, considerando a baixa renda e que muitos vivenciam o programa Bolsa Família. (IBGE, 2010)

A equipe da Secretaria de Saúde de Nova Russas é composta por quatro Enfermeiras, que são responsáveis pela coordenação de imunização, da Atenção Básica, da Vigilância a Saúde e Regulação; uma profissional responsável pelo setor de Saúde Bucal; uma Assistente Social; um coordenador do setor de Endemias; uma coordenadora responsável pela Vigilância Sanitária e 14 servidores de equipe de apoio (administrativos que alimentam programas do Ministério da Saúde)².

Desta forma, são ofertados aos usuários do município de Nova Russas ações e serviços por meio dos programas do Ministério da Saúde (MS), entre os quais se citam: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança, Programa de Atenção à Saúde do Adolescente, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Programa de Assistência Integral à Saúde do Idoso, Programa de controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

De acordo com os Programas disponibilizados pelo Ministério da Saúde, em 1984, surgiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), que envolve ações básicas de saúde que visa à integralidade na assistência prestada à criança em todo seu processo de desenvolvimento e crescimento, minimizando a morbidade e mortalidade das menores de cinco anos. (BRASIL, 2015)

Em 1996, o Ministério da Saúde implementa o Programa de Atenção à Saúde do Adolescente (PROSAD), que tem como objetivo, promover à saúde integral dos adolescentes, orientando sobre os cuidados do crescimento e desenvolvimento, os desajustes sociais e individuais. Este programa assegura um atendimento adequado às suas necessidades e características, bem como, apoiar e promover pesquisas e estudos relativos à adolescência.

² Dados retirados dos profissionais que compõe a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Nova Russas-Ceará.

(BRASIL, 2010)

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) surgiu em 1983 pelo Ministério da Saúde, e tem como objetivo, reduzir a morbidade e mortalidade materna e infantil. Preconizando também, a todas as mulheres, em seu ciclo de vida, a garantia de acesso às ações e serviços, do nível simples ao mais completo. (BRASIL, 2004)

O Programa de Assistência Integral à Saúde do Homem (PAISH) tem como objetivo, promover uma melhor condição de saúde aos homens — 20 a 59 anos — buscar ações de saúde que contribuam para a compreensão da realidade masculina nos vários contextos político-econômicos e socioculturais, respeitando os vários níveis de organização e desenvolvimento dos sistemas locais de saúde. (BRASIL, 2009)

O Programa de Assistência Integral à Saúde do Idoso (PAISI), criado pelo Ministério da Saúde, buscar promover ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, e tem como objetivo primordial, tentar manter um estado de saúde com intuito de atingir uma vida ativa, junto à família e a sociedade, com o maior grau de autonomia e independência dos idosos. (BRASIL, 2010)

No programa de controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, contribuirá para a identificação precoce dos casos, evitar novas complicações, buscar uma melhor qualidade de saúde e minimizar gastos com exames, medicações, procedimentos e hospitalizações. (BRASIL, 2001)

Dentre os profissionais que compõe a Secretaria Municipal de Saúde, os quais foram citados anteriormente, destaca-se a intervenção da assistente social. Para Braga; Silva e Braga (2018) a presença desse profissional dentro desse serviço é de fundamental importância, pois, visa planejar, administrar e avaliar programas, projetos e ações, referentes aos serviços de saúde, atribuindo metas para a garantia do acesso da população usuária do SUS, aos seus direitos sociais e permanentes, e à busca pela construção de serviço e de assistência à saúde com qualidade.

Nessa perspectiva, compreendemos que a saúde é um direito de todos, e está inserida nos limites constitucionais, abrangendo todo o território Nacional, bem como é dever do Estado garanti-las através de políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco da doença e de outros agravos. (PACHECO FILHO; GARBIN, 2010)

Este cuidar implica uma assistência específica que requer atenção especial, conhecimentos específicos frente à equipe de saúde, visto que, os enfermos requerem um tratamento, acompanhamento e atenção maior de qualidade.

Diante desse contexto, esse estudo teve como objetivo geral: Compreender como é o

funcionamento da rede de atenção à saúde no Município de Nova Russas - CE, a partir dos relatos dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde. E como objetivos específicos: Relatar as atividades da equipe multiprofissional no atendimento aos direitos dos usuários da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Russas - CE; Analisar os limites e possibilidades na efetivação no atendimento aos direitos dos usuários aos serviços de saúde segundo os relatos dos entrevistados; Compreender como se dá a atuação específica Serviço Social na Secretaria Municipal de Saúde de Nova Russas - CE.

Para desenvolvermos esta pesquisa adotamos uma metodologia de abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa, segundo Minayo (2006, p. 21) proporciona “o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos”. Desse modo, nos interessou nesse estudo, compreender as percepções dos profissionais sobre o funcionamento da rede de saúde pública no Município de Nova Russas-CE.

Antes de realizarmos a pesquisa de campo, foi necessário fazermos uma pesquisa bibliográfica. Para o autor Polit; Becker; Hungler (2004), a pesquisa bibliográfica é a atividade de localização e consulta de fontes diversas de informações escritas, para coletar dados gerais ou específicos a respeito de um tema. Assim, para discutirmos sobre o Sistema Único de Saúde e o direito à saúde, usamos os autores: Paim (2009); Bravo e Matos (2005); Silva (1997); Mendes (2011); Moll et, al., (2017); Pacheco Filho; Garbin (2010). E por se tratar de um estudo que buscar compreender o funcionamento da rede de saúde pública, foi utilizado também como referência, os documentos do Ministério da Saúde (2001, 2009, 2010); Portarias (nº 1.130/2015, nº 4.279/2010); Leis Federais (8.080/1990, 8.142/1990) e Brasil (1988);

Desse modo, realizamos uma pesquisa de campo. A pesquisa de campo objetiva buscar informações diretamente com os indivíduos pesquisados. Exige do avaliador um encontro mais direto, precisando ir ao local onde o fenômeno ocorre e levantar as informações a serem documentadas. (MINAYO, 2006)

O campo desse estudo, conforme já dito anteriormente, foi o Município de Nova Russas, e mais especificamente, a Secretaria Municipal de Saúde que coordena o Sistema Único Saúde no município de Nova Russas.

Os profissionais pesquisados foram selecionados a partir do seguinte perfil: Os coordenadores de setores e a assistente social, os quais atuam diretamente na efetivação do acesso ao serviço de saúde do município, além disso, foram entrevistados aqueles que se dispusera a participar voluntariamente da pesquisa, desse modo, participaram os seguintes

profissionais: as coordenadoras da atenção básica, da vigilância à saúde, da imunização, das endêmicas, central de regulação, de saúde bucal e assessora do programa Estratégia e SUS Atenção Básica e a assistente social.

Primeiramente, a pesquisadora entrou em contato com os responsáveis pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Nova Russas, onde foi solicitada a permissão para o levantamento da pesquisa com os gestores e assistentes sociais da instituição. Sendo neste momento, estabelecidas às datas e horários mais viáveis para a concretização da observação no ambiente pesquisado.

Finalizadas as consultas prévias, foi dado início à pesquisa. Em um primeiro momento houve a abordagem aos gestores para solicitar a participação na pesquisa, explicando o objetivo desejado e, quando demonstraram interesse em participar, foi solicitado que os mesmos respondessem a algumas perguntas previamente elaboradas, a fim de direcionar ao estudo. A aplicação dos questionários foi realizada no segundo semestre de 2018.

A análise foi feita por diversos ângulos, levando-se em conta várias interpretações dos participantes, apoiando-se na técnica de perguntas abertas em que podemos obter os dados necessários para uma maior reflexão, pois cada usuário profissional trouxe sua interpretação acerca da atuação na Secretaria Municipal de Saúde.

Como instrumento de coleta de dados, foi escolhida a observação direta não participante. Segundo Marietto (2014) na pesquisa que se utiliza a observação direta não participante o avaliador assume um importante papel de observador exterior, sem tomar nenhuma iniciativa no decorrer das situações que observa.

A partir dos dados obtidos nos questionários e nas observações, procurou-se manter a individualidade dos participantes, preservando, assim, suas identidades. Nesse sentido, decidimos utilizar a palavra “profissional”, para designá-los, seguida por números inteiros. Por exemplo: profissional I, profissional II, profissional III e assim por diante.

Dessa forma as observações foram devidamente anotadas no diário de campo, durante o período de estágio, que compreendeu do mês de janeiro a dezembro de 2018. O diário de campo é conhecido como uma forma de agendamento de tarefas, como anotações pontuais de atendimentos individuais e observações, bem como, um breve relato descrito da realidade e da intervenção. (LIMA; MIOTO; PRÁ, 2007)

Assim também, utilizamos como instrumento para a coleta de dados um questionário semiestruturado. No questionário semiestruturado se utiliza perguntas básicas que são apoiados em hipóteses e teorias que é voltado ao tema da pesquisa. (MANZINI, 2003)

Diante disso, foi encaminhado o ofício da intuição para a Secretaria Municipal de

Saúde, sendo devidamente autorizada a realização da pesquisa. O estudo utilizou as considerações e as exigências contidas na Resolução nº466/12, que atualmente, regulamenta os aspectos ético-legais da pesquisa com seres humanos. Aos participantes, foram asseguradas, a autonomia, não maleficência, beneficência, anonimato, privacidade e o direito à desistência em qualquer etapa da pesquisa. Foi solicitada aos participantes a assinatura do termo de Consentimento Informado, após os devidos esclarecimentos sobre o mesmo. (BRASIL, 2012)

Os resultados desta pesquisa estão divididos em três capítulos. No primeiro capítulo é exposto à introdução sobre o tema da pesquisa, bem como o percurso metodológico, com a aproximação do tema e a inserção no campo. No segundo capítulo, exemplifica a construção das Políticas Públicas de Saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde e suas principais conquistas, haja vista, ser este um importante marco na construção das políticas de saúde no Brasil. No terceiro capítulo são apresentados os resultados obtidos através da pesquisa realizada junto à rede de saúde pública no município de Nova Russas, o funcionamento da rede de saúde, os limites e possibilidades no atendimento aos direitos dos usuários e a atuação do Serviço Social na Secretaria de Saúde de Nova Russas.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 Aproximação com o tema

A pesquisa foi realizada na Secretaria Municipal de Saúde de Nova Russas, Ceará. Nova Russas é um Município brasileiro do Ceará situado no Oeste do Estado, localiza-se na microrregião do Sertão de Crateús, mesorregião dos Sertões Cearenses, sendo uma população do último censo 31.783 em 2014, e população estimada de 2018 será de 32.262 pessoas. Atualmente, Nova Russas possui seis distritos: Espacinha, Canindezinho, Nova Betânia, Major Simplicio, São Pedro e Nova Russas (distrito-sede).

Com a consciência de que para o pesquisador vir a elaborar uma pesquisa que, de algum modo, colabore junto à comunidade acadêmica e com a população em si, consideramos que se faz necessário que, com antecedência, o pesquisador trace objetivos precisos e, com responsabilidade, trilhe um caminho que o permita alcançar seus resultados. Dessa forma, o que buscamos nesse capítulo é expor nosso caminho de pesquisadora e a relação com o objeto de estudo abordado no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Escolhi³ esse cenário para realizar meus estágios, pois, percebi que esse serviço traz várias contribuições para a sociedade e, principalmente, para a minha área de formação. Bem, antes de iniciar o curso de Serviço Social, sempre tive o interesse de compreender como se dava o funcionamento de uma Secretaria Municipal de Saúde.

No sétimo semestre da graduação, elaborei o projeto de pesquisa final, considerada a primeira etapa para a organização do TCC, tendo em mente colocá-lo em prática no trabalho de conclusão de curso do oitavo semestre.

Na construção do meu projeto de pesquisa, teve como objetivo: a organização inicial do trabalho desenvolvido, definindo-se a temática do trabalho, o referencial único para sustentar as ideias, bem como os procedimentos a serem realizados. Diante disso, refleti junto ao pensamento de Hissa (2013) que um projeto de pesquisa é um espaço-tempo de pensar; uma espécie de roteiro, que auxilia na condução do estudo, cujos resultados, no presente, muito pouco ou quase nada se sabe, pois, agora o que há são apenas suposições, já que as conclusões estão sendo tecidas quanto à pesquisa se move na direção do que ainda é obscuro.

Após orientação e liberação do projeto de pesquisa, iniciou-se a elaboração do artigo

³ Peço licença ao leitor para dirigir-me a ele na primeira pessoa do verbo singular, tendo em vista considerar que esse capítulo significou um processo de autorreflexão sobre a vida acadêmica trilhada, em especial com relação ao momento de pesquisadora iniciante.

científico. Este se tratará de uma publicação com autoria declarada, que apresenta e discute ideais, métodos, técnicas, processos e resultados nas diversas áreas do conhecimento.

Ao chegar ao oitavo e último semestre da formação profissional, revisei o projeto de pesquisa junto à professora orientadora, e com a sua liberação para se realizar, parti para a confecção do TCC, especificamente o capítulo teórico-bibliográfico e a análise dos resultados, versando este, sobre a trajetória da seguridade social no Brasil e o como se deu o sistema único de saúde e suas principais conquistas.

O estágio ocorreu entre os meses de janeiro a dezembro de 2018, e durante a vivência presenciei momentos de aproximação com a ação profissional, participei de resoluções de análises críticas e expressões da questão social, que acontecia quase que, frequentemente, no setor onde estava inserida.

Com o passar dos meses na Secretaria Municipal de Saúde de Nova Russas, observei que é um setor que tem como atribuições: orientar, planejar, coordenar, desenvolver e executar a política de saúde do Município, compreender também o cuidado ambulatorio e o hospitalar do Município, e ter responsabilidades de desenvolver, planejar e executar as ações de vigilância epidemiológica e sanitária.

Conheci a estrutura e o funcionamento da Secretaria de Saúde, identifiquei as rotinas e normas do serviço, de forma que fosse possível desenvolver atividades dentro dos programas, tracei objetivos para o trabalho e os perfis dos profissionais, que atuam dentro da secretaria, observei a dinâmica dos profissionais com o serviço, também, prováveis riscos e vulnerabilidade as quais os trabalhadores estão expostos.

Dentre os problemas observados o que mais me chamou atenção foi o espaço da própria estrutura do prédio da Secretaria, que não possui estrutura para abrigar os profissionais, e que segundo informações colhidas, poderá mudar para a área térrea do Prédio da Universidade Vale do Acaraú (UVA), assim como a frota que se encontra em péssimas condições.

A estrutura da Secretaria apresenta-se com três cômodos, sendo eles: uma sala para a Secretaria de Saúde, um espaço dividido com mesas e cadeiras para os demais coordenadores da Secretaria e algumas cadeiras para os usuários e com um banheiro para seus funcionários.

Em fevereiro de 2018 houve uma mudança da Secretaria de Saúde para o Prédio da Universidade Vale do Acaraú (UVA), um ambiente mais amplo e espaçoso, onde cada coordenador possui a sua própria sala, quatro banheiros, e uma sala ampla para as reuniões, tornando-se um ambiente acolhedor aos profissionais e para os usuários que procuram o serviço.

Ao longo do estágio contei com a supervisão, orientação e acompanhamento da assistente social, que juntas vivenciamos o dia a dia dessa profissão na Secretaria Saúde, executando as atribuições preconizadas pela portaria do Município e seguindo as Políticas Públicas do Ministério da Saúde, permitindo assim, o desenvolvimento prático dos conhecimentos, atitudes e habilidades da acadêmica, com base nas teorias e práticas que envolvem a atuação dessa profissão.

Neste termo, coloquei em prática as ações, conhecimentos e habilidades que envolvem a minha profissão, adquiridas durante a vida acadêmica, realizando assistências humanizadas, resolutivas, qualificadas e integradas, juntos com os demais profissionais aos usuários que necessitavam daquele serviço.

No início das práticas dos estágios, as vivências tornaram-se algo desafiante, pois, os profissionais ali presentes, ainda não confiavam e poucos interagiam comigo. Mas com o dia a dia dos estágios, os profissionais iniciaram um processo de interação, com isso, consegui conhecer mais de perto as rotinas de todos durante a vivência de estágio. Estes pareciam identificar-se, meramente com o processo de trabalho. E, dessa forma, a relação com os profissionais se ampliaram e daí nasceu o interesse pelo estudo. Durante este período, foram levantados questionamentos sobre a necessidade de saber o que os profissionais têm a dizer sobre o acesso ao direito à saúde dos usuários de Nova Russas.

Com a minha inserção dentro da Secretaria, percebi a importância da Assistente Social dentro desse serviço e, logo, imaginei realizar o meu Trabalho de Conclusão de Curso voltado, exclusivamente, para a assistente social; contudo, no decorrer dos meses percebi que além da assistente social, temos outros profissionais atuantes dentro desse serviço, que são bastante importantes para o funcionamento da Secretaria de Saúde.

Logo, entrei em contato com a minha orientadora e questionei sobre a importância dos demais profissionais atuantes dentro da Secretaria Municipal de Saúde, e a necessidade de mudarmos o tema que antes era atuação da Assistente Social na Secretaria de Saúde Municipal de Saúde de Nova Russas - Ceará, para um tema mais amplo, que abrangesse todos os profissionais inseridos nesse serviço.

Com a aceitação e a ajuda incessante da minha orientadora, pensamos em um trabalho que buscasse incluir todos os profissionais da Secretaria de saúde, logo, surgiu a necessidade de estender aos demais profissionais da Secretaria do Município de Nova Russas-CE, tornando-se um trabalho grandioso e amplo, dando a ele mais enfoque e conhecimento abrangente. O tema foi modificado para, “O acesso ao direito à saúde: relatos dos profissionais da Secretaria de Saúde de Nova Russas - Ceará” ampliou-se o tema para uma

melhor compreensão e participação de todos os profissionais que atuam na Secretaria de saúde.

Conhecendo e compreendendo a Secretaria de Saúde como uma poderosa estratégia de realização de ações de educação e saúde do SUS, nasceu o interesse de compreender por meio dos relatos dos profissionais, no cotidiano, já que por todo o período da experiência, neste cenário, identificou-se um espaço fecundo para a formação permanente, pois esta temática, pouco era pensada ou considerada nas conversas entre trabalhadores e gestores. Com esses relatos, os profissionais precisam apoderar-se da grandeza dessa estratégia, como instrumento de fortalecimento do trabalhador e mobilizar para uma melhor assistência, para que possamos conhecer como se dá a efetivação do acesso ao direito dos usuários.

Posto isso, apresento no próximo tópico, como se deu a minha inserção no campo e quais são os profissionais participantes da pesquisa.

2.2 A inserção em campo e os sujeitos da pesquisa

A minha escolha de campo de estudo se deu, conforme mencionado, por querer conhecer como os profissionais atuam na Secretaria de Saúde frente aos direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde. Pois, esse questionamento se torna relevante, à medida que, se conhece sobre os direitos dos usuários e o papel de cada profissional da Secretaria.

A realização de um estudo teórico prévio sobre a temática se faz necessário, para que o pesquisador adentre no campo de estudo prático com algum conhecimento, o que certamente facilitou o andamento do estudo, dando maior embasamento ao que se queria observar.

Diante do conhecimento adquirido por meio do levantamento bibliográfico, foi iniciado o trabalho de campo, onde foi usado como instrumento de coleta de dados, a observação participante e o diário de campo. A opção por este método se deu pelo interesse de conhecer e ampliar essa temática.

Antes de iniciar a pesquisa houve o encaminhamento do ofício da Faculdade Ratio, solicitando a autorização da Sra. Secretária de Saúde para a aplicação do questionário aos participantes. Em seguida, antes da aplicação do questionário, foi explicado aos participantes, de forma coletiva, através de uma roda de conversa sobre a finalidade da pesquisa.

O diálogo com os profissionais foram iniciados através de uma breve explanação do objetivo geral da pesquisa – que trata de, compreender como é o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde no Município de Nova Russas - CE, a partir dos relatos dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, enquanto uma forma de introduzir o assunto e deixá-las a par

da essência do estudo. Em seguida, informamos os aspectos éticos e legais da pesquisa, enfatizando o emprego do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a garantia do anonimato, a forma de utilização dos dados coletados e a licença para gravar suas vozes.

A pesquisa de campo foi realizada entregando um questionário com perguntas abertas a cada participante; essa entrega ocorreu no dia 19 de novembro de 2018, e aguardando os mesmos responderem, sendo possível a entrega do questionário em outro momento. Escolhi entregar o questionário para eles por conta da disponibilidade do tempo.

Após o recebimento do questionário com as respostas dos profissionais, cada participante foi convidado para o interior das suas salas de atendimento individual, para uma conversa informal sobre algumas dúvidas a serem sanadas, essa escolha foi devido à necessidade de garantir o sigilo das informações fornecidas de cada participante.

No que se refere à aplicação dos questionários, o processo seguiu um curso normal, praticamente dentro do previsto pelo cronograma, cuja prioridade era conhecer a trajetória dos profissionais no âmbito da Secretaria. O questionário foi dividido em dois blocos: o primeiro era composto de perguntas, com vistas a constituir o perfil biográfico dos participantes; e o segundo, compõe-se de perguntas abertas criadas para responder os objetivos específicos contidos no estudo.

Nesse processo de inserção em campo, merece destaque a aplicação do Projeto de Intervenção da disciplina de Estágio Supervisionado do Serviço Social II, esse projeto foi desenvolvido com a equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Russas - Ceará, que se propôs com esse projeto, fomentar a comunicação entre os profissionais que compõe a equipe da Secretaria de Saúde, enfatizando que cada profissional reafirme seus valores no ambiente laboral, e mostrar que em um ambiente de trabalho devem-se buscar os mesmos propósitos, que é o bem-estar e a qualidade de vida da população.

O projeto tinha como objetivo geral: Realizar encontros integrativos com os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Russas - CE, com vistas à socialização e a interação com a equipe. E teve como objetivo específico: desenvolver atividades de promoção de encontros sociais e lúdicos com a equipe multiprofissional da gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Russas - CE; promover a reflexão e buscar a maior humanização entre as relações interpessoais com os profissionais; e, proporcionar atividade laboral visando a valorização de cada profissional e da equipe no autocuidado.

Participaram dessa intervenção os profissionais que atuam diretamente na efetivação do acesso ao serviço de saúde do Município, incluindo os coordenadores da atenção básica, da vigilância à saúde, da imunização, das endemias, central de regulação, de saúde bucal,

assessora do programa Estratégia e-SUS Atenção Básica, a Assistente Social, a Secretária de Saúde e os demais profissionais, totalizando 30 participantes.

Antes da implementação do projeto, foi realizando uma breve explanação aos participantes sobre a finalidade do projeto de intervenção, seus objetivos e as etapas a serem realizadas. A intervenção foi realizada em três etapas, não evadindo o horário de trabalho, mas sim, adequando junto à melhoria de relaxamento para a continuação do dia a dia de suas atividades, de modo contagiante para o desenvolvimento harmonioso do projeto.

A primeira etapa foi denominada “A hora da festa”, ocorreu por volta das 07h30min do dia 26 de novembro de 2018, com um café da manhã. Nessa etapa foram explicados que as confraternizações precisam acontecer de forma contextualizada e de acordo com o momento, sendo uma ação que traz resultados positivos na maioria dos casos. Mostrando que um ambiente mais informal pode ser propício às dinâmicas em grupos, entre os funcionários ou de compartilhamento de experiência.

Para a avaliação da primeira etapa foi distribuído aos participantes, um simples questionário quantitativo sobre a importância da confraternização entre os funcionários, foi composta por quatro perguntas fechadas que incluíram: Você concorda que pequenas confraternizações possam promover a integração e a motivação da equipe; Estes eventos trazem a possibilidade de aumentar a rede de relacionamento; Estas confraternizações servem para as pessoas saírem do cotidiano, quebrarem a rotina e se descontraírem; Esses encontros fortalecem o relacionamento entre os profissionais. Como respostas foram lançadas para marcarem com “X”, se sim, não ou talvez.

Já na análise dos questionários da primeira etapa, houve 100% de aprovação dos participantes sobre o projeto de intervenção. Todos enfatizaram que essas pequenas confraternizações promovem a motivação e integração com a equipe, além de aumentar o relacionamento da rede, quebrarem a rotina, se descontraírem, e afirmaram que é um método que fortalece o relacionamento interpessoal.

A segunda etapa envolveu a “Dinâmica da interação” que ocorreu às 11h00min do dia 04 de dezembro de 2018. Essa dinâmica envolveu o autoconhecimento da pessoa, bem como, a interação e a quebra de gelo nas relações interpessoais. Foi distribuída uma folha em branco e uma caneta para cada participante. Cada um escreveu, sem a outra pessoa ver, uma característica sua no ambiente de trabalho; após isso, houve a troca de papel entre os colegas, cada um tentou adivinhar quem era o dono do que foi escrito no cartão que recebeu na troca. Acertando, devolve o cartão e dá um abraço.

Para a avaliação da segunda etapa foi solicitado aos que quisessem participar, que

respondessem em voz alta sobre a importância dessa dinâmica no trabalho. Os profissionais salientaram sobre esse momento como um fator positivo, que contribuiu para conhecer ainda mais o seu colega de trabalho. Veja alguns depoimentos dos participantes: “Essa dinâmica é boa para conhecer o outro”, “A dinâmica é positiva para ser implementada com o grupo”, “Dinâmicas de conhecimento e descobertas para com o seu colega e trabalho”, “Essa dinâmica me fez conhecer características do meu colega que eu não sabia”, entre outros relatos.

A terceira etapa envolveu a “atividade laboral” que ocorreu às 08h00min do dia 05 de dezembro de 2018. Essa dinâmica envolveu atividades laborais com o profissional de educação física, visando o relaxamento muscular e tensão, para melhor disposição dos profissionais nas funções trabalhistas, desenvolvendo controle de leveza corporal. O principal objetivo dessa etapa foi de oferecer maior qualidade de vida aos participantes, bem como, a reestruturação dos profissional e maior produtividade no trabalho.

Para a avaliação da última etapa, após a atividade laboral, cada participante recebeu uma carinha lúdica feliz, que correspondeu à positividade sobre a atividade laboral como um “gostei” e do outro lado, a carinha lúdica triste, que correspondeu “não gostei”. Finalizando as atividades, realizei uma pequena explanação sobre a minha experiência nesse projeto, parabenizando-os pela participação e solicitando-os para quem gostou e gostou mostrar a carinha lúdica feliz ou triste, 95% dos participantes afirmaram ter gostado da atividade realizada, após o levantamento da última etapa, finalizei o meu projeto de intervenção na Secretaria Municipal de Saúde com os resultados positivos em todas as etapas realizadas.

Na pesquisa realizada, após ter constituído e planejado os critérios para o momento da conversação, passei a outro plano, que foi o momento de criar pseudônimos para cada participante, visto que, faz parte dos procedimentos éticos da pesquisa que sejam resguardadas. Assim, os pseudônimos foram criados conforme a profissão das participantes, acrescidos de profissionais I, II, III, IV, V, VI, VII e VIII. Desde modo, participaram da pesquisa 8 (oito) profissionais, 7 (sete) mulheres e 1 (um) homem, conforme apresenta no Quadro 1.

Quadro I - Perfil biográfico dos profissionais/2018

Identificação	Idade	Formação Profissional	Tempo de Formação	Pós-Graduação	Tempo de Atuação na Área	Experiência anterior

Profissional I I.S.R.X	36	Enfermeira	10 anos	Sim	Há 08 anos	Sim
Profissional II T.M.V.	35	Cirurgiã Dentista	12 anos	Sim	Há 12 anos	Não
Profissional III J.F.C.F.	35	Agente Comunitário de Endemias	10 anos	Não	10 anos	Sim
Profissional IV V.S.L.	37	Enfermeira	14 anos	Sim	Há 14 anos	Sim
Profissional V V.S.L.	37	Enfermeira	14 anos	Sim	Há 14 anos	Sim
Profissional VI M.A.S.L.	48	Enfermeira	20 anos	Sim	Há 23 anos	Sim
Profissional VII F.G.G.M.F.	31	Enfermeira	07 anos	Sim	Há 07 anos	Sim
Profissional VIII I.S.C.	56	Assistente Social	32 anos	Sim	Há 22 anos	Sim

Fonte: Pesquisa de Campo

Conforme se pode verificar, em resumo, o público alvo desta pesquisa trata-se de participantes de várias profissões, e não só do Serviço Social. Sete dos participantes são do sexo feminino e apenas um do sexo masculino. Isso mostra a inserção das mulheres no mercado de trabalho. Os dados levantados demonstram que os participantes estão na faixa etária entre 31 a 56 anos de idade. Sete dos participantes são pós-graduados, e com mais de 10 anos de profissão.

É imprescindível essa relação de tempo e idade de atuação do profissional, pois revelam o acúmulo de experiência, dedicação, conhecimento e compromisso, realização pessoal e profissional dos participantes da pesquisa.

No próximo capítulo, introduzimos a compressão da trajetória da seguridade social no Brasil; seguidamente, o entendimento do Sistema Único de Saúde e suas principais conquistas.

3 A CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

3.1 A trajetória da Seguridade Social no Brasil

No nascimento da saúde pública, o modelo de intervenção conhecido como sanitarista-campanhista, estruturou-se sob a influência dos saberes fundamentados pela era bacteriológica e microbiológica, contrapondo-se à concepção tradicional baseada na teoria miasmática, que se tratava de um conjunto de odores fétidos provenientes de solos insalubres, matérias em putrefação e áreas contaminadas, tal teoria era utilizada para explicar o processo saúde-doença. Por outro lado, surge a Previdência Social que vai incorporar o amparo médico aos trabalhadores como uma de suas atribuições para aqueles que contribuam com as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). (AGUIAR, 2015)

As CAPs foram criadas em 1923, por meio da Lei Eloy Chaves e são consideradas embriões da Previdência Social. Eram formadas por trabalhadores de determinadas empresas e eram financiadas pelos empregados e empregadores, ou seja, Bipartite. Tinha como finalidade, garantir benefícios previdenciários, a assistência médica aos trabalhadores segurados e seus familiares. As primeiras CAPs surgiram nas empresas ferroviárias e, mais tarde, estendidas aos marítimos, portuários, outras áreas, dando início ao sistema previdenciário no Brasil. (AGUIAR, 2015)

Em 1930, o Brasil esteve sob o comando político do Presidente Getúlio Vargas, quando foi promovida uma ampla reforma administrativa e política, que culminou com a Constituição de 1934. Nesse período ocorreu um grande aumento no setor das indústrias, principalmente, nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte. Essa política promoveu o aumento do êxodo rural, especialmente, da região Nordeste para os centros econômicos do país. A crescente massa urbana constituiu a mão de obra para o setor industrial crescente. (AGUIAR, 2015)

O crescimento acelerado das indústrias se devido às precárias condições de trabalho, aumentando os problemas e os riscos à saúde dos trabalhadores urbanos, piorando as condições de vida dessa população, que não contava com moradia e saneamento básico adequado. No entanto, as medidas adotadas caminhavam no sentido de manter a força de trabalho em condições de produção, valendo-se da assistência médica vinculada à Previdência Social, que a partir de 1933 transformou as CAPs em Institutos de Aposentaria e Pensões (IAPs), que era formado por trabalhadores de determinada categoria profissional e financiado pelos empregados, empregadores e governo, sendo este último, o centralizador dos recursos

financeiros. (AGUIAR, 2015)

Para Bravo (2013), com o avanço das forças produtivas houve várias mudanças no processo de trabalho, exigindo um profissional mais rígido e qualificado. As instituições de saúde tiveram de ser ampliadas para os profissionais que trabalhavam de carteira assinada, com a finalidade de produzir condições materiais e psicológicas indispensáveis ao desenvolvimento social, econômico e político.

A política de saúde foi consolidada entre o período de 1945 a 1964. Neste momento, houve um crescimento relativo dos gastos da previdência social com a assistência médico-hospitalar. A política de saúde teve como características gerais, a racionalização administrativa e a atribuição de maior sofisticação às campanhas sanitárias. Continuou organizada nos dois subsetores (saúde pública e medicina previdenciária). A medicina previdenciária só vai prevalecer à saúde pública a partir de 1966, apesar de seu predomínio anunciar-se desde o início da década de 1960. (BRAVO, 2013)

Em 1960, foi promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que unificou a previdência social, destinado a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), porém, excluíram os trabalhadores rurais, empregados, domésticos, servidores públicos e Militares. As formas de compra dos serviços médicos de terceiros aparecem como minoritário, situação que vai ser totalmente diferente no regime que se instalou no país em 1964. (BRAVO, 2013)

Em 1964, ocorreu o início do autoritarismo, considerado o período do Regime Militar que ocorreu entre 1964 a 1985, a instauração da ditadura expressou a derrota das forças democráticas, sendo o desfecho da crise, uma forma de dominação burguesa no Brasil. O Estado vai intervir na questão social por meio do binômio repressão-assistência, burocratizando e modernizando a máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, de reduzir as tensões sociais e de conseguir legitimidade para o regime. (BRAVO et. al., 2012)

No campo da saúde, implantou-se, de modo gradual e intenso, um sistema de saúde caracterizado pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e por uma burocracia técnica, que priorizava a mercantilização da saúde. Em 1966, promoveu-se a unificação de todos os IAPs, para a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), esse instituto tinha a responsabilidade pelos benefícios previdenciários e pela assistência médica aos segurados e seus familiares. Essa medida uniformizou os benefícios para todas as categorias, mas acabou com a gestão dos trabalhadores, empregadores e governo, que existia até então nos IAPs, passando o INPS a uma gestão centralizada do ponto

de vista administrativo e financeiro e com fins de capitalização. (AGUIAR, 2015)

Em 1974 a 1984, ocorreu o período da crise da política econômica, agravada pela crise do petróleo e recessão mundial e pela redução de empréstimos internacionais que afetaram a economia brasileira, evidenciando os sinais de esgotamento do modelo que gera concentração de renda para uma minoria e, empobrecimento para grande parcela da população e o aumento da precarização da saúde. (BRAVO et. al., 2012)

Em 1977, efetivou uma nova reordenação burocrático-administrativa do sistema de saúde com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SIMPAS). Esse sistema era composto pelo INPS, que tinha como objetivo o pagamento dos benefícios aos segurados, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que era encarregado da prestação de assistência médica individual e curativa por meio dos serviços privados, contratados e conveniados aos trabalhadores urbanos e rurais, entre outros. (AGUIAR, 2015)

Bravo (2013) ressalta que o INAMPS foi criado em 1974, durante o Regime Militar, por conta do desmembramento do INPS, que hoje é o nomeado como Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), considera-se uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social e tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos contribuintes.

De acordo com o autor supracitado, com a criação do INAMPS os hospitais começaram a admitir pacientes pagantes em quartos individuais e outras acomodações, separadas dos indigentes, ou seja, nesse período houve o aumento da assistência hospitalocêntrica, centrada na medicina curativista assistencialista.

Na década de 1980, houve uma grande mobilização política e uma piora da crise econômica que se evidenciou ainda mais na Ditadura Militar⁴. Nessa conjuntura, houve um movimento significativo na saúde coletiva, que também ocorreu no Serviço Social, de ampliação do debate teórico e da incorporação de algumas temáticas como o Estado e as Políticas Sociais fundamentadas no Marxismo. (BRAVO, 2013)

Nesse contexto, situa-se no âmbito da saúde o movimento sanitário que vem sendo construído desde meados dos anos 1970, nesse período se conseguiu avançar na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do setor privado. (BRAVO, 2013)

⁴ O período da Ditadura Militar ocorreu entre 1964 a 1985, sendo considerado um período da política em que militares conduziram o Brasil. Este período ficou marcado na história do Brasil pelos vários Atos Institucionais que colocavam em prática a perseguição política, censura, a supressão de direitos constitucionais, a falta de democracia e a repressão àqueles que eram contrários ao Regime Militar. Para mais informações acesse o site: Disponível em: <https://www.sohistoria.com.br/ef2/ditadura/>. Acesso em: 27/11/2018.

O Movimento da Reforma Sanitária foi considerado um movimento sócio-político, onde foi formulado com base nos princípios da saúde, enquanto direito e dever do Estado, o acesso igualitário e universal às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, de acordo com as seguintes diretrizes: “descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade”. (BRASIL, 2011, p. 7)

Dos participantes que entraram em cena nesse movimento da reforma sanitária, destacam-se os trabalhadores da área da saúde, representados pelas suas entidades trabalhistas, que defendiam o fortalecimento do setor público e melhoria da situação de saúde, o Movimento Sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) apresentando uma difusão e ampliação do debate em torno da saúde e democracia do país, os Partidos Políticos de Oposição, que começaram a colocar em suas propostas as temáticas de saúde pública, e os Movimentos Sociais Urbanos, que realizavam ações em articulação com outras entidades com as sociedades civis. (BRAVO, 2000)

Estes participantes foram fundamentais para o avanço da reforma sanitária e são considerados, como mentores do processo de mudança no setor público de saúde. De acordo com Silva (2011, p. 2):

O projeto da reforma sustentou-se em uma ampla crítica do modelo prevalente, baseado no crescimento do setor privado à custa do setor público (o primeiro sendo financiado pelo segundo, o que levou à falência, deterioração, ineficiência e crise do setor público de saúde). Posteriormente entidades advindas dos Movimentos Sociais Urbanos passam a se incorporar no processo de construção da Reforma Sanitária Brasileira, o que fortaleceu muito o processo em plena Ditadura Militar.

Um dos marcos importante para a construção do SUS se deu em 1986, com a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que é considerada o marco mais importante na trajetória da política de saúde no Brasil. Juntou cerca de 4.500 pessoas para discutir os rumos da saúde no Brasil. O temário teve como eixo: “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”, “Saúde como direito de cidadania” e “financiamento Setorial”. O relatório desse evento foi transformado em recomendações e serviu de base para a negociação dos defensores da Reforma Sanitária na reformulação da Constituição Federal. (BRAVO et. al., 2012)

No que diz respeito ao modelo de proteção social, a Constituição Cidadã de 1988 é a mais progressista, e nela a Seguridade Social integra a Saúde, conjunto com a Previdência Social e a Assistência Social. (BRAVO et. al., 2012)

A Seguridade Social é considerada uma das principais conquistas sociais da Constituição, institucionalizando uma nova forma de organizar as iniciativas dos Poderes

Públicos e da sociedade no acesso aos direitos da previdência social, saúde e assistência social. Para viabilizar as inovações propostas e permitir a efetiva implementação de um sistema de Seguridade Social no Brasil, a Constituição Federal estabeleceu uma ampliação das bases de financiamento, para além da folha de pagamento, que passaria a ser composta pelos impostos pagos pelas pessoas e por contribuições sociais vinculadas. (MOTA; BRAVO, 2009)

O artigo 194 da Constituição Federal de 1988 traz que:

A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos: Universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação no custeio; diversidade da base de financiamento; caráter democrático e descentralizado da administração direta da gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

É evidente que essa conquista não foi fácil, visto que, durante o processo, houve a polarização da discussão da saúde em dois blocos antagônicos: um formado pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e pela Associação das Indústrias Farmacêuticas (AIF), ambas defendiam a privatização dos serviços de saúde, e outro denominado Plenário Nacional de Saúde (PNS), que defendia os ideais da reforma sanitária e a democratização com o controle social. A premissa básica é a compreensão de que, a saúde é um direito de todos e dever do Estado. A vitória das proposições da reforma sanitária deveu-se à eficácia da plenária, por sua capacidade técnica, à pressão sobre os constituintes e mobilização da sociedade, e à Emenda Popular assinada por cinquenta mil eleitores e cento e sessenta e sete entidades. (MOTA; BRAVO, 2009)

Nas proposições referentes à política de saúde, o projeto da reforma sanitária é questionado e consolida-se, na segunda metade dos anos 1990, o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista. Este último, pautado na política de ajuste, tem como tendência a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar ficando para o setor privado, o atendimento aos cidadãos consumidores. Como principais características destacam-se: o caráter focalizado para atender às populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso. (MOTA; BRAVO, 2009)

Por fim, a Constituição Federal ao instituir o Sistema Único de Saúde traz, também, uma série de desafios. Destaca-se que, ela estabelece os direitos e deveres básicos dos cidadãos brasileiros, cuja concretização necessita de regulamentações por atos do legislativo, nem sempre fáceis numa sociedade marcada por políticas, que favorecem as elites dominantes e que sempre lucraram com o modelo de saúde vigente na história brasileira. Outro desafio posto é a mudança do próprio modelo assistencial, caracterizado predominantemente pela assistência médica individual, curativista, biológica, fragmentada e hospitalocêntrica, associada a uma utilização irracional de equipamentos tecnológicos, medicamentos, baixa cobertura e pouca resolutividade dos problemas de saúde da população. (BRASIL, 2000)

Como podemos perceber, apesar das profundas dificuldades da trajetória da Seguridade Social no Brasil, o Sistema Único de Saúde vem sendo implantado no país como um processo social em permanente construção. No próximo item apresentamos como funciona o Sistema Único de Saúde e suas principais conquistas.

3.2 O Sistema Único De Saúde e suas principais conquistas

A Constituição Federal de 1988 foi um importante passo na história da Saúde Pública no Brasil, ao definir em seu Artigo 196, “a saúde como direito de todos e dever do estado”. A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde, por meio do Decreto nº 99.060, de 07 de março de 1990. Uma vez aprovada à Constituição Federal, por meio da qual nasceu o SUS, havia a necessidade de uma legislação específica, que explicasse como aplicar essas orientações na realidade brasileira. (PAIM, 2009)

Em 1990, deu-se a regulamentação do SUS por meio da criação das Leis Orgânicas da Saúde, Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 e a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, e até o momento, outras Leis e Portarias foram editadas, dando a continuidade possível à implementação do SUS, em consonância com os interesses e composição de forças políticas vigentes em nossa sociedade. (BRASIL, 2000)

No artigo 4º da Lei 8.080 de 1990 ressalta que o novo sistema de saúde compreende:

O conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, de administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, além da participação da iniciativa privada de maneira complementar. (BRASIL, 1990)

Com base nessa Lei, a saúde é entendida como um direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de políticas econômicas e sociais que visem à redução de risco de doenças e de outros agravos, além do estabelecimento de condições, que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, prevenção e recuperação. (PAIM, 2009)

Como previsto na Constituição Federal, a Lei 8.080 de 1990, esclarece que o SUS pode recorrer à iniciativa privada, preferencialmente com as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, como complementar, quando sua disponibilidade for insuficiente para garantir o acesso e a integralidade da assistência aos cidadãos, desde que mantenha os seus princípios e mediante contrato de direito público ou privado. (PAIM, 2009)

Em relação aos recursos financeiros do SUS, em seu Art. 33º, esclarece que: “Tais recursos serão depositados em conta especial (fundos de saúde), em cada esfera de atuação e deverão ser movimentados sob o controle e fiscalização dos conselhos de saúde”. (BRASIL, 1990 p. 15)

A Lei 8.142 de 1990 dispõe sobre a participação da comunidade da gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Consolidou-se, assim, um importante espaço público de controle social, mediante a participação da população por meio das conferências e dos conselhos de saúde em todas as esferas de governo. (AGUIAR, 2015)

Segundo Bravo (2001) o controle social tem como objetivo ampliar a democracia representativa para a democracia participativa. Os conselhos de saúde são espaços paritários aos usuários em relação ao conjunto dos demais seguimentos, abrangem às três esferas de governos, Nacional, Estadual e Municipal, e deve ser visualizado como lugares de debates, orientados pela democracia participativa.

Destaca-se que a normatização do SUS vem sendo implementado por uma série de legislação, que incluem as Leis Orgânicas de Saúde (8.080/90 e 8.142/90) e outras Leis, Emendas, Decretos, Normas e Portarias que foram editadas posteriormente, além de Leis Orgânicas estaduais e municipais necessárias em cada instância, previstas na legislação Federal, que orientam o funcionamento do sistema. A operacionalização do SUS, desde os anos 90, orienta-se pelas Normas Operacionais Básicas (NOB e NOAS), que foram editadas pelo Ministério da Saúde, com base nos acordos entre os gestores do SUS, além das resoluções dos conselhos de saúde, nas três esferas de governo. (PAIM, 2009)

As Leis Orgânicas definem as competências e atribuições do governo Federal, Estadual e Municipal em relação ao SUS, estabelecendo atribuições comuns às três esferas de

governo, orienta o funcionamento e a participação complementar dos serviços privados e as políticas de recursos humanos, financiamento, gestão financeira, planejamento e orçamento. (PAIM, 2009)

De acordo com o autor supracitado, o SUS é um sistema público de saúde formado por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais. Não é exclusivamente constituído por organismos da administração direta, como o Ministério da Saúde e as Secretarias estaduais e municipais. Abrangem também, órgãos e instituições da chamada administração indireta, a exemplo das autarquias, fundações e empresas públicas. Assim, os serviços e estabelecimentos de saúde vinculados à administração indireta, poderiam gozar de maior autonomia de gestão.

Após as Leis Orgânicas, o Ministério da Saúde vem adotando outros mecanismos para regulação do processo de descentralização das ações e serviços do SUS e para o repasse de recursos fundo a fundo. Nesse sentido, foram lançadas as Normas Operacionais Básicas do SUS que, gradativamente, foram normalizando a transferência de recursos para a operacionalização do SUS nas instâncias executoras, e definindo outros aspectos do funcionamento e gestão do sistema, além do papel dos gestores nas três instâncias de governo. (BRASIL, 2000)

Quanto aos recursos para o financiamento do SUS, a normatização se deu a partir da Emenda Constitucional nº29 de 2000. Essa emenda estabelecia que os Municípios devessem destinar 15% de suas receitas e os Estados 12%, para o financiamento dos serviços de saúde, enquanto as despesas da União seriam baseadas nos recursos utilizados em 2000, acrescidos da variação positiva do Produto Interno Bruto (PIB). (BRASIL, 2000)

A Emenda Constitucional nº 29 foi regulamentada pela Lei Complementar nº141 de 13 de janeiro de 2012, mantendo os mesmos valores para aos Estados e para os Municípios (BRASIL, 2012). Já o inciso I, de que trata da União foi regulamentada pela Emenda Constituição nº 86 de 17 de março de 2015, que de forma progressiva a União aplicaria na saúde valores mínimos de 15%. (BRASIL, 2015)

É importante destacar, que já tivemos em 2006 o Pacto pela Saúde, através da Portaria nº 299 de 22 de fevereiro de 2006, como uma ferramenta de responsabilização pública de cada esfera governamental na consolidação do SUS. Divide-se em três partes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS, nas quais são descritos os papéis dos envolvidos, a partir das necessidades de saúde da população e no sentido de defender o controle social. (BRASIL, 2006)

O Pacto pela Vida é o compromisso firmado entre os gestores do SUS, em relação às

prioridades que apresentam impacto sobre a saúde da população brasileira. Essas prioridades são estabelecidas por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais, cabendo aos Estados, Regiões e Municípios, ampliar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos. As prioridades pactuadas são:

Saúde do idoso, controle do câncer do útero e da mama, redução da mortalidade infantil e materna, fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endêmicas, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, promoção da saúde e fortalecimento da atenção à saúde. (BRASIL, 2006)

O pacto em defesa do SUS tem como objetivo, discutir a questão da saúde pública e da repolitização do SUS, buscando a consolidação da Política Pública de Saúde como política de estado e não de governo. Os gestores das três esferas e outros atores envolvidos dentro desse pacto devem expressar os compromissos, com a consolidação da reforma sanitária, desenvolver e articular ações que visem qualificar e assegurar o SUS como política pública. Nessa perceptiva, firma um pacto pela repolitização da saúde, promoção da cidadania e garantia de financiamento de acordo com as necessidades do sistema. (BRASIL, 2006)

O pacto de gestão do SUS descreve nove eixos de ação, baseados nos princípios e diretrizes do SUS, a partir dos quais, o documento propõe-se definir as responsabilidades sanitárias de cada instância governamental. Essencialmente, trata-se de um direcionamento para a efetivação de um sistema de saúde que garanta o respeito às diversidades regionais, desde o planejamento, até a execução e avaliação das ações, seguindo uma pauta de eficiência em saúde e maior transparência financeira, garantindo a participação social. Os nove eixos se caracterizam mediante:

À descentralização, regionalização, financiamento do SUS, planejamento do SUS, programa pactuada integrada (PPI), regulação da atenção à saúde e regulação assistencial, participação e controle social, gestão do trabalho, educação na saúde. (BRASIL, 2006)

O Pacto pela Saúde amplia o conceito de regionalização para além da assistência à saúde, apresentando como eixo estruturante e potencializador do processo de descentralização, fortalecendo os Estados e Municípios para exercerem o seu papel de gestores. Alguns avanços são observados, mas a estruturação das regiões de saúde e das redes de serviços ainda é bastante heterogênea no território brasileiro. (BRASIL, 2006)

Após duas décadas do início do processo de institucionalização do SUS, é possível notar uma considerável evolução em sua implantação e implementação, principalmente, no que diz respeito aos processos de descentralização e municipalização das ações e serviços de

saúde. Esses avanços proporcionaram um maior contato do sistema com a realidade social, política e administrativa do país, além das especificidades regionais, resultando em alguns desafios para os gestores, entre eles, a superação da fragmentação das políticas e programas de saúde por meio da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão. (BRAVO, 2013)

A partir de 28 de junho de 2011, foi almejado o Decreto 7.508, que reforça a Diretriz da regionalização e apresenta novos encaminhamentos para o planejamento e a gestão compartilhada e solidária entre os gestores do SUS, para a construção efetiva e o funcionamento adequado das redes assistenciais. Esse Decreto regulamenta a Lei 8.080 de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Interfederativa. (PAIM, 2009)

O Decreto 7.508 de 2011, cujos encaminhamentos estão sendo dados no país para que o SUS possa avançar na gestão compartilhada e solidária entre os gestores das três esferas de governo, para a estruturação das regiões de saúde e das redes assistenciais, de modo a contemplar as necessidades locoregionais, reduzir as desigualdades de acesso aos serviços de saúde e, aprimorar a integralidade da atenção oferecida aos cidadãos de todos os Municípios brasileiros. (BRASIL, 2011)

Espera-se que os encaminhamentos do Decreto 7.508 de 2011, colaborem para o avanço da descentralização e regionalização da saúde no país, promovendo a estruturação das regiões de saúde, a construção das redes de atenção, o fortalecimento das práticas de gestão compartilhada e solidária entre os diversos gestores do sistema e, conseqüentemente, redução das iniquidades em saúde, ampliação do acesso aos serviços, maior integralidade e resolutividade da assistência. (PAIM, 2009)

A assistência à saúde deverá pautar-se pelo princípio da integralidade, assim, o Decreto destaca que, a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referencial do usuário na rede regional e interestadual, conforme as pactuações realizadas nas Comissões Intergestores. (BRASIL, 2011)

Como vimos, com o avanço do Sistema Único de Saúde, houve uma grande melhoria dos setores da saúde para toda a população brasileira, pois, se tornou um sistema universal. No próximo capítulo apresentamos o funcionamento da Rede de Saúde Pública no Município de Nova Russas - CE, através dos relatos dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde.

4 A REDE DE SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE NOVA RUSSAS - CE: RELATOS DE PESQUISA DE CAMPO

4.1 O funcionamento da Rede de Saúde em Nova Russas - Ceará

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são organizadas por meio de pontos de atenção à saúde, onde são oferecidos serviços de saúde, que determinam a estruturação dos pontos de atenção de média e alta complexidade. A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada o centro de comunicação e ordenadora do cuidado. (BRASIL, 2016)

Segundo Mendes (2009), as RAS são estruturas operacionais que expressam componentes principais, como: a Atenção Primária à Saúde (centro de comunicação e ordenadora do sistema); pontos de atenção (média e alta complexidade); sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica, de tele assistência e de informação em saúde); sistema logístico (registro no prontuário clínico eletrônico em saúde, sistemas de transporte e sistema de acesso regulado à atenção); e sistema de governança (da rede de atenção à saúde).

A Portaria nº 4.279 de 2010 do Ministério da Saúde, estabelece diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS. As redes dividem-se:

Rede Cegonha, estabelecida por meio da Portaria nº 1.459/11; Rede de Urgência e Emergência (RUE), estabelecida pela Portaria GM/MS nº 1.600/11; Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estabelecida pela Portaria GM/MS nº 3.088/11, para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (viver sem limites), estabelecida pela Portaria GM/MS nº 793/12; e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, pela Portaria GM/MS nº 438/14. (BRASIL, 2010)

Observando a estrutura da Rede de Saúde Pública de Nova Russas - CE, ela é composta por 11 (onze) Unidades Básicas de Saúde, sendo 10 (dez) Estratégias Saúde da Família e 01 (um) Programa de Agentes Comunitário de Saúde; 01 (um) hospital de pequeno porte com no máximo 42 leitos; 01 (um) Centro de Atenção Psicossocial composta por um psiquiátrico, uma enfermeira e uma psicóloga; 01 (um) Centro de Especialidade de Saúde (Policlínicas); 01 (um) Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e 01 (um) Laboratório de Avaliação Clínica.

Ao analisarmos os relatos das profissionais acerca do funcionamento da rede de atendimento aos usuários de Nova Russas, observamos que se trata de um sistema amplo e complexo. Segundo a profissional I: “a rede é um processo amplo, bastante estruturado e

complexo, composta por vários pontos de atenção para suprir as necessidades de saúde da população de Nova Russas”. Nesse mesmo raciocínio a profissional II acrescenta que, estas representam uma ampliação dos serviços e interligam ações aos usuários”. Ainda segundo a profissional II: “As redes são uma ampliação dos serviços para ser prestado aos usuários, elas interligam ações para atender as demandas de saúde que o usuário necessita”.

Percebe-se que as profissionais da Secretaria enfatizam que, a Rede de Nova Russas é ampla e complexa, que buscam realizar entendimento ideal aos usuários, interligando as ações e serviços de saúde.

De acordo com Mendes (2010) as Redes de Atenção à Saúde são consideradas um processo complexo e amplo, apresentando uma estrutura composta por vários momentos, onde existe uma estrutura operacional que é constituída através de um nó, que se comunica com outros serviços para buscar atender as necessidades do usuário, tornando-se um sistema resolutivo.

Já o profissional III, relata que, o Município de Nova Russas é composta por Redes de Atenção, e que quando o usuário necessita de atendimento especializado, o mesmo é referenciado através da Unidade Básica de Saúde de seu território. Veja o relato:

“A unidade de saúde é o ponto de início das redes de atenção, lá fazem atendimento individual e coletivo, buscando a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, porém, quando o serviço não é resolutivo, o usuário é encaminhado para outro serviço onde atenda às necessidades dele”. (PROFISSIONAL III)

Seguindo o mesmo raciocínio, ao analisarmos o relato da profissional IV, observamos que ela enfatiza a Estratégia de Saúde da Família como um sistema que ordena as Redes de Atenção à Saúde. A mesma afirma que: “As Estratégias de Saúde da Família são ordenadoras do sistema e são consideradas portas de entrada para o serviço das outras redes de saúde”. Seguindo o mesmo raciocínio a profissional V, complementa que, a Rede de Atenção do Município é ordenada pela atenção básica, onde ocorrem as referências dos usuários. Segundo a profissional V: “Os usuários podem ser encaminhados através de referência e contra referência, para outros atendimentos de maior complexidade ou de especialidade médica, isso acontece, principalmente, dentro da atenção primária”.

Percebemos com esses relatos, que a atenção primária é considerada dentro da Rede de Atenção à Saúde, um serviço que ordena e organiza o sistema de saúde do Município de Nova Russas. Durante a vivência presenciamos alguns usuários solicitando encaminhamentos para atendimento com especialistas em outros Municípios, onde eram explicados aos mesmos como se dava o funcionamento da Rede de Saúde de Nova Russas, e que eles procurassem de

início, a Atenção Básica do seu território.

Estes pensamentos vão ao encontro com o que afirma Mendes (2010), pois o mesmo ressalta que, a Estratégia de Saúde da Família é considerada o centro de comunicação para as Redes de Atenção à Saúde, sendo a ordenadora do cuidado, e é através do nó intercambiado no qual se coordenam os fluxos e contra fluxos do sistema de atenção à saúde, e é considerado o mais adequado, porque se organiza a partir das necessidades de saúde da população.

A profissional VI afirma que, as Redes de Atenção de Nova Russas ocorre através da unidade de saúde, onde os usuários buscam atendimento com o profissional atuante nesse serviço, com isso eles irão avaliar a necessidade do encaminhamento para outro setor. Vejamos o relato: “O início da assistência da Rede de Atenção se dá dentro da atenção primária, é fundamental que os profissionais que atuam dentro desse serviço, tais como: o Enfermeiro, Médico ou Dentista, saibam como ocorre o funcionamento da Rede do Município”. Seguindo o mesmo raciocínio, a profissional VII, afirma que, o profissional responsável pelo encaminhamento deve conhecer o funcionamento da rede para que haja um encaminhamento de qualidade. Vejamos o seu relato: “É importante que os profissionais que estão atuando dentro destas unidades, entendam como se dá o funcionamento da Rede, para que assim, saibam encaminhar os usuários de forma precisa, evitando um fluxo desnecessário dentro da rede”.

Diante desses relatos, os participantes apontaram que os profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família devem conhecer o funcionamento da Rede do Município para se prestar um atendimento resolutivo, organizado e eficaz.

A reorganização das ações de saúde é considerada preceitos para os profissionais coordenarem o cuidado nas Redes de Atenção, e deve ser estimulado em nível local, a fim de que o profissional acompanhe a pessoa durante todo o fluxo dentro do sistema de saúde, até a necessidade ser sanada, para que o profissional acompanhe o usuário dentro da Rede é necessário que o mesmo saiba como se dá o funcionamento da rede de seu Município. (BRASIL, 2016)

Por fim, a profissional VIII relata que, quando o serviço da atenção primária não resolve o problema da pessoa, ocorre o deslocamento para outro serviço dentro do Município, porém, se não for resolvido também, o mesmo é encaminhado para outro Município ou para a região polo. Vejamos o seu relato:

“Quando a doença exige assistência ou diagnóstico mais especializado ou de maior complexidade, a equipe da UBS encaminha para outros setores ou serviços, que são existentes no Município ou em Municípios polos (Crateús, Sobral ou Fortaleza), ou

seja, se não for resolvido aqui dentro, temos a obrigação de encaminhar o usuário para uma atenção de média ou alta complexidade, com a necessidade de resolver as necessidades do usuário”. (PROFISSIONAL VIII)

Durante a vivência de estágio presenciamos várias referências de usuários para outros municípios, e até mesmo, encaminhamentos cirúrgicos para a cidade de Fortaleza - Ceará. Com isso, observamos que o Município deve buscar a resolutividade das ações, pois, se não conseguir resolver a necessidade do usuário, esse deve ser referenciado para outro setor, a exemplo de uma atenção secundária ou terciária, buscando resolver as necessidades do mesmo.

De acordo com Mendes (2011) o deslocamento do usuário é função essencial do Município, permitindo a transferência para àqueles que necessitam percorrer longas distâncias para o local onde será realizado atendimento, através de consultas pré-agendadas ou procedimento eletivo, buscando resolver as necessidades da população.

Após os relatos dos profissionais sobre o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde de Nova Russas - Ceará, no próximo tópico apresentamos quais foram os limites e possibilidades no atendimento aos direitos dos usuários dentro do Sistema Único de Saúde.

4.2 Limites e possibilidades no atendimento aos direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)

Antes de levantamos quais os limites e possibilidades do atendimento aos direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde, de início, buscamos compreender sobre a atuação e as principais contribuições dos profissionais da equipe frente aos usuários do sistema de saúde. Quando questionado sobre a sua atuação dentro da Secretaria de Saúde, a profissional I apresenta na sua fala o compromisso com os usuários à medida que controla, avalia e regulamenta ações do município, entre outras funções burocráticas. Veja o relato:

A minha atuação é coordenar o sistema de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria do município, também sou responsável pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), UNISUS-WEB, SIA (ambulatorial) e SIH (hospitalar) e o controle de filas eletivas e agendamento ambulatorial. Busco realizar um atendimento harmonioso, equânime, tanto para os usuários, como para a equipe onde trabalho, devemos usar a empatia para tudo, isso é o fator primordial dentro do serviço. A minha principal contribuição é fiscalizar as ações da parte operacional de campo e fazer a parte burocrática, pois, esse sistema visa estimular a avaliação e a qualidade dos serviços, com a finalidade de garantir a informação e o alinhamento de conceitos que contribuam com as atividades de planejamento no município.

Durante o estágio foi observado que o serviço de controle, avaliação, regulação e

auditoria é um processo de gestão complexo, que envolve a prestação de ações e serviços aos usuários e que requer constante aprimoramento do gestor responsável.

O sistema de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria no âmbito da saúde, tem como principal finalidade buscar promover a equidade do acesso, é uma função de gestão, que garanti a integralidade e equidade da assistência e permiti ajustar a oferta assistencial de acordo com as necessidades dos usuários, de forma equânime, racional, ordenada e oportuna (BRASIL, 2010).

Inúmeras são as transformações que o SUS vem realizando ao longo se sua implantação, o aprimoramento e avanço na gestão trouxeram como desafios a necessidade de estruturar as ações de regulação, controle e avaliação no âmbito do sistema de saúde. Este processo burocrático envolve o aprimoramento e a integração dos processos de trabalho, por meio do fortalecimento dos instrumentos de gestão do SUS, no sentido de garantir a organização das redes e fluxos assistenciais. (BRASIL, 2016)

De acordo com a profissional II, a mesma relata que é responsável pelo gerencialmente da saúde bucal, e sua principal contribuição é gerir e controlar as ações e serviços odontológicos do município. A referida comenta:

“A minha atuação é coordenar a saúde bucal do município, onde tenho que envolver atenção básica e secundária, além de políticas de educação permanente e participação como tutora do projeto de Qualificação da Atenção Primária à Saúde no Ceará (APSUS-CE). Devemos realizar um atendimento aos usuários de forma precisa, ofertar uma assistência humanizada e de alta qualidade e resolutividade. Dentro desse serviço, a minha contribuição é controlar e coordenar as ações e serviços em saúde bucal, planejar e avaliar os dados alcançando e envolvidos na auditoria, elaborar o relatório anual de gestão e manter as estruturas dos consultórios e controle dos materiais necessários”. (PROFISSIONAL II)

Durante as vivências no campo de estágio, tivemos a oportunidade de observar as ações da profissional de saúde bucal, sendo que essa profissional coordena as ações e serviços, busca inovação para seu trabalho, utiliza vários artigos científicos e busca atualizações constantes na área.

De acordo com a Política Nacional de Saúde Bucal, os esforços para a reorganização da atenção à saúde bucal têm sido realizados desde 2004, a qual estabelece diretrizes e amplia a atenção nos níveis primários, secundários e terciários. O Caderno de Atenção Básica nº 17, de 2006, trouxe a necessidade de reorganizar da atenção em saúde bucal, por meio de ações implantadas dentro da Secretaria Municipal e propôs um processo de trabalho conjunto por meio da organização de uma rede de cuidados progressivos nessa área.

Godoi; Melo e Caetano (2014) afirmam que no âmbito da saúde bucal, a estruturação

de uma rede de atenção, surge como uma solução abrangente e inovadora, no que se refere tanto à gestão, quanto ao processo de trabalho dos profissionais da Odontologia. Nesse sentido, deve-se possibilitar a integração e articulação dos pontos de atenção à saúde bucal de forma que possam ofertar atenção contínua e integral aos usuários, superando modelos de atenção anteriores, antes considerados pouco resolutivos.

Quando questionado, o participante III afirma que é responsável pelo combate e controle de arbovirose e coordena os Agentes de Combate as Endemias no Município de Nova Russas. Vejamos o seu relato:

“Faço levantamento dos bairros para atuarmos de maneira eficaz, evitando a prevenção e controle de doenças infectocontagiosas e doenças endêmicas. Trabalhamos em contato direto com a população, em cada bairro do Município de Nova Russas fazemos promoção da saúde, atuamos como educadores de conhecimento na comunidade. Isso é fator que contribui, quase que 90% para evitarmos uma epidemia, porém, não somos apenas os únicos responsáveis, a população também é responsável pelos seus atos”. (PROFISSIONAL III)

Durante o estágio presenciamos, quase que diariamente, reuniões do coordenador dos agentes de endemias com sua equipe, onde pudemos compreender que esse serviço é fundamental para a população, pois realiza ações de promoção e prevenção de saúde, para evitar endemias e epidemias de doenças no município.

Para Souza et. al., (2018) a implantação do Programa Nacional de Controle da Dengue foi um avanço fundamental para os cidadãos, pois tem como atribuições, o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doença endêmicas e promoção da saúde. Os agentes de combate as endemias são disseminadores de saberes na comunidade, levando conhecimento a população.

Oliveira; Castro e Figueiredo (2016) ressaltaram que os agentes de endemias são fundamentais, pois desempenham atividades de vigilância, controle e prevenção de doenças endêmicas e infecto contagiosas, a promoção e prevenção da saúde, atividades de educação para a saúde e de comunicação a população, bem como, a execução de programas do Ministério da Saúde, sendo realizadas de acordo com as diretrizes do SUS.

Quando indagada sobre sua atuação no serviço, a profissional IV afirma que, suas ações ocorrem como assessora do Estratégia e-SUS Atenção Básica, contribuindo para o bom funcionamento desse serviço. Vejamos o seu relato:

“Atuo como assessora ao sistema Estratégia e-SUS na Atenção Básica, realizando instalações, treinamentos e monitoramento do sistema de prontuário eletrônico do cidadão (PEC), bem como digitação e acompanhamento da produção ambulatorial do sistema Estratégia e-SUS Atenção Básica, essa plataforma contribui para ampliar

o cuidado e melhorar o acompanhamento da gestão. Contribuo junto a equipe para o bom funcionamento, tornando o serviço ainda mais específico para os usuários, atendendo as demandas de forma rápida e eficaz. (PROFISSIONAL IV)

Durante os estágios foi observado que nesse serviço, o profissional responsável deve está em constante aprimoramento, pois necessita treinar os profissionais que estão em constante convívio com os usuários, a exemplo, da implementação do prontuário eletrônico nas Estratégias de Saúde da Família.

A Estratégia e-SUS Atenção Básica é uma estratégia do Ministério da Saúde, junto com o Departamento de Atenção Básica (DAB), para reestruturar as informações da atenção primária à saúde, modernizar sua plataforma tecnológica com o intuito de informatizar as unidades de saúde, ofertando ferramentas para ampliação do cuidado e melhorando o acompanhamento da gestão. (BRASIL, 2013)

Para Alves et. al., (2017) a Estratégia e-SUS Atenção Básica é um sistema de software, que tem como objetivo, simplificar a coleta, a inserção, a gestão e o uso da informação nesse nível da atenção, exercendo função fundamental na rede de informação do Sistema Único de Saúde.

A profissional V ressalta sua atuação como coordenadora do setor de imunização do município, onde sua principal contribuição é a organização dos imunobiológico e a dispensação para as unidades básicas. A referida comenta:

“Atuo na dispensação de imunobiológico para todas as unidades de saúde e monitoramento dos indicadores referentes a pasta na qual sou responsável. A imunização é uma das pastas da vigilância em saúde, como endemias e vigilância sanitária, zoonoses, a minha atuação nesse serviço é contribuir no sentido de organizar e monitorar as notificações que chegam até a Secretaria municipal, principalmente as antirrábicas, para a solicitação de vacinas e soros”. (PROFISSIONAL V)

Diante desses relatos, a atuação dessa profissional é de fundamental importância, pois a mesma torna-se responsável pela prevenção e controle de doenças que os imunobiológicos previnem a exemplo do: sarampo, rubéola, poliomielite (paralisia infantil), antirrábica, varicela, entre outras. É nesse serviço que ocorrem as solicitações das vacinas para as crianças, adolescentes, adulto, idoso, gestante e usuário imunossuprimidos.

Segundo Silva et. al., (2018) o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI), surgiu com a finalidade de coletar dados referentes às atividades de vacinação, de forma a buscar informações individuais a partir da instância local, para ajudar as ações e decisões no âmbito da gestão. Com a implantação desse sistema, se espera alcançar

o aprimoramento da qualidade da informação para se planejar e avaliar as ações de imunização em um contexto municipal, sendo fundamental para o levantamento dos dados dos imunobiológicos.

Os imunobiológicos do Programa Nacional de Imunização estão à disposição de todas as unidades de saúde, com as equipes de vacinação, cujo objetivo permite levar a imunização a todos os locais de difícil acesso, sendo necessário um gestor atuando dentro da Secretaria de Saúde para gerir e coordenar o sistema dentro do Município. (BRASIL, 2003)

A profissional VI, relatou a sua atuação frente a coordenação da Atenção Primária à Saúde e no qualifica Atenção Primária no SUS (AP-SUS), a mesma atua também, capacitando os profissionais de saúde para se buscar melhor atendimento aos cidadãos do município. Vejamos seu relato:

Coordeno os processos de trabalho do qualifica AP-SUS Ceará na Atenção Básica, planejo as ações, serviços e processos de trabalho junto aos profissionais de saúde, monitoramento e avaliação de todos os processos de trabalho desenvolvido para o usuário e a comunidade. Participo das capacitações em âmbito Estadual, para que depois eu traga para a minha equipe conhecimento sobre os novos projetos. Foram realizados várias capacitações com as equipes para que entendessem o que seria essa AP-SUS, várias oficinas para que se buscasse o melhor atendimento para o usuário. (PROFISSIONAL VI)

De acordo com seu relato, a mesma afirma que, sua atuação ocorre no planejamento de ações de serviços para o processo de trabalho. Onde participa das capacitações e oficinas no Estado do Ceará, para obter conhecimentos e experiências e compartilhar com os profissionais de saúde do município.

O AP-SUS na Atenção Básica é um programa novo que o governo Estadual implementou, com o intuito de realizar uma nova lógica para organizar a atenção primária, estreitando as relações entre os Municípios e os Estados, com o objetivo de estimular a gestão e a capacidade na assistência, haja vista, à implantação das Redes de Atenção no SUS. (BRASIL, 2014)

O AP-SUS é composto por três componentes: O primeiro é o investimento na melhoria da estrutura das unidades de saúde, para a construção, a reforma, a ampliação, equipamentos e transporte; o segundo se refere aos custeios para as equipes, com investimento Estadual mensal; e o terceiro se refere à educação permanente, que para a implementação deve ser realizado oficinas, cursos e capacitações para as equipes da atenção primária para que busquem realizar atendimento qualificado aos usuários. (BRASIL, 2014)

A profissional VII afirma que, sua atuação está voltada as ações de vigilância sanitária do município. Vejamos seu relato: “Atuo desenvolvendo e pondo em prática um conjunto de

medidas capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e sanitária. Contribuo gerindo e organizando os serviços relacionados à coordenação da vigilância sanitária”.

De acordo com esse relato, a profissional é responsável pela vigilância sanitária, ou seja, as ações de vigilância sanitária que promovem e protegem à saúde dos usuários e que sejam capazes de envolver a eliminação, diminuição e prevenção dos riscos à saúde, além de intervir nos problemas sanitários do município.

Consoante a Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 19 de setembro de 1990, em seu art. 18ª se refere às competências do Município, onde afirmam que a direção municipal do SUS, compete, entre outros: IV - executar serviço de vigilância sanitária; V- dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para à saúde; IX – colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras.

A profissional VIII relata sua atuação como técnica de gestão na assessoria do município, além de outras funções. Observe o relato:

Atuo como técnica de gestão, na assessoria à Secretaria de saúde e coordenação, além de operar sistemas, como o SISMOB; ser ouvidora; e organizar o acesso ao transporte especializado aos pacientes em tratamentos eletivos para outros municípios, minhas principais contribuições são participar do planejamento de ações, auxiliar na obtenção de recursos para viabilizar processos de trabalho, auxiliar em tomada de decisões e o apoio técnico-profissional.

Durante as vivências de estágio, percebemos que essa profissional atua para planejar as ações para o auxílio dos recursos do município, além de atuar no apoio técnico-profissional, a mesma desenvolve ações e serviços essenciais aos usuários no município, garantindo assistência de qualidade.

Para Lourenço (2016) o direito à saúde é parte conjunta de direitos chamados de direitos sociais, que tem como inspiração o valor da igualdade entre as pessoas. O município necessita de um profissional que se responsabilize por esses direitos da população, a exemplo do transporte coletivo ou individual, ouvidora para reclamações, sugestões e depoimentos sobre o funcionamento do serviço, além de outras responsabilidades.

De acordo com o autor supracitado, o empenho dos gestores municipais nas ações dentro da Secretaria municipal de saúde, tem facilitado o acesso para o encaminhamento e o tratamento efetivo dos pacientes que necessitam de deslocamento. É fundamental, diante disso, um trabalho conjunto, para aperfeiçoar o serviço da Secretaria para os usuários, garantindo assim, mais qualidade e a satisfação para todos.

Posto isto, observamos a importância dos profissionais dentro da Secretaria Municipal de Saúde, sua atuação e contribuição dos seus serviços à população Nova Russense. Após

esses relatos, buscamos entender através dos relatos dos profissionais, quais são as principais demandas dos usuários no Sistema Único de Saúde e as principais dificuldades para acessar esse sistema.

Ao analisarmos os relatos das profissionais observamos que as principais demandas são as buscar por cirurgias eletivas, a exemplos das cirúrgicas de cataratas de olho e pedra na vesícula, porém, as principais dificuldades são as poucas vagas ofertadas. Segundo a profissional I:

“As principais demandas são as consultas especializadas e eletivas (cirurgia/hospitalares), e as principais dificuldades vivenciadas no município é a acessibilidade ao serviço, as grandes demanda e vagas limitadas para a realização de exames e consultas, isso acaba prejudicando a assistência à saúde aos usuários que necessitam das ações e serviços do município”.

Nesse mesmo raciocínio a profissional II afirmou que, a demanda é sempre maior, porém, as vagas são poucas para suprir as necessidades de quem precisa. Segundo a profissional II: “A demanda na saúde bucal é sempre maior que a oferta, e por causa desse aumento da demanda apresentam várias dificuldades no serviço, com isso o usuário acabar se prejudicando”.

Durante o estágio, presenciamos vários usuários procurando a Secretaria de Saúde para marcarem seus exames ou verem como está o andamento dos mesmos. Existe uma lista de espera que acaba dificultando os serviços, pois como citado anteriormente pelas profissionais, a demanda é gigantesca e as ofertas são mínimas, isso é um fator que prejudica o serviço de saúde do município.

De acordo com Conill et. al., (2011) existem estratégias para enfrentar as listas de espera, coincidindo com esses problemas. Para que haja um aumento da oferta são necessárias medidas frequentes, tais como, um aumento na quantidade de leitos públicos, do quantitativo de profissionais especialistas e a compra de mais serviços ao setor privado, bem como, as medidas na produtividade do setor público, que incluem financiamento de atividades extras e remuneração por desempenho de médicos e outros profissionais.

De acordo com os autores supracitados, às vezes, o motivo do tempo de espera e os vários atrasos nos atendimentos eletivos estão relacionados mais aos problemas de organização do serviço do que à falta de recursos, frente a essas dificuldades, existem iniciativas para se buscar ações eficazes e evitar o aumento da demanda nos serviços de saúde, que deve organizar as listas de acordo com a equidade, definir trajetórias para os usuários, aumentar o uso de recursos humanos, cirurgia/dia, melhorarem o sistema de agendamento dos

atendimentos junto com os comitês de gestão, são algumas das medidas para se evitar momentos desagradáveis aos usuários.

O participante III afirma que sua principal demanda na sua atuação profissional, ocorre principalmente, no período do inverno. O mesmo afirma que:

A principal demanda ocorre principalmente no período de chuvas, por conta do aumento das doenças prevalentes nesse período, principalmente, a propagação do mosquito *Aedes aegypti*, a população solicita o carro fumacê. E quando realmente conseguimos recursos para trazê-lo, a população não colabora. Relatamos também que esse processo não será eficaz se eles não se conscientizarem e realizarem o papel que compete a eles, que inclui limpeza e o cuidado com água parada, isso é o fator que prejudica o serviço dos agentes das endemias e principalmente o gestor.

Durante as vivências no campo de estágio, tivemos a oportunidade de participar da campanha contra o mosquito *Aedes aegypti*, esse movimento teve a participação dos profissionais de saúde, agentes de endemias e agentes comunitários de saúde. Ocorreu no dia 03 de março de 2018, no centro da cidade de Nova Russas, e durou aproximadamente duas horas. Tinha como objetivo, orientar as pessoas de como prevenir a proliferação dos mosquitos e a identificação dos sinais e sintomas da doença.

Pessoa et. al., (2016) traz que, o agente de endemias é de fundamental importância para o desenvolvimento das ações de vigilância epidemiológica, e são corresponsáveis pela saúde dos usuários do município. Os agentes de endemias devem ser incorporados nas atividades da Atenção Básica, e que participem das programações e dos planejamentos para a efetiva integração no processo de promoção e prevenção de saúde.

Ainda de acordo com o pensamento do autor supracitado, os agentes de endemias são fundamentais para garantir o sucesso do trabalho, pois, eles estão em contato direto com os usuários e são considerados atores importantes para alcançar resultados positivos, minimizando a prevalência de doenças endêmicas, a exemplo da dengue, que é considerada um grande desafio para os profissionais de saúde e gestores.

A profissional IV relatou que sua atuação ocorre com os profissionais da saúde, aumentando ainda mais as responsabilidades dentro da Secretaria. Observe o relato:

“Não atuo diretamente com usuários do SUS, porém, trabalho com profissionais em treinamentos e suportes das produções, registro e envio dos dados. As principais dificuldades relativas ao serviço que coordeno, tem direcionamentos mais operacionais de inexistência de recursos físicos, equipamentos e estruturas tecnológicas deficientes”. (PROFISSIONAL IV)

Com a vivência, percebemos as várias dificuldades que ocorre nesse serviço, observamos que todos os dados que envolvem consultas, acompanhamento, avaliação,

diagnóstico de criança, gestantes, idosos, entre outros, obrigatoriamente, devem ser digitados e enviados para o Ministério da Saúde, porém, existem inúmeras dificuldades com o uso da internet nesse setor, e a quebra de equipamento e computadores que, são fatores que prejudicam o serviço.

De acordo com Costa et. al., (2015) o desenvolvimento de ações educativas como treinamentos, é tema de debate no contexto da política pública de saúde no País. Com isso, as transformações organizacionais geradas pelo conhecimento adquirido dos gestores nos treinamentos devem ser valorizadas e discutidas, com a compressão de que é preciso investir tempo, recursos, equipamentos e novas tecnologias no ambiente de trabalho.

A profissional V afirma que, suas principais demandas são as buscas por consultas com especialistas, e ressalta também, que a principal dificuldade é o aumento da procura, com vagas limitadas por atendimento. Observe o relato:

As minhas principais demandas são a procura por consultas e exames com médicos especialistas, e a principal dificuldade encontrada no meu serviço é a procura ser bem maior que a oferta nos atendimentos, e o tempo de espera que os usuários passam para realizarem as consultas eletivas. (PROFISSIONAL V)

Observando durante a vivência, foi visto que as principais buscas são por médicos especialistas, a exemplo dos médicos cardiologistas, neurológicas, traumatologistas e pediatras, ocorre um aumento da demanda, porém, as vagas para esses profissionais são mínimas, o que acaba aumentando a lista de espera e prejudicando o funcionamento das ações e serviços de saúde.

De acordo com Conill et. al., (2011) observou-se em seu estudo, que as maiores dificuldades encontradas no serviço se referiram ao tempo de espera para se obter uma consulta especializada. O mesmo inclui que a escassez dos medicamentos, de profissionais especializados e as enormes filas de espera para a marcação de consultas e realização de exames, prejudicam o funcionamento adequado do sistema de saúde.

A profissional VI afirma que, sua principal demanda é com o cadastramento dos usuários no sistema e-SUS, e a oferta no âmbito da saúde da criança, da mulher, do idoso, do adolescente, entre outros. Vejamos seu relato:

“O cadastro da população no sistema e-SUS; a incorporação das práticas de saúde; a dificuldade para alimentar o sistema com as ofertas de serviços à saúde da criança, saúde do adolescente, saúde da mulher, saúde do adulto e saúde do idoso; as demandas de atendimento geral e assistência às doenças e graves a pacientes com doenças crônicas”. (PROFISSIONAL VI)

Durante a vivência foi observado mais de perto o sistema Estratégia e-SUS Atenção Básica. No dia 02 de fevereiro houve uma oficina com os profissionais de saúde, mostrando que o novo sistema da atenção básica veio para substituir o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a profissional orientou aos participantes da oficina que esse novo sistema veio para atender inúmeros cenários de informatização e conectividade nos serviços de saúde.

Segundo Alves et. al., (2017), a principal demanda dos profissionais de saúde é o cadastramento das famílias no e-SUS AB, pois, isso ocorre, na maioria das vezes, de forma lenta ou incompleta. Outro grande desafio para a gestão local é a incorporação de novas práticas profissionais, baseada nas orientações aos profissionais para um novo sistema de informação, por meio de novas metodologias de coleta de dados.

A profissional VII afirma que, a principal demanda dentro da vigilância sanitária é a procura por documentos sanitários públicos e privados e o recebimento de denúncias sobre os problemas de saneamento básico. Vejamos seu relato:

“A minha principal demanda é a procura dos Alvarás Sanitários, inspeção aos estabelecimentos comerciais público e privada, denúncias, coleta de água para análise, visita e inspeção domiciliar para diminuir índices de infestação vetorial; e os maiores problemas são a gestão de serviços e a limitação de pessoal”.
(PROFISSIONAL VII)

Presenciamos durante a nossa vivência na Secretaria de Saúde várias solicitações de Alvarás Sanitários, e durante esse momento, perceberam-se as áreas de atividades que incluem os alimentos, medicamentos, produtos para saúde, cosmético e saneamento e serviço de saúde.

Segundo Piovesan et. al., (2005), as principais ações realizadas na Secretaria de Saúde são as buscas por Alvarás Sanitários, e atendimentos de denúncias sobre a precariedade do saneamento básico. Esse serviço visa identificar a existência de planejamento, de monitorização e de outras ações proativas dentro da instituição, para melhor atendimento aos usuários.

De acordo com Oliveira e Dallari (2011) é preciso priorizar a atividade de vigilância e integrar em conjunto com os demais componentes do SUS, trabalhar no desenvolvimento integral dessas atividades estratégicas, para que se possa assegurar qualidade de vida e bem-estar aos cidadãos, para que eles obtenham alimentação adequada, produtos de cosmético, saneantes, de saúde, medicamentos e serviço de qualidade.

Por fim, o relato da profissional VIII aponta que, as principais demandas em ser seu serviço é a procura por transporte para o deslocamento a outros municípios para a realização

de exames e consultas, resolver as reclamações recebidas pela ouvidoria da saúde e o subfinanciamento das ações. Vejamos:

A principal demanda é necessidade do transporte especial/diferenciado adequado (ambulância e excepcionalmente, o carro) para usuários com deficiência e acamados. Necessidade de intervenção direta para garantia de acesso à serviços municipais ou de referência (município polos); orientações sobre o funcionamento do SUS; (ouvidoria); queixas, reclamações; solicitações sobre serviços ou situações específicas referentes a funcionários/profissionais e as dificuldades englobam o subfinanciamento do Ministério da Saúde, a oferta insuficiente para as demandas, a centralização de serviços e exames em Fortaleza e Sobral e a situação socioeconômico do adoecimento. (PROFISSIONAL VIII)

O município de Nova Russas conta com 04 (quatro) ambulâncias para o atendimento aos usuários do município. Tem como objetivo, promover atendimento de urgência e emergência, sendo utilizada para o deslocamento dos usuários do município. Esse transporte ajuda a melhorar ainda mais o atendimento na área da saúde, visando à requalificação e humanização do sistema de saúde do município.

Para Bertucci (2011) o transporte público é um serviço fundamental para permitir o acesso às necessidades básicas do cidadão moderno, que precisa descolar-se de um ponto a outro. Para que a cidade funcione bem é preciso que o transporte seja eficiente. Quanto menos o tempo de deslocamento, mais liberdade uma pessoa terá para realizar outras atividades, produtivas ou não. Além disso, quanto mais agradável o meio de transporte, maiores os benefícios diretos para o cidadão ao longo do percurso realizado.

Para explanar ainda mais os serviços realizados pelos profissionais aos usuários, buscamos saber quais são os fatores que agravam o serviço de saúde, bem como os programas e políticas de saúde que correspondem com a demanda e com a realidade dos usuários do município de Nova Russas.

A profissional I relata que o poder da política dentro dos serviços acaba prejudicando as ações para determinados usuários que segundo seu relato: “O principal fator que agrava o serviço de saúde são as relações políticas partidárias.” Este fator mostra que os serviços de saúde são afetados por relações e influências políticas, prejudicando de forma grave o serviço de saúde. Seguindo o mesmo pensamento, a profissional II relata que, os fatores que prejudicam o serviço são as várias ações que o envolve, como a cultura da politicagem, bem como, a cultura curativista/hospitalocêntrico, a referida comenta que: “o pior fator que pode prejudicar o serviço são as questões políticas que, infelizmente, tira a vaga de usuário da fila, além da cultura curativista”. Observou-se diante disso, fortes relatos sobre assistência à saúde, indo contra o que preconiza o sistema público brasileiro, conseqüentemente, isso apresenta

grave situação para os usuários devido às políticas clientelistas e paternalistas.

De acordo com Nunes (2010) a prática clientelista ocorre no Brasil há décadas. Os políticos dos municípios desenvolvem ações de forte cunho clientelista, que podem render votos no período das eleições, constituindo-se uma negação do direito à saúde. Os políticos usam a política para ofertar as ações de saúde por meio dos serviços públicos ou privados, garantidos pelo governo local, usam como moeda política a oferta de serviços ambulatoriais, o transporte de usuários doentes e a oferta de medicamentos.

De acordo com o autor supracitado, as políticas paternalistas são um grave problema do serviço de saúde, pois dificultam o serviço devido aos interesses das políticas partidárias, podendo ocorrer mudanças nas políticas de saúde, nos recursos humanos, na assistência oferecida aos usuários, na implementação das ações e serviços específicos para determinados usuários.

Já Conill et. al., (2011) ressalta que, o gerenciamento da lista para a realização de procedimentos, constitui um campo de disputas de interesses partidários, com importante apelo eleitoral dos políticos, que envolve pressões de ordem econômica, política e corporativa.

Para a profissional IV, os fatores que prejudicam o serviço de saúde são as dificuldades de acesso à internet e os baixos incentivos financeiros do Ministério da Saúde. Vejamos o relato:

Para a coordenação do sistema e-SUS-AB os fatores que prejudicam diz respeito a falta de letramento digital dos profissionais, dificuldades de acesso à internet com estabilidade para uso do PEC, bem como a ausência de incentivos financeiros do ministério para a implantação do programa.

Nas vivências foram observados vários fatores que prejudicaram o serviço de saúde, a exemplo da falta de letramento digital, que prejudicou por alguns dias o serviço de saúde da profissional supracitada, bem como, a constante falta de internet, por conta da operadora que fornece esse serviço.

Para Pinheiro et. al., (2016) um dos obstáculos enfrentados pelos municípios é a falta de letramento digital. O letramento digital mostrou ser um importante instrumento, sendo primordial para auxiliar os profissionais a desenvolverem um trabalho mais eficaz, outro fator que prejudica e o acesso à internet de qualidade, visto que os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) precisam ser enviados a outras esferas, pois todas as informações são digitadas online. Esses fatores realizados de forma correta e adequada, resultará em maior qualidade e agilidade no atendimento, garantia e segurança no processo de transmissão de dados dos SIS, e acesso às informações em tempo real e conhecimento.

Para a profissional V, o que prejudica o setor da imunização ocorre principalmente devido à dispensação dos imunobiológicos. Vejamos o relato:

“No setor de imunização, o que mais prejudica é a falta ou atraso na dispensação de vacinas de rotinas por parte do Estado e a falta dos materiais, como a falta de seringas e luvas. Com isso, agravam o serviço por que atrasa a dispensação para as unidades de saúde”. (PROFISSIONAL V)

Observou-se que a falta desses imunobiológicos prejudicam e, põem em risco toda a população, sendo imprescindível que a coordenadora desse setor agilize o maior rápido possível essa falta de vacinas e os materiais utilizados para aplicação, permitindo uma cobertura vacinal satisfatória para todos os cidadãos.

Koti (2010) afirma que, o profissional responsável pelo setor dos imunobiológicos, geralmente, realiza o controle de estoque para evitar o excesso e perdas, não onerando o serviço público, e que esse deve conhecer os princípios das boas práticas de aquisição, como recebimento, armazenamento, distribuição e dispensação dos imunobiológicos.

Para a profissional VI, os principais fatores que prejudicam o serviço são as superlotações, isso ocorre por conta da demanda ser maior que a oferta e a falta de qualidade na assistência. Vejamos o seu relato: “São vários os fatores que agravam o serviço ofertado, a oferta de serviço menor que a demanda, a superlotação nos serviços de saúde e a falta de qualidade na assistência prestada aos usuários”. Diante desse relato, observamos que na atualidade, a superlotação nos serviços de saúde é uma imagem negativa e representa um problema preocupante aos gestores e a população.

De acordo com Azumbaja (2014) quando o serviço de saúde alcança a situação de superlotação, os usuários esperam mais tempo para serem atendidos ou para realizarem exames laboratoriais e de diagnóstico. A prestação de serviços ineficaz, não satisfaz as necessidades dos usuários, sendo um impacto negativo na qualidade assistencial.

De acordo com o autor supracitado, a superlotação é um tema preocupante referindo-se à saúde pública, sendo uma das principais preocupações dos gestores públicos, além de considerar que a falta de ações e serviços para determinados tratamentos, impedem o progresso em relação à solução da saúde da população, e com isso, a superlotação acaba sendo vista como um baixo desempenho organizacional.

A profissional VII relata que, os principais fatores que prejudicam o serviço são as ofertas comparadas com as demandas que o município oferece, bem como, a qualidade da assistência prestada e a diminuição dos recursos. Segundo a profissional: “o que mais dificulta o processo de trabalho é a escassez de recursos financeiros, a falta de valorização profissional

e a diminuição de efetivo”. Ao observarmos esse relato, percebemos que a valorização dos profissionais é importante para um trabalho satisfatório, devendo contemplar as dúvidas e os esforços dos profissionais. A escassez de recurso e a diminuição de efetivos repercute diretamente, na efetivação da assistência prestada.

Segundo Soratto et. al., (2017) a valorização do profissional não inclui somente enquadrá-lo em resultados quantitativos, mas valorizar a qualidade e intensidade de suas ações. O valorizar inclui reconhecer o trabalhador como ser humano, que apresenta aptidões e contribuições singulares nas ações que desempenha, inclui também, a indicação das necessidades de investimentos por parte das gestões municipais, no tocante aos recursos financeiros e a inclusão de mais profissionais, para que a qualidade das ações se efetive na prática dos serviços de saúde.

A profissional VIII relata que, os serviços são insuficientes para a demanda, o subfinanciamento, a má organização de alguns recursos e outros fatores, prejudicam o serviço da Secretaria: Segundo a profissional:

“A equipe mínima da ESF, conforme determinado pelo Ministério da Saúde, hoje são insuficientes para as demandas (1 médico, 1, enfermeira, 1, dentista), o subfinanciamento (anos sem atualização), organização técnica administrativa, além das necessidades, situações de vida (sócio-econômico-cultural) da população, pois as vulnerabilidades causam adoecimento crescente”. (PROFISSIONAL VII)

A profissional apresenta que, os profissionais atuantes dentro das unidades de saúde são insuficientes para a demanda dos usuários, o subfinanciamento de recursos e altos gastos são fatores que agravam o serviço.

De acordo com Shimizu, Carvalho Junior (2012) pode-se relacionar a dificuldade em manter completa a equipe de saúde da família, com as insuficientes condições de trabalho dos profissionais do serviço público, além da falta de recursos técnicos, da precariedade dos equipamentos, existiu a inadequação do espaço físico e dos materiais. Além desses fatores, os baixos salários, a ausência de apoio dos gestores, o insuficiente reconhecimento social, o débil desenvolvimento da carreira, as diversas formas de contratos, sobretudo, os informais, contribuem para a fragilidade de vínculos com o serviço e a alta rotatividade de profissionais.

De acordo com Marques (2017), durante toda a existência do Sistema Único de Saúde, desde sua inscrição no corpo da constituição brasileira, inúmeros pesquisadores denunciaram sistematicamente sua situação de subfinanciamento.

No que diz respeito aos programas e políticas de saúde, que correspondem com a demanda e com a realidade dos usuários do município de Nova Russas, os profissionais

responderam da seguinte forma:

Segundo a profissional I: “As políticas e os programas do SUS, correspondem com a realidade da população, mas com a demanda não, pois, as vagas ofertadas como consultas, exames são pouquíssimas.” Nesse mesmo raciocínio a profissional II acrescenta que as políticas e programa de saúde atendem as necessidades da população, porém, apresentam várias dificuldades. Segundo a profissional II: “As políticas que o município fornece atendimento as necessidades dos usuários, só que, apresentam várias dificuldades, não só em nosso município, mas em geral”.

Ao analisarmos os relatos das profissionais, observamos que o município abrange os programas e políticas de saúde, porém, não atendem à demanda. Percebe-se que, as profissionais da Secretaria enfatizam que os programas e políticas de Nova Russas não correspondem com a demanda dos usuários, pois apresentam dificuldades na sua oferta.

De acordo com Vello (2014) o aumento na demanda aos sistemas de saúde pela população aponta para a necessidade de reestruturação dos serviços, cabendo ao Estado a formulação de políticas e decisões para dar prosseguimento nas ações de saúde, suprindo as necessidades dos usuários.

Quando questionado sobre as políticas e programas do município de Nova Russas, o profissional III não relatou nada nesse quesito, e ainda questionou, em uma conversa informal, que essa pergunta não tinha nada a ver com a sua atuação dentro da Secretaria Municipal de Saúde, e se negou a respondê-la. Diante disso, seguimos conforme estabelecido no termo de consentimento.

Analisando o relato do profissional IV, observamos que e-SUS AB foi um avanço fundamental para a organização da gestão na Secretaria de Saúde; no entanto, deixa a desejar no quesito de incentivo financeiro, o que torna o programa prejudicado. Observe o relato:

“O programa e-SUS AB é um avanço importante, tendo em vista que permite um acompanhamento adequado do atendimento dos usuários por meio do registro clínico informatizado, no entanto, a ausência de uma política de incentivo financeiro para o avanço da informatização, acaba tornando o programa incoerente para a dimensão do território municipal”. (PROFISSIONAL IV)

Observou-se que o sistema e-SUS contribuiu para uma melhor informatização das ações da Secretaria de Saúde de Nova Russas, buscando avanços dentro dos serviços de saúde.

A efetivação da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) visa uma melhor publicidade e governança do uso da informação em saúde e dos recursos de informática. Além disso, esse sistema de informação buscar avanços na qualidade dos serviços de saúde, visando potencializar o alcance de benefícios à coletividade, no que se

refere ao controle social e à democratização e da comunicação em saúde, (BRASIL, 2016)

Esta política de informação e informática no âmbito da saúde norteiam as ações de tecnologia da informação e comunicação de todo o sistema de saúde brasileiro, porém, a falta de padronização dos procedimentos para a obtenção e tratamento dos dados em saúde, a dificuldade de conectividade dos serviços de saúde à internet banda larga; a insuficiência de estratégias de financiamento no campo da informação e informática em saúde acaba prejudicando tal política. (BRASIL, 2016)

A profissional V relatou que, as políticas do município são implementadas de forma eficaz, buscando sempre o melhor para o usuário. Veja seu relato: “As políticas do município de Nova Russas são implementadas de acordo com as necessidades dos usuários, buscando oferecer sempre o melhor para população”. Desse modo, percebe-se que a profissional busca um atendimento de qualidade por meio dos programas e políticas de saúde, para atender melhor a população.

Sarreta (2009) relata que os programas e políticas de saúde devem ter condições adequadas e seguras para sua implementação, essa ação requer que os serviços de saúde e seus profissionais estejam preparados para ofertar aos usuários, um serviço de qualidade em todas as suas necessidades.

Na análise das profissionais, verificamos que as ações que envolvem os programas de saúde do município são mínimas, quando voltas à demanda da população. Segundo a profissional VI: “As polícias correspondem direitos assegurados constitucionalmente, infelizmente diante da realidade atual a demanda é inversamente proporcional à oferta.” Seguindo o mesmo raciocínio, a profissional VII acrescenta que, as políticas de saúde correspondem com os direitos dos usuários, porém, apresenta uma demanda grande e uma oferta mínima. Veja o seu relato: “O município disponibiliza políticas que atendem com as necessidades dos usuários, porém, as vagas para a realização dos serviços são mínimos, ou seja, maior demanda, menor oferta”.

Percebe-se que as profissionais da Secretaria de Saúde, como citados anteriormente em outras falas, enfatizam que os programas e políticas de Nova Russas correspondem com os direitos assegurados, de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde; no entanto, o município apresenta uma grande demanda, em comparação a uma pequena oferta nas vagas de atendimento, propiciando uma baixa assistência à população.

De acordo com Zucchi; Nero e Malik (2000) existem fatores que agem diretamente sobre a demanda dos serviços de saúde, sendo de natureza variada, podendo se sobrepor, aumentando ainda mais a demanda. Veja o seu relato: “Os fatores que agem na oferta da

assistência à saúde são progressos técnico-médico, difusão da inovação e a multidão nos centros de assistência à saúde”.

De acordo com o autor supracitado, o aumento da demanda requer não só incrementos permanentes na oferta, sendo necessário um acesso mais equânime aos serviços para todos os cidadãos. (ZUCCHI; NERO E MALIK, 2000)

Por fim, a profissional VIII afirma que, as políticas correspondem em partes, devido os segmentos da população não serem atendidos de forma integralizada. Observe o seu relato: “As políticas correspondem em parte, porque os segmentos populacionais ainda não são atendidos em suas necessidades de forma integral, tanto no âmbito da saúde mental, saúde do adolescente, a existência de famílias em situações de maior vulnerabilidade e risco social”.

Percebe-se que a profissional busca satisfazer as necessidades, por meio das políticas no âmbito da saúde mental, saúde do adolescente, das famílias em situações de maior vulnerabilidade e risco social.

Segundo Kuchemann (2012) algumas políticas necessitam ser reestruturadas com vistas a atender adequadamente às necessidades e às expectativas dos usuários, aumentando a demanda e redobrando as ofertas dos serviços de saúde, utilizando-se a integralidade dentro desses programas e política no âmbito municipal.

Após os relatos dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Russas - Ceará, deu pra perceber a complexidade dos profissionais que envolve a efetivação do Sistema Único de Saúde. Observou-se que a Rede de Atenção à Saúde é um sistema amplo e complexo, que abrange outras ações por meio de um nó, e que a Estratégia de Saúde da Família a ordenadora desse sistema, organiza através do fluxo e contra fluxo os encaminhamentos dos usuários do serviço.

Durante os relatos analisados, observou-se que a rede de saúde do município apresentou vários pontos positivos na análise dos profissionais, mas todos apresentaram algumas limitações. E essas limitações apresentadas, remetem a vários fatores que necessitam ser consertadas, pois são fundamentais para atender os problemas citados anteriormente.

Ressaltamos, também nesse trabalho, a importância de compreender como é a atuação da assistente social sobre sua contribuição no dia a dia para a consolidação no projeto ético-específico. Analisaremos no próximo tópico como se dá atuação da assistente social na Secretaria Municipal de Saúde.

4.3 Atuação do Serviço Social na Secretaria Municipal de Saúde de Nova Russas - Ceará

Ao analisarmos os relatos da Assistente Social acerca do seu papel na Secretaria Municipal de Saúde, observamos que suas ações são voltadas, prioritariamente, para junto ao usuário, garantindo o acesso aos direitos dentro das políticas de saúde. Veja o seu relato:

“Atuo diretamente com os usuários, para buscar meios para o seu acesso a esse direito, que é a política de saúde, e em toda a sua complexidade. Contribuo, especialmente, nas articulações (intra e inter institucional), apresentando diagnósticos sociais de situações de usuários ou de segmentos populacionais, para a obtenção da garantia do acesso a serviços ou políticas públicas, seja de saúde ou de outros setores. Diariamente, realizo esse processo, que pode se iniciar com a escuta de usuário ou de uma equipe/profissional, ou na análise de dados dos sistemas, e que leva a um diagnóstico situacional, individual ou coletivo, sobre as necessidades de acesso à política de saúde (ou outras)”. (ASSISTENTE SOCIAL)

Observando a profissional, entendemos que Assistente Social e sua atuação no campo da saúde, abrange um trabalho intenso e burocrático.

Segundo Silva e Dallacosta (2013) a Assistente Social é caracterizada por ser uma profissional de saúde, que tem como atribuições, atuar junto com as questões econômicas e sociais, na proteção e recuperação da saúde, e intervir na luta pela defesa dos direitos humanos e não aceita atos de autoritarismo, assegurando a efetivação dos direitos, sociais e políticos dos usuários.

A profissional também ressaltou que, seu trabalho requer uma postura de acolher, ouvir, orientar e articular com setores, serviços e profissionais, direções e coordenações para garantir o acesso àqueles que mais precisam, sempre considerando o princípio fundamental da integralidade. A referida comenta que:

“Quando o usuário apresenta alguma necessidade, de início eu realizo o conhecimento, escuto sobre o que ele precisa, oriento sobre tal situação e por fim, alinhado aos direitos dos usuários, o passo seguinte, é a articulação com a realidade para o planejamento de ações/intervenções necessárias. Eu articulo recursos, parcerias, sensibilizações e até cobranças voltadas para a garantia ao acesso, aos direitos de nossa população, não se forma de integrada para buscar sanar as necessidades do mesmo”. (ASSISTENTE SOCIAL)

Assim, observamos que o trabalho da Assistente Social apresenta suas próprias necessidades dentro do contexto da saúde pública.

Hackbarth e Santos (2015) afirmam que, a Assistente Social deve garantir o acesso universal, e assumir posturas de acolher, escutar e prestar respostas positivas, sendo capaz de

resolver a necessidade do usuário e valorizar o que lhe foi dito.

Bravo (2006) ressalta que, o Assistente Social é convidado para atuar nas Secretarias de Saúde, servindo de mediador entre a Secretaria e os usuários, com o objetivo de viabilizar o acesso destes aos serviços e benefícios. Afirma também, que as ações e os serviços realizados pelo profissional devem estar sempre articulados aos princípios da justiça, inclusão e do projeto ético-político do profissional, proporcionando assim, respostas eficaz e qualificadas a comunidade.

Uma das ações que cabe a Assistente Social é formular estratégias que efetivem o direito social dos cidadãos, articuladas com outras ações que defendem o Sistema Único de Saúde. O Assistente Social tem como desafio, o enfrentamento da defesa da democracia brasileira e das políticas públicas, voltados em prol de um trabalho contrário ao projeto neoliberal ao qual serve o projeto privatista da saúde. (MATOS; BRAVO, 2003)

Para Bravo e Pereira (2007) o modelo da lógica neoliberal, sustentado em uma democracia restrita, diminuiu os direitos políticos e sociais da população, decorrente das medidas de contenção de gastos sociais, privatização e minimização de recursos por parte do Estado. Com o modelo da Reforma Sanitária brasileira, fundamentado na “democracia de massas, houve uma ampla participação social” em defesa da democratização, da universalização e do controle.

Em um dos relatos, a Assistente Social afirmou que, as ofertas são inferiores as demandas e os usuários que estão aguardando na fila de espera, nem todos são atendidos. Vejamos o seu relato:

“Como as ofertas são muito inferiores às demandas dos usuários do município, existe a fila de espera, que, também, nem todos os usuários são atendidos. Dessa forma, o SUS, por ser um sistema universal, mas com ofertas e serviços limitados e, tendo ainda, o subfinanciamento (ex. uma consulta com o médico, na tabela do SUS é R\$ 10, 00 reais), não consegue atender a todos como preconiza. O princípio da equidade, diante dessas dificuldades deve ser o mais utilizado, no sentido de atender prioritariamente aquele que mais necessita”. (ASSISTENTE SOCIAL)

A Assistente Social chama à atenção para um fato muito sério e que tem abalado todos os municípios no que se refere às políticas de saúde, que é a forma de subfinanciamento, isso pode estar relacionado a aprovação da Emenda Constitucional nº 95. Essa emenda é conhecida como “PEC da Morte”, que congelou os gastos com a política de saúde, educação, entre outros, que por sua vez, está vinculada ao processo de desmonte do Estado e de implantação do modelo ultraliberal.

A Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016, modifica o ato das

disposições constitucionais transitórias, instituindo o novo regime final. Também conhecida como “a PEC da Morte” vem com o intuito de congelar os investimentos públicos por 20 anos em áreas essenciais a população brasileira, como a educação, a saúde. Na área da saúde, ela compromete um orçamento que já era insuficiente, apresentando menos atendimentos, o aumento ainda mais das filas de espera e, conseqüentemente, maior número de óbitos, sobretudo das pessoas mais pobres. (RIZZOTO, 2016)

Ainda observando seus relatos, a profissional comenta sobre a realização de estudos, diagnóstico de vulnerabilidade e indicadores da saúde. Vejamos o seu relato:

“Também realizo estudos, diagnósticos de vulnerabilidade e indicadores da saúde da realidade, para o planejamento de novas ações e projetos voltados para a garantia de direitos e, também, para a prevenção e promoção da saúde. Faço parte da ouvidoria da saúde, o que complementa o trabalho realizado, pois, ao ouvir demandas dos usuários, passa a buscar soluções ou respostas, o que auxilia, no contato com a realidade vivida pela população, podendo elaborar pareceres diagnósticos que vão auxiliar na sua ação de planejamento de novas ações estratégicas e projetos”.
(ASSISTENTE SOCIAL)

Essas atividades relacionadas com a Assistente Social estão em consonância com o que determina os parâmetros da atuação desse profissional social na saúde, especialmente, no que se refere aos diagnósticos de vulnerabilidade e de indicadores da saúde.

De acordo com Torres et. al., (2015), o trabalho do Assistente Social envolve a realização de diagnósticos de vulnerabilidade dos municípios, o monitoramento e a avaliação das políticas de saúde, o estabelecimento de indicadores e padrões de qualidade e de custeio dos serviços, participando, desse modo, para a construção de uma cultura democrática, do direito e da cidadania.

Para Bravo (2006), o Assistente Social participa da implementação e formulação de políticas sociais, bem como, no processo de organização e mobilização da sociedade, e é comprometido com a efetivação dos direitos sociais e o pleno desenvolvimento da cidadania. Pois, acredita-se que abordar questões dos direitos sociais em uma sociedade desigual é importante para se compreender a importância de se ter uma política voltada, especificamente, à atenção da população.

A profissional destacou que existem vários fatores que dificultam o acesso dos usuários ao serviço de saúde. Observe o seu relato:

“Outro fator que dificulta o acesso dos usuários à saúde é crescente demanda, e isso está voltado para o aumento do adoecimento populacional, pelas condições de vida da sociedade, pela falta de emprego, habitações precárias, situações de pobreza, o não acesso à educação de qualidade, a cultura, alimentação e nutrição, isso leva ao desenvolvimento de doenças físicas e psicológicas. O alcoolismo e o uso de drogas

ilícitas em alta demanda, a depressão e o suicídio como indicadores alarmantes são demonstrações desses adoecimentos na área da saúde. Se os direitos básicos não são garantidos, como atender a todas as necessidades de saúde? Frente a isso, torna-se evidente a importância da Assistente Social para consolidar os princípios e diretrizes do SUS. A preocupação primordial da assistente social na área da saúde deve ser a identificação existente para a efetivação do princípio da Reforma Sanitária e do Projeto Ético-político". (ASSISTENTE SOCIAL)

Ao observarmos esse relato, percebemos que as situações de adoecimento estão voltadas para as condições de vida da população.

Se de acordo com Costa (2009) o Assistente Social se insere dentro do processo de trabalho em saúde, atua como agente de interação ou como elo orgânico entre os diversos níveis do sistema de saúde e, entre este, as demais políticas sociais setoriais, o que nos leva a crer é que o seu principal papel é assegurar os princípios e diretrizes do SUS.

Para Bravo e Matos (2009) a atuação do Serviço Social pressupõe uma articulação ao movimento dos usuários que lutam pela real efetivação do SUS, conhecendo as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como, os determinantes sociais que interferem no processo de saúde-doença. Esse profissional busca facilitar o acesso de todos os usuários aos serviços de saúde da rede de serviços e direitos sociais.

De acordo com o autor supracitado é necessário que, a Assistente Social busque uma atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde. Devendo também, estimular a intersetorialidade, realizando ações que fortaleçam a articulação entre as políticas da seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais, realizar investigações sobre os temas relacionadas à saúde, ampliando a participação da população na fiscalização, formulação e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados.

Portanto, o Serviço Social enquanto profissão tem como compromisso a defesa intransigente dos direitos sociais e da classe trabalhadora no processo da luta de classes, devendo apropriar-se da discussão sobre as políticas públicas de saúde para o fortalecimento do Projeto de Reforma Sanitária, o qual está afinado ao Projeto Ético-político profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta do presente trabalho envolveu os relatos dos profissionais de saúde sobre os direitos relativos dos usuários na Secretaria Municipal de Saúde de Nova Russas, Ceará. Nesse trabalho compreendeu-se de forma precisa como ocorre o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde no Município.

Ao conectarmos as ideias das redes de atenção, percebemos que foi possível refletir sobre a realidade do sistema de saúde do município de Nova Russas. Os profissionais participantes refletiram que a rede do município é um sistema amplo e complexo, pois esses serviços possuem rotinas e regras, além das várias burocracias e dificuldades, que impendem à atenção integrada do cuidado à saúde dos usuários.

Salientamos que a Constituição Federal de 1988, representou uma evolução teórica no sistema constitucional brasileiro, a qual deveria ter acarretado reflexos na realidade social e na política do país. O direito à saúde é a categoria dos direitos fundamentais, por estar interligado ao direito à vida e à existência digna, e representa um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, sendo considerado pela doutrina e legislação pátria, uma obrigação do Estado e uma garantia de todo o cidadão.

Já nos relatos sobre as atividades da equipe do serviço de saúde no atendimento aos direitos dos usuários, a concretização do direito à saúde tem-se demonstrado importante, no quesito das ofertas de serviços por meio das políticas de saúde, porém, vários fatores prejudicam esse serviço, tais como: o aumento da demanda pelos usuários, as vagas que são disponibilizadas e a política clientelista e partidária, entre outros. Analisar os limites e possibilidades na efetivação no atendimento aos direitos dos usuários aos serviços de saúde segundo os relatos dos participantes.

Nos limites e possibilidades na efetivação durante o atendimento aos direitos dos usuários, percebeu-se que é preciso que os profissionais atuantes nesse serviço ousem e sejam capazes de assumir uma nova visão das políticas e programas de saúde, a qual se reflete nas necessidades do usuário e as suas inserções na realidade. Implica também, como base nessa visão mais abrangente adotar e buscar soluções para as novas demandas.

Compreender como se dá a atuação do Serviço Social dentro desse serviço foi de grande importância, pois, percebeu que esse profissional atua diretamente nas necessidades da população, colocando em prática os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Diante disso, nesses quatro anos de graduação pudemos perceber o nosso amadurecimento enquanto acadêmicos e o preparo para o exercício profissional. Após a

realização e levantamento dos questionários houve o entrosamento com os profissionais onde compreendemos como são as suas atribuições dentro da Secretaria de saúde, e, em especial, seguidamente à realização da pesquisa, não apenas nos tornamos diferentes, mas também por meio da análise dos questionários nos dispusemos a refletir sobre um cotidiano diferente, onde obtivemos reflexões mais apuradas, sendo estas, possíveis somente no momento de suspensão da rotina.

Não obstante aos limites do presente trabalho, esperamos poder contribuir pra que outras pesquisas sejam feitas nessa área. Como estudantes do Serviço Social, observamos que há uma carência de trabalhos que enfatiza o funcionamento dessa rede de saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zemaide Neto. **SUS: Sistema Único de Saúde** - antecedente, percursos, perspectivas e desafios. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2015. 272p.

ALVES, Jairo Porto; DINIZ, Ítalo Vinícius Albuquerque; FRANÇA, KlerybiaThayse Gama; SILVA, Lidiane Monteiro da; MARTINIANO, Cláudia Santos. **AVANÇOS E DESAFIOS NA IMPLANTAÇÃO DO e-SUS-ATENÇÃO BÁSICA. II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde**, 2017.

BERTUCCI, Jonas de Oliveira. **Os benefícios do transporte coletivo**. Boletim regional, urbano e ambiental, jun. 2011

BRAGA, Andréa Luiza Currealinho. SILVA, Leticia Wierzbicki da. BRAGA, Fernanda Tramujas. O Serviço Social nas Instituições de Educação Infantil: requisições e atribuições profissionais na perspectiva da garantia do direito à educação. **II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais**. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 23 a 25 de outubro de 2018.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/nova-russas/panorama>.

_____. Ministério da Saúde. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 05 de Outubro de 1988.

_____. Ministério da Saúde. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Presidência da República. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 de dez. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Departamento de Atenção Básica, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Emenda Constitucional nº29**, de 13 de setembro de 2000. Altera os Artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. **Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM): protocolo**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2001. 96p.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações: 30 anos**, Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2004. 82p.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde.** Portaria nº 339, de 22 fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacional do Referido Pacto.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2009. 92p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2010

_____. Ministério da Saúde. **Controle, avaliação, auditoria e regulação no SUS.** Sessões temáticas de instrumentação das equipes gestores em saúde, Brasília: 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010. 132 p.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento/Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010. 44p.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação Estruturante do SUS.** Brasília, 2011. 534 p.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466,** de 12 de dezembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Complementar nº141,** de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a

serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégia E-SUS Atenção Básica e Sistema de Informação em saúde da Atenção Básica – SISAB** Brasília, 19 de abril de 2013.

_____. **Ministério da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde.** APSUS: guias de estudo das oficinas para qualificação profissional em Atenção Primária à Saúde. Curitiba: 2014. (APSUS, 2014).

_____. Ministério da Saúde. **Emenda Constitucional nº86**, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária específica.

_____. Ministério da Saúde. **Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes**, Brasília: 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas.** Curso básico de regulação do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 227.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 56 p. : il.

BRAVO, Maria Inês Sousa. **A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica.** Rio de Janeiro, 2001.

_____. As políticas brasileiras de Seguridade Social – Saúde. In CFESS/CEAD. **Capacitação em Serviço Social e Política Social.** Modulo III: Política Social. Brasília, 2000.

_____. **Saúde e serviço no capitalismo: fundamentos sócio-histórico.** 1 ed. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, Maria Inês de Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto Ético-Político e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate.** São Paulo: Cortez, 2006.

_____. **Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate.** In: BRAVO, M. I. S. et al. (orgs). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2003.

BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, Ana Maria; GAMA, Andréa de Sousa; MONNERAR, Giselle Lavinias. **Saúde e serviço social.** 5 ed. São Paulo: Cortez, 2012.

CONILL, Eleonor Minho; GIOVANELLA, Lúgia; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2783-2794, 2011.

COSTA, Daniele Bernardi da; GARCIA, Simone Domingues; VANNUCHI, Marli Terezinha Oliveira; HADDAD, Maria do Carmo Lourenço. Impacto do treinamento de equipe no

processo de trabalho em saúde: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 9, n. 4, p. 7439-47, 2015.

COSTA, Juliana Pessoa; JORGE, Maria Salette Bessa; VASCONCELO, Mardenia Gomes Ferreira; PAULA, Milena Lima; BEZERRA, Indara Cavalcante. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Rev. Saúde Debate**, v. 38, n. 103, p. 733-743, out-dez 2014.

GODOI, Heloisa; MELLO, Lúcia Schaefer Ferreira; CAETANO, João Carlos. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 318-332, 2014.

HACKBARTH, Daiana; SANTOS, Simone Aparecida Silva dos. Acolhimento e serviço social: experiência “estação acolher” no NASF de lages/sc. **Seminário Nacional de serviço social, trabalho e política social**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis SC – 27 a 29 de outubro de 2015.

KOTI, Kelly Cristina Encide de Vasconcelos. Avaliação das salas de vacinas na rede básica do município de marília. **Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem** – Universidade Estadual Paulista - UNESP, para obtenção do título de Mestre. Universidade Estadual Paulista Faculdade de Medicina de Botucatu, 2010.

KÜCHEMANN, Berlindes Astrid. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafio. **Revista Sociedade e Estado**. v. 27, n. 1, jan/abr., 2012.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamasso; PRÁ, Keli Regina Dal. A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. **Rev Textos & Contextos**. Porto Alegre v. 6 n. 1 p. 93-104. jan./jun. 2007.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza (Org.). **Saúde do/a trabalhador/a e Serviço Social: estudos da relação trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo**. São Paulo: Papel Social, 2016a.

MANZINI, Eduardo José. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In: MARQUEZINE: M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE; S. (Orgs.) **Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial**. Londrina:eduel, 2003. p.11-25.

MARIETTO, Marcio Luiz. **Observação participante e não participante**. Working Paper. São Paulo, UNINOVE, 2014.

MARQUES, Rosa Maria. **Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do sus: planejamento e políticas públicas**, n. 49, jul./dez. 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte, MG: ESP, 2009.

_____. As Redes de atenção à Saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n.5, p. 2297-2305, 2010.

_____. As Redes de Atenção à Saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceitos e elementos constitutivos. In. Mendes E.V. **As redes de Atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan- Americana da saúde, 2011. p.75-118.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; 2006. 406p.

MOLL, Marciana Fernandes; GOULART, Mariana Bonomi; CAPRIO, Aloma Pegorini; VENTURA, Carla Aparecida Arena; OGOSHI, Aline Aparecida de Castro Machado. O conhecimento dos enfermeiros sobre as Redes de Atenção à Saúde. **Rev enferm UFPE**., Recife, v. 11, n. 1 p.86-93, jan. 2017.

MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês Sousa. **Serviço Social e saúde**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

NUNES, E. O. **A gramática política do Brasil, clientelismo, corporativismo e insulamento burocrático**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira; DALLARI, Sueli Gandolfi. Vigilância Sanitária, Participação Social e Cidadania. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.3, p.617-624, 2011

OLIVEIRA, Marcelo Marques; CASTRO, Gisélia Gonçalves de; FIGUEIREDO, Glória Lúcia Alves. Agente de Combate às Endemias e o processo de trabalho da equipe de Saúde da Família. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 29, n. 3, p. 380-389, 2016.

PACHECO FILHO, Antônio Carlos; GARBIN, Cléa Adas Saliba. A saúde e seu direito sob o olhar do usuário. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 3, n. 12, p. 39-45, 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS?** 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 148 p. vol. 1.

PESSOA, João Paulo de Moraes; OLIVEIRA, Ellen Synthia Fernandes de; TEIXEIRA, Ricardo Antônio Gonçalves; LEMOS, Cristiane Lopes Simão; BARROS, Nelson Filice de. Controle da dengue: os consensos produzidos por Agentes de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde sobre as ações integradas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2329-2338, 2016.

PINHEIRO, Alba Lúcia Santos; ANDRADE, Kerlly Taynara Santos; SILVA, Dejeane de Oliveira; ZACHARIAS, Fabiana Costa Machado; GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza; PINTO, Ione Carvalho. Gestão da saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 3, 2016.

PIOVESAN, Márcia Franke; PADRÃO, Maria Valéria Vasconcelos; DUMONT, Maria Umbelina; GONDIM, Gracia Maria; FLORES, Oviromar; PEDROSA, José Ivo; LIMA, Luiz Felipe Moreira. Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais **Rev Bras Epidemiol**, v. 8, n. 1, p. 83-95, 2005.

POLIT, Denise; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Trad. de Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon **A esperança não morre quando sonhamos juntos Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 5-8, 2016.

SÁ, Ana Lúcia da Hora e; LIMA, Elizandra Ferreira de; SILVA, Ricardo Ernestino da. Contribuições do controle, avaliação e auditoria com a gestão municipal do Sistema Único de Saúde: a experiência do município de Olinda. **Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde)** – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. 2009, p. 55.

SANTOS, S.R; Deininger L.S, Oliveira AEC, Lucena K.D.T. Gestão do conhecimento: perspectiva dos enfermeiros em hospital públicos. **J Nurs UFPE**. v. 8, n. 2, p. 240-8. 2014.

SARRETA, Fernanda de Oliveira. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p.

SHIMIZU, H. E.; CARVALHO JUNIOR, D. A. C. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2405-2414, 2012.

SILVA, Alessandra Ximenes da. **Reforma sanitária, hegemonia e a efetivação do controle social**. 2 ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011, p. 117 – 146.

SILVA, Brenner Santos; COELHO, Hiago Victor; CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; OLIVEIRA, Valéria Conceição de. Estudo de avaliabilidade do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização. **Rev Bras Enferm**, v. 71, p. 600-9, 2018.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. **Previdência Social um direito conquistado: resgate histórico, quadro atual e propostas**. 2 ed. Brasília: Ed do autor 1997, 284 p.

SORATTO, Jacks; PIRES, Denise Elvira Pires de; TRINDADE, Letícia Lima; OLIVEIRA, Jonas Sâmí Albuquerque de; FORTE, Elaine Cristina Novatzki; MELO, Thayse Palhano. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 3, 2017.

SOUZA, Kathleen Ribeiro; SANTOS, Maria Lígia Rangel; GUIMARÃES, Isabel Cristina Santos; RIBEIRO, Guilherme de Sousa; SILVA, Luciano Kalabric. Saberes e práticas sobre controle do *Aedes aegypti* por diferentes sujeitos sociais na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.34, n. 5, 2018.

TORRES, Mabel Mascarenhas; LANZA, Líria Maria Bettiol; SILVA, Cláudia Neves da; CAMPOS, Eliane Christine. O Trabalho do Assistente Social nas Políticas Públicas: desafios cotidianos. **VII jornada internacional de políticas públicas** de 25 a 28 de 2015.

VELLO, Lais Soares; POPIM, Regina Célia; CARAZZAI, Elisabete Manieri; PEREIRA, Maria Alice Ornelas. Saúde do Idoso: percepções relacionadas ao atendimento. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, Abr-Jun, 2014.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Debate**, v. 40, n. 109, p. 187-199, abr-jun 2016.

ZUCCHI, Paola; NERO, Carlos Del; MALIK, Ana Maria. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade** 9(1/2): 127-150, 2000

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

O ACESSO AO DIREITO À SAÚDE: RELATOS DOS PROFISSIONAIS DA SECRETARIA DE SAÚDE DE NOVA RUSSAS

PERFIL BIOGRÁFICO

Nome (iniciais): _____

Idade: () Formação profissional _____

Tempo de Formação _____

Possui Especialidade(s) _____

Há quando tempo trabalha na área da saúde? _____

Já teve experiência anterior na área da saúde? _____

ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA SECRETARIA

1. Como é sua atuação na Secretaria Municipal de Saúde?

2. Quais são suas principais contribuições junto à equipe?

3. Quais são as principais demandas dos usuários no Sistema Único de Saúde?

4. Em sua opinião, quais são as principais dificuldades para acessar o Sistema Único de Saúde?

5. Em sua opinião, existem fatores que agravam o serviço? Quais?

6. Os Programas e Políticas Pública de Saúde correspondem com a demanda e com a realidade da população do município, comente:

PERGUNTA DIRECIONADA APENAS A ASSISTENTE SOCIAL

Em sua opinião, como você contribui no seu cotidiano profissional para a consolidação do nosso projeto ético-político?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) participante:

Sou estudante do curso de graduação na Faculdade Ratio, Fortaleza-CE. Estou realizando uma pesquisa que tem como objetivo geral: Compreender como é o funcionamento da rede de atenção à saúde no Município de Nova Russas-CE, a partir dos relatos dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde. E objetivos específicos: Relatar as atividades da equipe multiprofissional no atendimento aos direitos dos usuários da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Russas-CE; Analisar os limites e possibilidades na efetivação no atendimento aos direitos dos usuários aos serviços de saúde segundo os relatos dos entrevistados; Compreender como se dá a atuação específica do serviço social na Secretaria Municipal de Saúde de Nova Russas-CE.

Sua participação envolve uma entrevista que será lhe ofertada em forma de questionário, sem especificação de data ou horário para sua participação. A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-la. Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome do Participante

APÊNDICE C - OFÍCIO PARA A SECRETÁRIA DE SAÚDE DE NOVA RUSSAS- CEARA



À Secretaria Municipal de Saúde de Nova Russas, Ceará
Nesta,

A Secretaria de Saúde, **QUITÉRIA FLÁVIA CUNHA BRAGA**

Venho por meio deste, solicitar uma autorização para que a estudante do Curso de Serviço Social, **MIRILURDES FERNADES MELO** portadora de RG N° 20161692120, desenvolva uma Pesquisa de Campo no Secretaria Municipal de Saúde de Nova Russas, Ce para a coleta de dados de seu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) cujo título é: **O ACESSO AO DIREITO À SAÚDE : RELATOS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE NOVA RUSSAS, CE**. A referida pesquisa tem como objetivos: Compreender como é o funcionamento da rede de atenção à saúde no município de Nova Russas, Ce. O mesmo estudo também busca conhecer como a equipe multidisciplinar planeja suas ações para melhoria de saúde dos usuários.

Fortaleza, 04 de setembro de 2018.

Cordialmente,

Profª Dra Virzangela Paula Sandy Mendes

QUITÉRIA FLÁVIA CUNHA BRAGA
Secretaria Municipal de Saúde
PORTARIA 1578 2018
NOVA RUSSAS CE

Endereço: **Unidade de Ensino I:** Rua Isac Amaral, 420- Dionísio Torres – Fortaleza-CE.
CNPJ 03.529.230/0001-30 Fone/Fax: (85) 3021.5553 - Cep. 60.130-304
Unidade de Ensino II: Av. Rogaciano Leite, 340- Salinas – Fortaleza-CE. – 60.810-786
Credenciada pela Portaria nº1381, 09/05/2002 Publicada DOU nº 90, 13/05/2002
Site: www.ratio.edu.br e-mail: ratio@ratio.edu.br