



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO
E ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

MARIA JOSÉ DA SILVA

**PARALISAÇÃO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE SAÚDE:
O REFLEXO DESTE MOVIMENTO PARA OS USUÁRIOS DO PSF NO
MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB**

**SOUSA - PB
2011**

MARIA JOSÉ DA SILVA

**PARALISAÇÃO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE SAÚDE:
O REFLEXO DESTE MOVIMENTO PARA OS USUÁRIOS DO PSF NO
MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão e Administração Pública, do Centro de Ciências Jurídicas e Sociais da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão e Administração Pública.

Orientador: Professor Me. Epifânio Vieira Damasceno.

**SOUSA - PB
2011**

MARIA JOSÉ DA SILVA

PARALISAÇÃO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE SAÚDE: O
REFLEXO DESTE MOVIMENTO PARA OS USUÁRIOS DO PSF NO
MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB.

Trabalho monográfico apresentado ao curso de
Direito do centro de Ciências Jurídicas e
Sociais da Universidade Federal de Campina
Grande, como exigência parcial da obtenção
do título de Especialista em gestão e
Administração Pública.

Orientador (a): Prof. Ms. Epifânio Vieira
Damasceno

Banca Examinadora:

Data de Aprovação: 16/03/2011

Prof. Ms. Epifânio Vieira Damasceno
Orientador

Prof. Ms. Marconi Araújo Rodrigues
Examinador

Prof. Ms. Maria Marques Moreira Vieira
Examinador

Dedico esta monografia a duas pessoas, Yasmim e Rosa, que em nenhum momento mediram esforços para realização dos meus sonhos, que me guiaram pelos caminhos corretos, me ensinaram a fazer as melhores escolhas, me mostraram que a honestidade e o respeito são essenciais à vida, e que devemos sempre lutar pelo que queremos. A elas devo a pessoa que me tornei, sou extremamente feliz e tenho muito orgulho por chamá-los de filha e mãe.

AMO VOCÊS!

AGRADECIMENTOS

A Deus meu refúgio e força, onde sempre encontrei respostas para os meus problemas.

A minha filha Yasmin e minha mãe, que tanto amo e que sempre dão a maior força em todos os momentos.

A minha família querida, que mora em meu coração.

Aos meus amigos de infância, que mim fazem sonhar e realizar tudo o que planejamos quando crianças e até o que não planejamos. GRANDE ABRAÇO.

A professora Daluz, pela atenção, pelo carinho, por estar sempre disposta a mim ajudar.

Ao orientador Epifânio, pela grande ajuda.

A todas as minhas amigas de trabalho por estarem sempre mim apoiando a dando a maior força. Vocês sempre terão um lugar especial em minha vida. VALEU!

Aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para que eu chegasse até aqui.

A todos meu carinho e muito obrigada.

Grande abraço.

*Matar o sonho é matarmo-nos. É mutilar a nossa alma.
O sonho é o que temos de realmente nosso, de
impenetravelmente e inexpugnavelmente nosso.*

Fernando Pessoa

RESUMO

O SUS é um sistema universal que prima também pela igualdade, não fazendo distinção de pessoa ou condição financeira, também, o Programa de Saúde da Família (PSF) tem entre tantos objetivos trazer o mais próximo possível da comunidade a garantia dos serviços de baixa complexidade como educação e promoção da saúde e prevenção de doenças. Os serviços oferecidos por este programa no Município de Campina Grande trazem ao usuário uma perspectiva de atendimento das necessidades de assistência em seu processo saúde – doença. No entanto, na continuidade das várias lutas e conquistas da sociedade, há o direito de greve, e esta ocorreu entre os meses de julho a agosto de 2010, este Município teve seus serviços prestados pelo PSF interrompidos pelo movimento grevista e as consequências deste para população causaram danos a saúde dos usuários. Essa pesquisa se caracteriza como bibliográfica, com abordagem quantiqualitativa, a qual foi realizado um levantamento do acervo referente ao tema estudado e ainda foi realizado levantamento de dados estatísticos em hospital público deste município. Será demonstrado como cenário para a pesquisa o Programa de Saúde da Família do Município de Campina Grande/PB. Após análise dos dados nota-se que a interrupção dos serviços do PSF para a população leva a uma grande procura pelo serviço hospitalar podendo chegar a um aumento de até 38,4% no atendimento a criança e 80,4% para adultos, quando comparado o mesmo período de 2010 com 2009, e ainda para o pacientes com doenças de notificação compulsória como hanseníase e tuberculose, foram encontrados transtornos como: abandono ao tratamento, interrupção da busca ativa dos casos pela equipe de saúde e a falta de medicação. Diante dos fatos se conclui que é preciso saber como os administradores podem intervir ou prevenir estes problemas, e, ao mesmo tempo buscar novas soluções que contemplem ambas as partes, esta pesquisa demonstra que os prejuízos de uma paralisação para os usuários dos serviços ofertados pelo PSF, reflete de forma negativa para o município, o qual assume o compromisso de trazer a sua população uma assistência a saúde, que já fora organizada de forma continuada e prioritária, e ainda, como direito que assiste a pessoa humana.

PALAVRAS CHAVE: saúde, movimento grevista, administração pública, PSF

ABSTRACT

The SUS is a universal system that counts also for the equality, not making distinction of person or financial condition, also, the Program of Health of Family (PSF) has entered as many objectives to bring the next possible to the community guarantee of the services of low complexity as education and promotion of the health and prevention of illnesses. The services offered for this program in the City of Campina Grande bring to the user a perspective of attendance of the necessities of assistance in its process health - illness. However, in the continuity of some fights and conquests of the society, it has the right to strike, and this occurred enters the July months the August of 2010, this City had its services given for the PSF interrupted for the movement striker and the consequences of this for population had caused damages the health of the users. This research is characterized as literature, with quantiquantitative, which was a survey of the acquis related to the subject studied and yet we collected statistical data on public hospital in this city. We will show how the research stage for the Family Health Program in the city of Campina Grande, PB. After analysis of the data is noticed that the interruption of the services of the PSF for the population leads to a great search for the hospital service being able to arrive at an increase of up to 38,4% in the attendance child and 80.4% for adults, when compared the same period of 2010 with 2009, and still for the patients with illnesses of obligatory notification as hanseníase and tuberculosis, had been found upheavals as: abandonment to the treatment, interruption of the active search of the cases for the health team and the medication lack. Ahead of the facts if it concludes that she is necessary to know as the administrators can intervene or prevent these problems, and, at the same time to search new solutions that contemplate both the parts, this research demonstrates that the damages of a stoppage for the users of the services offered for the PSF, reflects of negative form for the city, which assumes the commitment to still bring its population an assistance the health, that already are organized of continued and with priority form, and, as right that it attends to the person human being.

WORDS KEY: health, movement striker, public administration, PSF

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 – Número de atendimentos do pronto atendimento infantil	36
Gráfico nº 2 – Número de atendimentos do pronto atendimento adulto	37

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	–	Agente Comunitário de Saúde
CF	–	Constituição Federal
CLT	–	Consolidação das Leis Trabalhistas
DOTS	–	Estratégia de Tratamento Diretamente Observado
ESF	–	Equipe de Saúde da Família
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOAS	–	Leis Orgânicas da Saúde
MS	–	Ministério da Saúde
NASF's	–	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOAS	–	Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOB	–	Norma Operacional Básica
NRS	–	Núcleo Regional de Saúde
PACS	–	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PCCR	–	Plano de Cargo Carreira e Remuneração
PCT	–	Programa de Controle da Tuberculose
PMCG	–	Prefeitura Municipal de Campina Grande
PNCT	–	Plano Nacional de Controle da Tuberculose
PSF	–	Programa de Saúde da Família
RS	–	Rio Grande do Sul
SINTAB	–	Sindicato dos Trabalhadores Públicos do Agreste da Borborema
SR	–	Sintomáticos Respiratórios
SUS	–	Sistema Único de Saúde
UBS	–	Unidade Básica de Saúde
UBSF	–	Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	PROBLEMA	14
	2.1 DEFINIÇÃO	14
3	OBJETIVOS	15
	3.2 OBJETIVO GERAL.....	15
	3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
4	JUSTIFICATIVA	16
5	METODOLOGIA DA PESQUISA	17
	5.1 TIPO DE ESTUDO	17
	5.2 CANÁRIO DA PESQUISA	18
	5.3 BASE DE DADOS.....	18
	5.4 COLETA DE DADOS	19
	5.5 ANÁLISE DOS DADOS	19
6	REFERENCIAL TEÓRICO	20
	6.1 HISTÓRICO DO SUS	20
	6.2 O GESTOR PÚBLICO	21
	6.2.1 Competências do Gestor Municipal.....	22
	6.2.2 Competências do Gestor Estadual.....	23
	6.3 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	24
	6.3.1 Atribuições comuns a todos os profissionais que integram a equipe	25
	6.3.2 Implantação do PSF no Município de Campina Grande	26
	6.4 DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.....	28
	6.5 DIREITO AO EXERCÍCIO DE GREVE DO SERVIDOR PÚBLICO	29
7	HISTÓRICO DO MOVIMENTO GREVISTA EM CAMPINA GRANDE	32
	7.1 INÍCIO DO MOVIMENTO GREVISTA	32
	7.2 REINVINDICAÇÕES	32
	7.3 ILEGALIDADE	33
	7.4 FIM DA GREVE.....	34
	7.5 SINTAB CONVOCA ASSEMBLÉIA DOS SERVIDORES DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO.....	34
8	RESULTADOS E DISCUSSÃO	35

8.1 CONSEQUÊNCIAS PARA O PACIENTE EM CASO DE PARALISAÇÃO DOS SERVIÇOS DO PSF	35
8.1.1 A busca pelo atendimento na rede hospitalar.....	35
8.1.2 A possibilidade de automedicação	38
8.1.3 A falta de credibilidade dos serviços por parte dos usuários	39
8.2 TRANSTORNOS PARA OS PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA, COMO HANSENÍASE E TUBERCULOSE NO PERÍODO DE PARALISAÇÃO	41
8.2.1 Abandono ao tratamento por parte do paciente	41
8.2.2 Interrupção da busca ativa dos casos pela equipe de saúde da família.....	42
8.2.3 A falta de medicação	44
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS.....	47
APÊNDICES	50
APÊNDICE A – Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória.....	51

1 INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) tem entre tantos objetivos trazer o mais próximo possível da comunidade a garantia dos serviços de baixa complexidade como educação e promoção da saúde, prevenção de doenças, distribuição de medicamentos inseridos no programa, acompanhamento mensal dos programas de atenção a gestante, criança, adolescente, idoso e doenças crônicas como: hipertensão, diabetes, tuberculose entre outros.

Observa-se a grande importância que o PSF tem atualmente como promotor da saúde de vários usuários quer seja de baixa renda ou não, visto que o Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema universal que prima também pela igualdade, não fazendo distinção de pessoa ou condição financeira. Os serviços oferecidos por este programa em Campina Grande (como em todos os outros municípios onde foram implantados) trazem ao usuário uma perspectiva de atendimento das necessidades de assistência em seu processo saúde – doença.

Contudo, a paralisação destes serviços a qual ocorreu entre os meses de julho e agosto de 2010 perfazendo um período de um ano de movimento grevista estacionou a efetivação destes serviços para toda população usuária, deixando de acompanhar conjuntos de pessoas inseridas em cada programa, como por exemplo, os portadores de doença de notificação compulsória, que fazem acompanhamento mensal e recebem medicação fornecida pelo programa para controle da doença. E ainda, na procura por atendimento médico fica a população com a alternativa de buscar o atendimento hospitalar, ocorrendo assim, o afogamento no atendimento destes serviços que são específicos para alta complexidade.

Na continuidade das várias lutas e conquistas da sociedade, há o direito de greve que passou a ser um instrumento da classe trabalhadora para reivindicar os direitos na conquista por melhores condições de trabalho e deve se entender que os interesses a serem reivindicados através desta sejam para o bem social e nunca para fins políticos.

Esses serviços passam frequentemente por reestruturações físicas e gerenciais de acordo com a necessidade, isto, com aporte de novos recursos sem, contudo, conseguir responder a uma paralisação que em alguns casos se torna inevitável. As mudanças são discutidas frequentemente pela equipe e gestores, tendo como base suas experiências profissionais. O usuário que demanda o serviço não tem opinado de forma efetiva com relação a este problema, e esta inconveniência permanece até que sejam encontradas soluções para ambas as partes envolvidas, gestores e profissionais.

Neste estudo, foi identificadas situações e problemas tanto na UBS como no serviço hospitalar, que necessitam ser revistos na sua organização e seu funcionamento a fim de que medidas efetivas possam ser tomadas, mudanças que estejam realmente inseridas dentro das necessidades de saúde da população. Propõe-se como objetivo geral deste estudo apresentar os resultados de uma paralisação dos servidores de saúde do PSF em Campina Grande/PB, para a população usuárias destes serviços. Quanto aos específicos: exemplificar algumas consequências para o paciente em caso de paralisação dos serviços do PSF em Campina Grande e ainda, discutir alguns transtornos para os portadores de doenças com notificação compulsória, como tuberculose e hanseníase, enquanto tratados na UBS de Campina Grande.

Essa pesquisa se caracteriza como bibliográfica com abordagem quantiqualitativa, a qual foi realizada um levantamento do acervo referente ao tema estudado. E ainda foram colhidos dados estatísticos de hospital público deste município com o intuito de fazer uma comparação do aumento ou não da demanda no atendimento no período de paralisação.

2 PROBLEMATIZAÇÃO

2.1 DEFINIÇÃO

O Programa de Saúde da Família, tem seus serviços direcionados a levar a população uma assistência baseada na promoção da saúde, prevenção e acompanhamento de doenças e etc. A oferta de assistência a saúde ofertada por este programa no Município de Campina Grande trazem ao usuário uma perspectiva de atendimento das necessidades na continuidade da assistência que partem de seu processo saúde-doença.

No entanto, as possibilidades de paralisação desses serviços é uma realidade que além de trazer transtornos para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), prejudicam o atendimento aos usuários. Diante da exposta se questiona: Qual o reflexo da ausência de atendimento entre os meses de julho a agosto de 2010 nas UBS para os usuários, no município de Campina Grande-PB?

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Apresentar os resultados de uma paralisação dos servidores de saúde do PSF em Campina Grande/PB, para a população usuárias destes serviços.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Exemplificar algumas consequências para o paciente em caso de paralisação dos serviços do PSF em Campina Grande;
- b) Discutir alguns transtornos para os portadores de doenças com notificação compulsória, como tuberculose e hanseníase, enquanto tratados na UBS de Campina Grande.

4 JUSTIFICATIVA

A consolidação do SUS, como um sistema de atenção e cuidados em saúde, não é suficiente para a efetivação do direito da população à saúde. São claras as evidências que apontam para os limites da atuação de um sistema de assistência. A conquista da saúde precisa estar articulada à ação sistemática e intersetorial do Estado sobre os determinantes sociais de saúde. A melhoria das condições de saúde de grupos sociais ou de uma população pode contribuir para o crescimento econômico de diversas formas, como por exemplo, o aumento da estimativa e da qualidade de vida no município.

Manter o bom funcionamento dos PSF não é tarefa fácil e trabalhar sem condições adequadas também não, cabe então aos envolvidos na efetivação dos serviços públicos reverem estratégias apropriadas para manter este cenário desenvolvendo as ações para qual foi elaborado.

A importância deste estudo se dá pela necessidade de rever as ações das políticas sociais que executa a proposta do PSF, a saber: promoção e prevenção de doenças, dentro das quais se integra a saúde de milhares de pessoas que fazem parte deste programa, pois de acordo com as demais leis e normas que regulamentam a efetivação do PSF, destacam-se os princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade. Percebe-se a partir destes princípios o compromisso de cada município na realização deste trabalho que tem relação direta com o gestor público e suas condutas diante da tomada de decisão quando em se tratando de paralisar ou não estes serviços a execução das ações do PSF no município.

5 METODOLOGIA DA PESQUISA

A metodologia é o caminho do pensamento humano tendo sua prática exercida na abordagem da realidade social, ou seja, institui simultaneamente o método os instrumentos de operacionalização de acordo com o conhecimento, técnicas e criatividade do pesquisador, enfatizando sua experiência capacidade pessoal e sensibilidade. Assim, a metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está referida a elas. Na verdade metodologia é muito mais que técnica, ela inclui as concepções teóricas da abordagem, articulando-se com a teoria, com a realidade empírica e com os pensamentos sobre a realidade (MINAYO, 2008).

5.1 TIPO DE ESTUDO

Essa pesquisa se caracteriza como bibliográfica com abordagem quantiqualitativa, a qual foi realizado um levantamento do acervo referente ao tema estudado.

O intuito de uma pesquisa bibliográfica é colocar o cientista em contato com o que foi produzido sobre determinado assunto, inclusive através de dados concretos ou não (LAKATOS E MARCONI, 1996).

De acordo com Gil (1994, p. 71) *“A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente”*.

Sendo assim, a pesquisa bibliográfica permitiu conhecer a atualidade do debate acerca dos métodos empregados na pesquisa na área social e de saúde.

Refere-se a uma pesquisa quantitativa pela necessidade de concretizar informações estatísticas com precisão e com interpretação direta.

Segundo os autores Polit, Beck e Hungler (2004) consideram um estudo quantitativo quando o pesquisador planeja adotar estratégias para obter informações precisas e interpretáveis. Para Richardson (1999) este método garante precisão dos resultados e evita distorções de análise e de interpretação.

Adotou-se também o método qualitativo por expressar os significados de diferentes idéias que propõem uma discussão dos fatos apresentados, e como se pode inferir uma definição, na pesquisa qualitativa não há preocupação em produzir dados numéricos

manipuláveis em fórmulas matemáticas e destinados à construção de gráficos e tabelas que retratam de forma reducionista os achados de pesquisa.

Para Neves (1996, p. 1) a pesquisa qualitativa se refere a:

[...] um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam a descrever e a decodificar os componentes de um sistema complexo de significados. Tendo por objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social [...].

Com isso se percebe uma forte tendência por uma maior utilização dos métodos qualitativos de pesquisa, sobretudo no campo das ciências humanas.

5.2 CENÁRIO DA PESQUISA

Será demonstrado como cenário para a pesquisa o Programa de Saúde da Família do Município de Campina Grande/PB.

O cenário do Programa de Saúde da Família, atualmente, em Campina Grande é positivo, pois existe uma larga assistência à população no município, o que tem melhorado os indicadores de saúde e em consequência, a qualidade de vida da população usuária do serviço de saúde pública. As UBSF (Unidades Básicas de Saúde da Família) do município, na atual gestão (Prefeito Veneziano Vital do Rêgo), têm mantido equipes completas de profissionais, como médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, para o atendimento à população. O PSF municipal caminha a passos largos para alcançar 100% de cobertura de assistência à população campinense (CAMPINA GRANDE, 2010).

5.3 BASE DE DADOS

Para tanto foram consultados livros, cerca de 20 artigos científicos todos com temas pertinentes à pesquisa (gestão pública, paralisação, saúde, usuários e dificuldades e PSF) anais de congresso, manuais de Ministério da Saúde e revistas especializadas, a saber: RADIS E revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde, que tratam do assunto. Também foram incluídos alguns dados coletados em setor de estatística de Hospital Público desta cidade.

5.4 COLETA DE DADOS

O desenvolvimento da pesquisa teve exequibilidade após acesso aos dados estatísticos, as publicações e resumos dos artigos científicos da base de dados do SCIELO e Ministério da Saúde. Para iniciar a busca nas fontes de dados serão utilizado no campo de pesquisa as palavras gestão pública, PSF, continuidade da assistência e usuários. Também será necessária a leitura exploratória dos resumos e ou livros, afinando de acordo com o objetivo proposto. Durante a leitura seletiva serão excluídos artigos e publicações que não apresentam informações suficientes para atender os objetivos propostos para este estudo. Aqueles artigos separados para o estudo foram lidos continuamente, possibilitando assim melhor compreensão, identificação e análise.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram discutidos em duas etapas, no que refere aos dados quantitativos, foram organizados e analisados a partir do levantamento das informações, foi construído um banco de dados, *Word* versão 2007 e apresentados em gráficos, as quais posteriormente foram analisadas de acordo à luz da literatura para o estudo.

Os qualitativos que propõe uma avaliação por meio do conteúdo obtido, enquanto interpretados e separados de acordo com a pertinência dos conteúdos os quais demonstraram íntima relação com tema proposto para este estudo. Assim foram evidenciados apenas os resultados que demonstraram coerência e responderam aos objetivos propostos nesta pesquisa.

6 REFERENCIAL TEÓRICO

6.1 HISTÓRICO DO SUS

O processo de construção do SUS emana de um cenário marcado pela crise social que se instalou no Brasil desde a chegada dos portugueses a este território. A partir de então, estas terras foram marcadas de grande sofrimento no tocante a saúde e as condições de vida dessa população que começou a aumentar consideravelmente (BERTOLLI FILHO, 2007).

Aliado a estas condições de saúde, o compromisso governamental com os trabalhadores era de descaso, pois estes, não tinham o suficiente nem para atender suas necessidades básicas, e isto, perpetuava em um ciclo triste e vicioso regado pelo desamparo e ausência da participação governamental. Conseqüentemente o trabalhador tinha uma saúde frágil, pelas condições de vida que dispunha com os baixos salários, e assim, adoecia com facilidade. Este acometido de enfermidades vivia mal, e o resultado, uma vida produtiva abreviada que refletia no país como conseqüente pobreza nacional (BERTOLLI FILHO, 2007).

Os movimentos que discutiam nacional e internacionalmente a necessidade de uma reforma sanitária resolutiva tiveram um marco importante na história do SUS, pois foi em 1986 quando aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, que foram formuladas estratégias que mais tarde viriam a ser consolidadas em 1988, quando instituída a Constituição Federal (CF) do Brasil (CONASS, 2009).

Definida como marco na organização do Estado Brasileiro esta, trouxe em suas entrelinhas, garantias e direitos para toda sociedade e são estabelecidos como alicerces fundamentais para a consolidação do SUS. Incluídos no capítulo da saúde os artigos 196 a 200 trazem grandes inovações ao novo sistema. Identifica o artigo 196, a saúde como sendo: *“direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*. (BRASIL, p.28. 1988).

Para regular a implantação desse sistema foi aprovado em 1990 as Leis Orgânicas da Saúde (LOAS) estas, compostas pela lei nº 8.080/90 e a lei nº 8.142/90, entre vários pontos importantes esta legislação definiu os mecanismos de participação popular, controle social e as competências da União, Estados e Distrito Federal e ainda os Municípios (BRASIL, 2006a).

Na busca pela excelência no atendimento, que na realidade foi um grande avanço para a saúde, houve a necessidade de expandir o modelo da prática assistencial, centrada apenas nos hospitais, por ações de promoção, proteção e recuperação enfatizando as medidas preventivas como meios de evitar agravos à população. Surgem então as Normas Operacionais Básicas (NOB) que partindo de uma avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, são mais voltadas, em caráter imediato, para a definição de estratégias e movimentos táticos que mediam a operacionalidade deste sistema. Para tanto foram elaboradas a NOB – SUS 01/91, 01/93, 01/96 (BRASIL, 2006a).

Logo mais foram acrescentadas a legislação do SUS, as Normas Operacional de Assistência à Saúde NOAS – SUS 01/01, que buscou ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, criar mecanismos para a capacidade de gestão do SUS e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Em se tratando da NOAS – SUS 01/02, esta, assegura a manutenção das diretrizes organizativas definidas pela NOAS – SUS 01/91 e procura oferecer as alternativas necessárias à superação das dificuldades e impasses oriundos da dinâmica concreta de sua implementação (SOUZA, 2008).

6.2 O GESTOR PÚBLICO

A concretização dos programas do SUS como por exemplo, o PSF, somente se dará a partir da assunção plena, por parte dos municípios, no tocante a saúde individual e coletiva, respectivamente articuladas com os níveis regionais e centrais do SUS formam um poderoso instrumento em favor da qualidade de vida e saúde da população. O setor público de saúde do Brasil vem passando por processos de mudança, que propõem ao gestor público uma expressão concreta e efetiva como resposta aos usuários, os quais esperam dos administradores dos programas governamentais ações que respondam as suas expectativas quanto à saúde (BRASIL, 2006b).

O desafio de toda essa política que envolve o sistema de saúde brasileiro é atribuído ao gestor público, deste dependem a sobrevivência das ações propostas pelo Ministério da Saúde que têm como alvo a população, portanto deste devem partir uma atuação ética, correta e concreta, com ênfase em um modelo voltado de fato para a defesa da cidadania. Cabe aos gestores públicos uma imensa responsabilidade em uma rede de compromissos continuados de caráter assistencial e moral para como toda população usuária (BRASIL 1996).

6.2.1 Competências do Gestor Municipal

Souza (2002) especifica que os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do executivo na saúde, e declara que eles devem atuar em dois sentidos bastante imbricados: o político e o técnico.

Cabe evidenciar aqui os segmentos que compõem o conjunto de sujeitos sociais (gestores profissionais de saúde e usuários) nos diversos níveis da política de saúde. O nível local – o município – como espaço onde as práticas concretas acontecem, na maioria das vezes ainda baseadas em mecanismos tradicionais e interesses consolidados, é um nível de grande importância nos processos de descentralização, por assumir novas funções e ser lócus de mudanças. (BRASIL, 1998).

Ainda Brasil (1998) com essa linha de pensamento, acrescenta que o perfil deste gestor deverá ser delineado, considerando, entre outras, as seguintes dimensões: iniciativa, responsabilidade, bom senso, capacidade de decisão, perseverança, conhecimento atualizado e visão de futuro. Entre as outras dimensões, não citadas, destacamos a cultura democrática, a habilidade de negociar e a cultura solidária.

Brasil (1997) refere que a municipalização é um processo em curso e como tal precisa ser melhor estudada e compreendida nos seus aspectos positivos e avanços, mas também em suas limitações, contradições e dificuldades para que estratégias de apoio e desenvolvimento institucional possam ser desenvolvidas. A partir da década de 1990, o Ministério da Saúde (MS) tem se utilizado de Normas Operacionais para balizar o funcionamento do SUS, em particular as crescentes responsabilidades assumidas pelos municípios e os mecanismos de pactuação intergestores. Entre estas, duas são especialmente importantes: as Normas Operacionais Básicas (NOB) 01/93 e 01/96.

A NOB 01/93 estabeleceu, entre outras coisas: o repasse regular e automático, fundo a fundo (do MS para os municípios), por teto histórico; a criação das instâncias colegiadas de direção do sistema como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) composta por representantes do MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), no âmbito nacional e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) composta por representantes do estado, do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), no âmbito estadual; reforçou a exigência da Lei 8.142 de que os estados e os municípios constituíssem seus fundos, conselhos, planos, relatórios e contrapartida de recursos; estabeleceu os critérios de

habilitação dos municípios em gestão incipiente, parcial e semiplena dos sistemas municipais de saúde (BRASIL, 1997).

Para investigar a extensão dessa reforma, é preciso avaliar qual é a presença dos municípios na realização das funções acima apontadas, o que implica considerar alguns traços característicos daqueles que se propõem a assumir a gestão da política de saúde e suas relações com os níveis regionais e estaduais de gestão do sistema. Tais características estão relacionadas a questões de diversas naturezas e envolvem capacidades administrativas e financeiras dos governos locais. (ARRETCHE et al. 2002).

6.2.2 Competências do Gestor Estadual

Esse gestor estadual, especialmente a partir da implantação da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS, em 2002, teve sua responsabilidade ampliada, uma vez que a regionalização da atenção à saúde adquire espaço na agenda do SUS e ele deve ser o grande articulador e gerente do processo. É necessário diferenciar essa atuação em pelo menos duas frentes: o papel como “articulador” do sistema e como prestador de serviços de saúde. (BRASIL, 1998).

Instância de gestão é aquela que sofre o maior impacto no processo de descentralização ao ter o estado, seu papel original de executor de ações e de contratante de serviços privados e filantrópicos substituído por uma função de coordenação, apoio e regulamentação do sistema estadual de saúde (COSTA, 2001).

Segundo a NOAS (2002) os municípios que tiverem em seu território serviços de alta complexidade ou custo elevado, quando habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão desempenhar as funções referentes à organização dos serviços de alta complexidade em seu território, para assegurar o comando único sobre os prestadores. A programação da Atenção de Alta Complexidade deverá ser precedida de estudos da distribuição regional de serviços e da proposição pela Secretaria Estadual de Saúde – SES de um limite financeiro claro para seu custeio. O Plano Diretor de Regionalização apontará as áreas de abrangência dos municípios-pólo e dos serviços de referência na Atenção de Alta Complexidade.

Nessa nova ênfase atribuída à regionalização e ao papel do gestor estadual, destaca-se que caberá a ele a coordenação da Programação Pactuada e Integrada no âmbito do Estado, por meio do estabelecimento de processos e métodos que assegurem, dentre outras, a

operacionalização do Plano Diretor de Regionalização e de estratégias de regulação do sistema, mediante a adequação de critérios e instrumentos de alocação e pactuação dos recursos assistenciais e a adoção de mecanismos que visem regular a oferta e a demanda de serviços, organizar os fluxos e garantir o acesso às referências. (NOAS 2002).

A garantia de acesso da população aos serviços não disponíveis em seu município de residência é de responsabilidade do gestor estadual, de forma solidária com os municípios de referência, observados os limites financeiros, e ele deverá organizar o sistema de referência, utilizando mecanismos e instrumentos necessários, compatíveis com a condição de gestão do município onde os serviços estiverem localizados.

6.3 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Nos últimos dez anos, é inegável que o SUS passou por transformações importantes comparáveis aos vários momentos de modernização dos setores produtivos no Brasil. Apontando para inclusão social se defini a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde quando, a partir da reformulação do arcabouço constitucional, ficam inscritos os princípios de universalidade, equidade e integralidade das ações, o que garante a qualquer cidadão, em território nacional, ser atendido pela rede de serviços públicos de saúde. No que diz respeito ao fortalecimento da atenção básica, o avanço caracterizou-se pelo incentivo às ações consideradas estratégicas, dentre as quais a expansão do PSF (BRASIL, 2008b).

O PSF foi formulado pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS) no ano de 1993, e no final de do ano de 2002 já estava implantado em 4.114 municípios brasileiros. Conta com 16.192 equipes de saúde da família e faz a cobertura de 53 milhões de pessoas. Em virtude da importância que o PSF adquire por sua expansão e difusão, pelo seu potencial de inclusão de parcelas crescentes da população brasileira na assistência em saúde e pelo considerável contingente de trabalhos envolvidos, busca-se refletir sobre o trabalho das equipes do programa, utilizando-se como referencia a teorização sobre o processo de trabalho em saúde. (RIBEIRO; et al, 2007).

Ainda Ribeiro et al, (2007) refere que este se iniciou em 1994, como programa proposto pelo governo federal a todos os municípios para implementar a atenção básica. O PSF é tido como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência, promoção da saúde,

prevenção de doenças e reabilitação. E traz, portanto, muitos desafios, todos a serem superados para consolidar-se para sua finalidade. No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a estratégia da saúde da família vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

O PSF, modelo de saúde incipiente no país, por um lado, propicia às equipes multiprofissionais de saúde, uma ação ampliada e planejada, elegendo um campo de atuação estratégico: o domicílio e a comunidade, conforme o perfil epidemiológico desenhado; por outro, favorece e incentiva a maior participação da comunidade nos assuntos da saúde. Nesse sentido, pode haver maior integração entre o serviço e a comunidade e, conforme o trabalho educativo investido, o PSF leva tanto o serviço de saúde como a comunidade a romperem com as atitudes passivas e viciadas do “cuidar”, as quais são próprias do modelo biológico de saúde vigente (MONTEIRO, 2000).

6.3.1 Atribuições comuns a todos os profissionais que integram as equipes

As atribuições dos profissionais pertencentes à equipe podem ser complementadas pela gestão local, contudo são estabelecidas pela Portaria N° 648, de 28 de Março de 2006, segue: (BRASIL, 2006c).

1. Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
2. Realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
3. Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
4. Garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
5. Realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
6. Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

7. Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
8. Participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
9. Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
10. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;
11. Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;
12. Participar das atividades de educação permanente; e
13. Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

6.3.2 Implantação do PSF no Município de Campina Grande

A população do município de Campina Grande é de 376.133 habitantes distribuídos em 641 km² e três distritos: Galante, São José da Mata e Catolé de Boa Vista (Campina Grande, 2007). É sede do Terceiro Núcleo Regional de Saúde (NRS), unidade da divisão geopolítica administrativa estadual, constituindo-se numa macrorregional de saúde que congrega 70 municípios, sendo referência para os serviços de saúde, ainda, para os estados de Pernambuco e Rio Grande do Norte. O município segue as normas emanadas pelo Pacto pela Saúde 2006 , portaria nº. 399/GM, do MS, de 22 de fevereiro de 2006 (LEITE; VELOSO, 2009).

O município está dividido em seis distritos sanitários. A distritalização é uma estratégia de descentralizar os serviços de saúde e tem como objetivo transformar as práticas sanitárias. Infelizmente, no caso específico de Campina Grande, observamos que a distritalização apresenta apenas um caráter topográfico, ou seja, faz-se a partir do critério da manutenção da continuidade territorial e do equilíbrio populacional entre os distritos. Destacamos que o PSF foi implantado no município de Campina Grande mirando-se na experiência da cidade de Niterói/RJ com o projeto “Médico da Família”, baseado no modelo cubano de atenção básica à saúde (LEITE; VELOSO, 2009).

Por se tratar de uma proposta ousada e inovadora, uma vez que implica uma mudança de paradigma de atenção à saúde, a fase de implantação e consolidação do Programa apresentou (e ainda apresenta) inúmeras dificuldades, tais como falta de definição precisa no tocante aos serviços de referência e contra-referências; ausência, no período da implantação,

do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), visto que este só foi criado em Campina Grande em 1995; e, além disso, a maioria dos profissionais selecionados para atuar no programa não apresentava perfil para trabalhar na estratégia (GUIMARÃES, 2006).

O PSF foi implantado, seguindo orientação do Ministério da Saúde, com uma equipe mínima composta de um médico, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem para cada grupo de 600 a 1000 famílias. Os agentes comunitários de saúde (ACS) foram incorporados no ano de 1995, como já explicitado, sendo em número de cinco a seis por equipe, vindo a beneficiar e contribuir com o trabalho realizado pelas equipes do PSF (LEITE; VELOSO, 2009).

Os critérios utilizados na seleção dos bairros onde seria implantado o Programa tiveram por base dados epidemiológicos, tais como: altos índices de desnutrição e mortalidade, carência de acesso aos serviços de saúde, entre outros (CAMPINA GRANDE, 1995).

A seleção dos profissionais que trabalhariam no Programa se deu através de um processo seletivo simplificado, constando de uma prova escrita, uma dissertação sobre um tema pertinente ao Programa, além de uma entrevista e prova de títulos. Destacamos que o interesse, por parte dos profissionais, em participar da seleção foi considerado elevado. Conforme ressalta Guimarães (2006), tal fato se explica pelos salários ofertados, os quais superavam os vencimentos oferecidos em outros serviços. Foram selecionados, nessa época, médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. A contratação dos profissionais se realizou pelo regime celetista Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), mediante convênio com a Associação de Moradores da área onde trabalhavam.

De acordo com Farias (2005), essa contratação representa um avanço no que se refere à situação quase universal de precarização dos trabalhadores do Programa Saúde da Família no país, que expõe o trabalhador a ingerências políticas das lideranças comunitárias contratantes.

Os agentes comunitários de saúde, no entanto, foram bolsistas durante quase nove anos, sem nenhum direito trabalhista. Em julho de 2004, foram contratados pela prefeitura por um período de dois anos, com a promessa de que passariam a ter garantidos os direitos previstos na CLT. Atualmente, esses trabalhadores pertencem ao quadro de funcionários do município.

Os candidatos selecionados foram submetidos a um treinamento por um período de duas semanas, no qual foram discutidos temas relativos à proposta do Programa, ao

relacionamento com a Comunidade, à atenção primária em saúde, à legislação do SUS, e às visitas às comunidades (CAMPINA GRANDE, 1995).

A expansão do Programa foi bastante lenta, tornando-se mais expressiva apenas nos anos de 2001 e 2002, quando foram implantadas mais de 26 novas equipes, privilegiando a cobertura do atendimento da população rural do município. Existem, atualmente, no município 88 equipes, alcançando uma cobertura de 72% da população (CAMPINA GRANDE, 2010).

De acordo com Brasil (2008) os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF's) são compostos por profissionais de diversas áreas do conhecimento, que compartilham a construção de práticas em saúde. Apesar de a estratégia Saúde da Família em Campina Grande ter sido reconhecida como uma experiência exitosa pelo Ministério da Saúde, nos dias atuais ela vem enfrentando grandes obstáculos, principalmente no tocante à gestão.

6.4 DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Corresponde a doenças ou agravos à saúde que devem ser notificados à autoridade sanitária por profissionais de saúde, para fins de adoção de medidas de controle pertinentes. Em alguns casos, como na vigilância das paralisias flácidas e do sarampo, é necessário notificar a não ocorrência da doença - Notificação Negativa. As ações preventivas e de controle são norteadas pelas notificações recebidas. Algumas doenças exigem atenção especial da vigilância epidemiológica. Além disso, o acompanhamento dos casos possibilita identificar a ocorrência de surtos e epidemias, como também definir medidas para o controle e para a prevenção.

A detecção precoce dos surtos e epidemias deve ocorrer rapidamente e o sistema de vigilância epidemiológica local também deve ser bem estruturado, com acompanhamento constante da situação geral de saúde e da ocorrência de casos de cada doença e agravo sujeito à notificação. Essa prática possibilita a constatação de qualquer indício de elevação do número de casos de uma patologia, ou a introdução de outras doenças não incidentes no local e, conseqüentemente, o diagnóstico de uma situação epidêmica inicial para a adoção imediata das medidas de controle. Em geral, esses fatos devem ser notificados aos níveis superiores do

sistema para que sejam alertadas as áreas vizinhas e/ou para solicitar suas colaborações, quando necessária (BRASIL, 2005).

Brasil (p. 21, 2005) ainda comenta que:

O caráter compulsório da notificação implica responsabilidades formais para todo cidadão, e uma obrigação inerente ao exercício da medicina, bem como de outras profissões na área da saúde. Mesmo assim, sabe-se que a notificação nem sempre é realizada, o que ocorre por desconhecimento de sua importância e, também, por descrédito nas ações que dela devem resultar. A experiência tem evidenciado que o funcionamento de um sistema de notificação é diretamente proporcional à capacidade de se demonstrar o uso adequado das informações recebidas, de forma a conquistar a confiança dos notificantes.

A Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010 define as terminologias adotadas em legislação nacional em lista de notificação compulsória (ANEXO A), conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005) a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.

6.5 O DIREITO AO EXERCÍCIO DE GREVE DO SERVIDOR PÚBLICO

O ser humano é por natureza um trabalhador. A condição objetiva da existência humana é o trabalho, não só o simples esforço, mas também aquele que se traduz na produção. A atividade humana é a base da construção da vida social, pois, a forma como ela é explorada no processo produtivo determina o contorno do desenvolvimento social (DAMIA, 2002).

A evolução da sociedade é na realidade, sinônimo de sujeição ao trabalho, isto é devido a prioridade do valor atribuído a este, pois é através do trabalho que o homem se integra em meio a sociedade e adquire a dignidade de partilhar seus direitos e deveres como ser social.

À medida que o trabalho exercido pelo homem traz um produto de insatisfação seja por condições precárias na realização do exercício diário, seja por baixos incentivos salariais, este reproduz socialmente sua insatisfação através dos movimentos sociais grevistas. Sendo este direito garantido a todas as categorias, seja esta privada ou mesmo no serviço público.

O direito de greve para os servidores públicos está previsto em Brasil (1988, p. 18) no do art. 37 da Constituição Federal que descreve:

Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte: (...)

VII - o direito de greve será exercido nos termos e nos limites definidos em lei específica;

Este artigo está inserido no capítulo da Constituição que cuida da Administração Pública (Capítulo VII, do Título III). Tal previsão diferenciada decorre do regime jurídico diferenciado que se dispensa ao serviço público, que sempre deve atender aos interesses da coletividade.

Damia (2002, p.04) faz referencia a este assunto e comenta que:

De nada adianta reconhecer que o direito de greve para os servidores públicos existe e é assegurado pela Constituição Federal, como se pode aferir de inúmeros julgados dos nossos tribunais, se o seu exercício não é permitido, ou, se exercido, é penalizado. Não é razoável que um direito reconhecido e não regulamentado há mais de dezoito anos, não possa ser exercido. Não é razoável que, inobstante isso, o seu exercício venha acompanhado de descontos salariais recebidos como legais e irrepreensíveis pela maioria das decisões judiciais.

O direito de greve é uma conquista social e um direito fundamental de todo trabalhador, e alcança a todos, seja da rede privada ou pública, e se a lei específica a que se refere o inciso VII, do art. 37, da CF não foi editada, é perfeitamente cabível o uso da Lei 7.783/89 até que aquela sobrevenha, até porque, embora referida lei regulamente o direito de greve entre o empregado e o empregador, traz também, disposições que atendem ao interesse social, isto é, interesse da coletividade, que se insere no conceito de interesse público primário (DAMIA, 2002).

No entanto, afirma Fernandes (2007) que pelo princípio da continuidade dos serviços públicos, entende-se que o serviço público, sendo a forma pela qual o Estado atende às necessidades da coletividade, não pode ser interrompido, devendo, ao contrário, ter normal continuidade.

E ainda, Gasparini (2006, p.17) explica que "*os serviços públicos não podem parar porque não param os anseios da coletividade*", afirmando, em seguida, que "*os desejos dos administrados são contínuos*".

A Lei nº. 7.783/89 define, em seu artigo 10, algumas atividades ou serviços considerados essenciais:

Art. 10 São considerados serviços ou atividades essenciais:

- I - tratamento e abastecimento de água; produção e distribuição de energia elétrica, gás e combustíveis;
- II - assistência médica e hospitalar;
- III - distribuição e comercialização de medicamentos e alimentos;
- IV - funerários;
- V - transporte coletivo;
- VI - captação e tratamento de esgoto e lixo;
- VII - telecomunicações;
- VIII - guarda, uso e controle de substâncias radioativas, equipamentos e materiais nucleares;
- IX - processamento de dados ligados a serviços essenciais;
- X - controle de tráfego aéreo;
- XI - compensação bancária.

Assim, conforme Fernandes (2007) os serviços públicos essenciais podem ser considerados como aqueles que são indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, ou seja, das necessidades que coloquem em perigo iminente a sobrevivência, a saúde ou a segurança da população, trazendo o citado artigo 10 da lei de greve apenas um rol exemplificativo.

7 HISTÓRICO DO MOVIMENTO GREVISTA EM CAMPINA GRANDE/PB

Através de informações colhidas a partir do site do Sindicato dos Trabalhadores Públicos Municipais do Agreste da Borborema (SINTAB), foram gerados neste estudo alguns dados sobre o movimento grevista dos servidores Municipais de Saúde.

Vale ressaltar que todas as informações expostas neste estudo, no que se refere ao movimento grevista que ocorreu no Município de Campina Grande entre julho e agosto de 2010, são de inteiro teor do site do SINTAB (www.sintabpb.com.br) e ainda, www.paraibal.com.br acessados em: 29 de setembro de 2010.

7.1 INICIO DO MOVIMENTO GREVISTA

Em 14 de julho de 2010 segunda-feira cerca de 6 mil servidores da Prefeitura Municipal de Campina Grande devem cruzar os braços por tempo indeterminado. De acordo com o Sindicato dos Trabalhadores Públicos Município do Agreste da Borborema (SINTAB), o principal ponto de reivindicação é o aumento de 39,83% retroativo de 1º de maio para os servidores que recebem acima do mínimo.

O presidente do SINTAB, Napoleão Maracajá, disse que os servidores não optaram primeiramente pela greve. “Nós realizamos duas paralisações, nos dias 19 de maio e 2 de junho, mas o governo foi indiferente e não apresentou nenhuma proposta. Então não vimos outra alternativa, só a greve” explicou.

Napoleão Maracajá acredita que cerca de 80% dos servidores vão aderir ao movimento grevista. “As secretarias vão parar e cerca de 6 mil servidores devem aderir a greve”, informou. O presidente do SINTAB garantiu ainda que 30% dos serviços serão mantidos durante o movimento.

7.2 REIVINDICAÇÕES

Os servidores públicos municipais de Campina Grande querem reajustes salariais e melhorias nas condições de trabalho, especialmente para garis, vigias e agentes comunitários de saúde. A principal reivindicação é o aumento de 39,83% retroativo de 1º de maio para todos os servidores que recebem acima do salário mínimo.

De acordo com o SINTAB, o valor é referente às perdas em relação ao salário mínimo entre os anos de 2005 e 2010. A manifestação também vai pedir o pagamento do retroativo da insalubridade dos garis correspondente a 40% e instalações de banheiros, bebedouros, pias nos ambientes de trabalho dos agentes de limpeza.

Outras reivindicações são: gratificação de risco de vida para os vigias; pagamento dos agentes comunitários de saúde dentro do mês trabalhado; aprovação do Plano de Cargos, Carreira e Remuneração (PCCR) dos servidores da saúde; aprovação das propostas de reformulação do PCCR do magistério; e pagamento dos terços de férias que estariam atrasados.

7.3 ILEGALIDADE

Dando seqüência a estratégia de criminalizar os movimentos sociais reivindicatórios, a justiça decretou a greve dos servidores de Campina Grande ilegal. Os Desembargadores que julgaram a ilegalidade recebem salários de mais de vinte e cinco mil reais, contam com todo tipo de mordomias e privilégios e foram indicados por políticos para manter as injustiças e os privilégios das elites que vivem confortavelmente à custa da miséria de milhares de paraibanos (SINTAB [2010]).

Através de despacho do então juiz substituto do Gabinete da Desembargadora, o Tribunal de Justiça da Paraíba decretou nesta tarde de terça-feira, 10 de agosto de 2010, a ilegalidade da greve dos servidores públicos municipais. O pedido de ilegalidade foi impetrado pela Procuradoria Geral da Prefeitura Municipal, através do procurador em exercício neste período. Segundo ele, ainda foi determinado o retorno imediato dos funcionários às repartições de origem, sob pena de aplicação de multa diária de R\$ 5 mil ao Sindicato que representa a categoria (SINTAB [2010]).

O Procurador adverte que os funcionários devem retornar ao trabalho já a partir da data da decisão do Tribunal de Justiça, sob pena de corte do ponto, como também desconto referente aos dias não trabalhados e ainda a abertura de procedimento administrativo

disciplinar para exclusão dos mesmos. Adverte ainda o procurador que os servidores que estiverem em estágio probatório, da mesma forma devem voltar ao trabalho, sob pena de exoneração sumária (SINTAB [2010]).

7.4 FIM DA GREVE

A greve dos Servidores Públicos Municipais de Campina Grande, foi marcada por muita revolta com a postura antidemocrática, antiética e autoritária do Governo Veneziano. A greve que teve início no dia 14 de julho e suspensa na quinta-feira, 12 de agosto, só aconteceu porque o Prefeito Veneziano não quis dialogar com a direção com os servidores nem discutir os graves problemas que os mesmos enfrentam, os baixos salários e as péssimas condições de trabalho (CAMPINA GRANDE, 2010).

Os servidores da saúde que fazem de tudo para atender bem a população, mas lhes faltam as mínimas condições, falta remédio para controlar hipertensão e diabetes etc. Foram 59 dias para denunciar o descaso e o sucateamento de postos de saúde, de creches e escolas. E ainda declara o Sindicato que a greve foi suspensa, porém, a luta da categoria certamente irá continuar (CAMPINA GRANDE, 2010).

7.5 SINTAB CONVOCA ASSEMBLÉIA DOS SERVIDORES DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO.

A greve dos servidores de Campina Grande foi suspensa por imposição da justiça que desconsiderou a justeza das reivindicações e a falta de diálogo do governo. Suspendemos a greve, mas a luta continua de diversas formas, inclusive com a possibilidade de decretarmos outra greve. Dos 28 pontos da pauta de reivindicações, nenhum foi resolvido. Enquanto existir pendências salariais, nas condições de trabalho e enquanto persistir a falta de respeito do Governo, as mobilizações continuarão e a luta caminhará firme e forte (SINTAB [2010]).

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para que se pudesse obter um entendimento mais acurado do tema, que é complexo foi necessário essa busca em fontes variadas, ou seja, de naturezas diversas e, em razão disso, chegar a um conhecimento mais abrangente do objeto pesquisado.

Com o intuito de demonstrar os resultados da paralisação dos servidores de saúde do PSF para a população usuárias destes serviços, neste capítulo, serão objeto de análise e discussão os achados pela pesquisadora durante leitura exploratória das publicações e artigos científicos sobre o PSF e o movimento grevista.

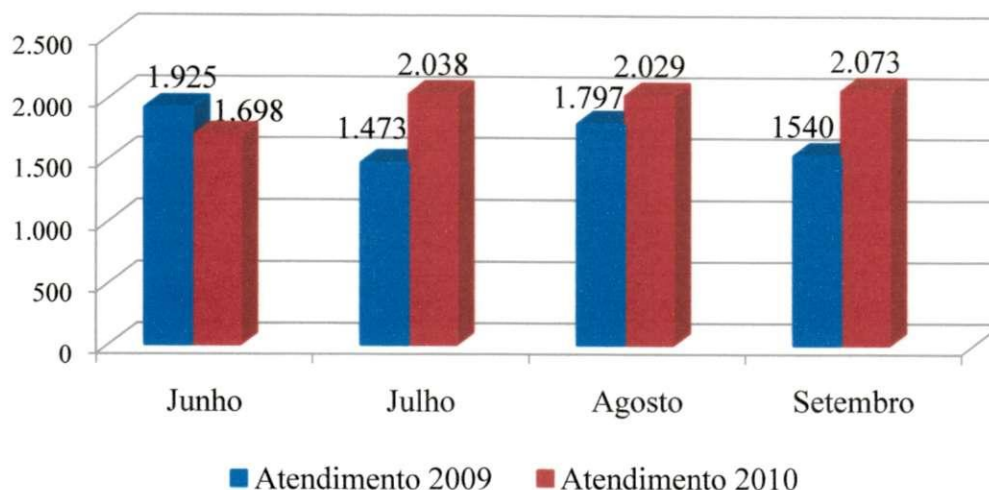
Os achados do presente estudo revelaram percentual expressivo em relação aos dados estatísticos do hospital público que demonstra possivelmente, a busca do usuário pelo atendimento na rede hospitalar, onde foram colhidos o percentual de atendimento nos meses anteriores, subseqüentes e posteriores à paralisação dos servidores municipais de saúde do Município de Campina Grande.

8.1 CONSEQÜÊNCIAS PARA O PACIENTE EM CASO DE PARALISAÇÃO DOS SERVIÇOS DO PSF

8.1.1 A busca pelo atendimento na rede hospitalar

Gráfico 01: Referente ao número de atendimento do Pronto Atendimento Infantil de 2009 e 2010 nos meses de junho a setembro.

PRONTO ATENDIMENTO INFANTIL 2009 E 2010



Fonte: Hospital Público de Campina Grande, 2010.

O gráfico 01 exposto acima demonstra uma estatística referente aos meses de junho a setembro de 2009 e 2010, faz um levantamento do número de atendimento neste período, comparando se houve ou não aumento da demanda de usuários por serviços de saúde.

Nota-se que no mês de junho, de acordo com histórico grevista que antecede a paralisação dos serviços do PSF, comparando com o ano anterior (2009) não houve aumento e sim diminuição no atendimento, no entanto, nos meses de julho a agosto houve aumento significativo que evidencia uma porcentagem de 38,4% (julho) e 12,9% (agosto) na procura pelos serviços hospitalares, e ainda no mês de setembro que apresenta um aumento de 34,6% referente ao ano anterior.

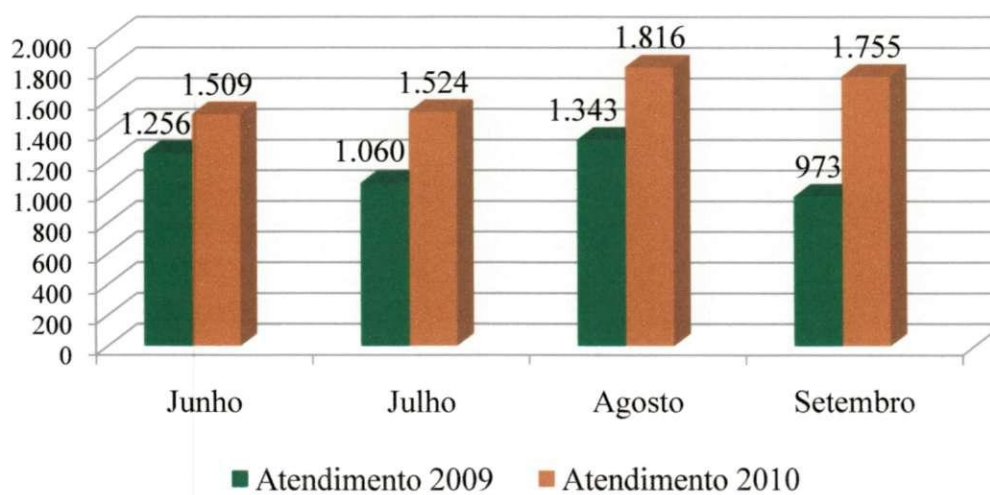
A paralisação dos serviços de saúde traz aos usuários a alternativa pelos serviços hospitalares que acabam por sufocarem o atendimento que deveria ser direcionado aos casos de média e alta complexidade. Coelho (2010) comenta sobre este assunto e refere que a oferta adequada de atenção primária à saúde é fator importante para evitar atendimento hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial. E propõe que há necessidade de organizar a rede de cuidados para melhorar a articulação entre diferentes esferas de atenção a saúde.

Descreve também o mesmo autor que se faz presente o desafio de garantir atendimento à população historicamente desassistida e, ao mesmo tempo, implantar

programas que possam atender integralmente as necessidades de saúde dos usuários da atenção básica.

Gráfico 02: Referente ao número de atendimento do Pronto Atendimento Adulto de 2009 e 2010 nos meses de junho a setembro.

PRONTO ATENDIMENTO ADULTO 2009 E 2010



Fonte: Hospital Público de Campina Grande, 2010.

De acordo com o gráfico 02 que apresenta os dados estatísticos relacionados ao número de atendimento do Pronto Atendimento Adulto nos meses referentes à greve, o aumento no ano de 2010 é evidente, nota-se que mês a mês há um significativo acréscimo no percentual de atendimento. No mês inicial ao movimento (julho) a procura pelos serviços da rede hospitalar chegou a um percentual de 43,8% chegando a até 80,4% no mês em que finalizou a greve dos profissionais do município.

Porém a partir de informações colhidas no Hospital Público no setor de estatística, o atendimento aos adultos (com idade igual ou superior a 16 anos) estava prejudicado no ano de 2010, pois a deficiência quanto aos profissionais médicos traz outro tipo de transtorno aos pacientes, neste serviço, apenas dois dias na semana e um no final de semana havia disponibilidade de clínico para atender a essa demanda.

A elevada procura pelos serviços de pronto atendimento, significativamente superior à capacidade de oferta e por motivos que poderiam ser atendidos nas unidades básicas, tem sido motivo de discussões sobre a organização do sistema, como a integração entre os níveis de atenção e as responsabilidades de cada nível.

8.1.2 A possibilidade de automedicação

Conceitua-se automedicação como sendo o uso de medicamentos sem prescrição médica, onde o próprio paciente toma a decisão de qual fármaco irá utilizar. Inclui-se nessa escolha genérica a orientação de medicamentos por pessoas não habilitadas, como amigos, familiares ou balconistas da farmácia. Outro termo que também é utilizado é a automedicação orientada, que se refere à reutilização de receitas antigas sem que elas tenham sido emitidas para uso contínuo (PAULO; ZANINE, 1988).

Este é um fenômeno potencialmente nocivo à saúde tanto do indivíduo como de toda coletividade, pois nenhum medicamento é inofensivo ao organismo. O uso indiscriminado de substâncias e até mesmo drogas consideradas comuns pela população, como por exemplo, os analgésicos e antibióticos, que podem acarretar diversas conseqüências como resistência bacteriana, reações de hipersensibilidade, dependência, sangramento digestivo, e ainda aumentar o risco para determinadas neoplasias. Além disso, o alívio momentâneo dos sintomas encobre a doença de base que passa despercebida e pode, assim, progredir (LEFÈVRE, 1987).

Em pesquisa sobre o consumo de medicamentos, realizada por Vilarino et al (1998), no ano de 1994, na zona urbana do Município de Santa Maria (RS), com um número de 413 entrevistados entre o ano de 1994 e 1995 nos meses de novembro a janeiro, Dos 413 entrevistados, 289 (69,9%) usaram algum medicamento por conta própria. Desses, 220 se automedicaram pelo menos uma vez (76,1%) e 69 estavam orientados por receita médica atualizada todas as vezes que se medicaram (23,9%).

O mesmo autor refere quanto aos serviços de saúde que:

Dos que se automedicaram 106 dispunham apenas do Sistema Único de Saúde (SUS) (48,2%), 89 contavam com um convênio privado de saúde (40,4%) e 25 com mais de um convênio (11,4%). Entre os que se medicaram corretamente, 38 só contavam com o SUS (55,1%), 27 possuíam um convênio privado além do SUS (39,1%) e 4 tinham mais de um convênio (5,8%) (VILARIN, et al, 1988, p. 45).

Nota-se a partir dos dados expostos que o número de pessoas com maior índice de automedicação, esta relacionado aos usuários dos serviços públicos de saúde, este dados também reflete a possibilidade de maior dificuldade ao acesso para estes serviços. No Brasil, onde a saúde pública não tem recebido recursos orçamentários adequados e cuja estrutura

organizacional representada pelo SUS não alcançou patamar suficientemente eficiente, poder-se esperar que a demanda por saúde nas classes que dependem desse sistema estariam mais sujeitas a se automedicar (VILARIN et al, 1988).

8.1.3 A falta de credibilidade dos serviços por parte dos usuários

O fato de ocorrer um movimento grevista nos serviços municipais de saúde não quer dizer que apenas este fato provoca indignação e falta de credibilidade destes, porém pode ser um fator agravante na opinião pública, visto que a situação de saúde no país caminha a passos lentos para se tornar um serviço de qualidade, e nessa mesma linha de pensamento Puccini e Cecílio (2009) comentam que a subjetividade e dignidade dos usuários, como também dos trabalhadores da saúde devem ser colocadas como um direito inalienável. Não se pode admitir que a saúde seja compreendida como um pacote de oferta pelo mercado, na qual se trabalha a doença em detrimento das reais necessidades de saúde, bem como de promoção da saúde.

Em estudo realizado por Coelho, et al (p. 440 a 452, 2010) em seis Unidades Básicas de Saúde (UBSF) de Fortaleza foram entrevistados 30 usuários que fizeram comentários a respeito da ambiência, garantia de atendimento, acesso aos serviços especializados do serviço e ser ouvido em suas necessidades, entre estes destacam-se:

(D1) “Deveria ser um trabalho que tenha condições da pessoa trabalhar, aqui falta até papel para receita [...], deveria ter mais espaço no posto; é muito pequeno.”

(D2) “Quem marca a consulta deve ser atendida no dia marcado e não dois meses depois.”

(D3) “Ter prioridade quando se chega com febre, tiver mais recursos no atendimento, mais gente trabalhando.”

(D4) “[...] conseguir encaminhamento e não ter que esperar anos para ter atendimento especializado.”

(D5) “Quando a gente precisa de encaminhamento para especialista ou exames, demora muito.”

(D6) “Deveria ter um bom tratamento por parte do pessoal do posto, responder direito, olhar para a cara da pessoa, saber quem é.”

(D7) “Deveria ter profissionais qualificados para atender, ser simpático.”

No discurso (D1) nota-se que o usuário está atento a todos os detalhes dos serviços a que lhe são ofertados e referem suas opiniões sejam elas condizentes ou não com a realidade apresentada, nesta unidade básica, o pesquisador observou que esta, era uma exceção, pois sua estrutura física era confortável o ambiente espaçoso e as salas bem equipadas. Quanto as outras queixas o usuário demonstra o desejo de ao menos, a garantia de serem atendidos na data, e receber um acolhimento humanizado na trajetória de seu processo saúde-doença (COELHO, et al 2010).

Em estudo realizado por Pontes et al (p. 500 a 507, 2009), em hospital geral de grande porte do estado do Rio de Janeiro, que representa atendimento em várias especialidades ambulatoriais e de internação, foram entrevistados um total de 20 (vinte) usuários, cada um com sua opinião já formada sobre os serviços públicos de saúde:

(D1) “Tem que ter muita paciência, muita paciência, acordar de madrugada. Então tem que ser muito paciente e querer o melhor para si”.

(D2) “É precário. O SUS é precário, é muito precário.”

(D3) “[A saúde como obrigação do Estado] É uma obrigação deles. Nós sabemos disso, mas às vezes, fica um pouco precária em certa área, em certo local.”

(D4) “É tendo encaminhamento é isso, vai, mas tem uns que não aceitam, outros dizem que não aceitam, que tem que procurar outros hospitais. Aí fica um jogo de empurra-empurra.”

(D5) “Você não consegue marcar uma consulta se não tem encaminhamento”.

Ponte et al 2009, ainda destaca a importância de o sistema local de saúde (PSF) tornar-se capaz de oferecer respostas efetivas às pessoas que buscam os serviços públicos de saúde, proporcionando a resolutividade necessária na vigência dos agravos. Neste sentido, é imprescindível articular atividades de saúde coletiva com ações de assistência clínica nos serviços de atenção básica, bem como estabelecer esses serviços como porta de entrada dos sistemas locais de saúde, conforme previsto na legislação pertinente.

Em ambos os casos apresentados os usuários demonstram insatisfação dos serviços do SUS, seja na Atenção Básica, seja no âmbito hospitalar, estes relatos foram realizados em com propósito de evidenciar a opinião do usuário com relação aos serviços ofertados pelo SUS, e não foi citada a opinião dos usuários com relação à greve nos serviços públicos.

O que deve direcionar o funcionamento do grupo é a harmonia de objetivos e ações compatíveis com as metas que se pretende alcançar. Trabalhar em equipe não significa a existência de pessoas trabalhando ao mesmo tempo em um espaço físico, mas sim trabalhar lado a lado, conhecendo o papel que cada um desempenha e sabendo da importância que cada

um tem no desenvolvimento do projeto como todo. Em cada momento, em cada ação e em cada setor, um elemento terá sua participação mais ou menos destacada e, respeitadas as especificidades profissionais, todos terão o mesmo peso para o sucesso da empreitada (JARDIM; SOUSA; MONEGO, 1996).

8.2 TRANSTORNOS PARA OS PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA, COMO HANSENIASE E TUBERCULOSE, NO PERÍODO DE PARALISAÇÃO.

O Brasil ocupa o 16º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% dos casos estimados de tuberculose (TB) no mundo e é prioritário para a implementação e expansão da estratégia para o Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração para o controle da doença. Atualmente, as políticas de saúde consideram esse controle como responsabilidade dos municípios brasileiros e reconhecem as ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) como competência da Atenção Básica a para melhoria do acesso às ações de diagnóstico e tratamento da doença (MONROE, et al, 2008).

Nesta perspectiva Muniz et al (2005) descreve que o PCT no Brasil introduz novas possibilidades de intervenção na sua proposta de trabalho, contando com as estratégias de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde. E sugere também que tal parceria pode vir a contribuir para expansão das ações do PCT, pois estas estratégias têm a família e o domicílio como instrumento de trabalho. Nesta perspectiva, o Plano dá ênfase na atuação das equipes do ACS e PSF como instrumento para melhorar a adesão terapêutica e evitar o abandono ao tratamento.

8.2.1 Abandono ao tratamento por parte do paciente

Brasil (2008) define como abandono paciente que não completou o número de doses no prazo previsto e que não compareceu ao serviço de saúde nos últimos 12 meses (Brasil, 2008, p. 93).

Com o movimento grevista, apenas 30% da equipe permanece na ativa, fazendo um trabalho voltado que deve ser voltado para toda equipe, visto a precariedade no atendimento, abandonar o tratamento é uma consequência, que traz ao paciente complicação do quadro clínico.

Em estudo realizado por Ferreira; Silva e Botelho (p. 428, 2005) no período de 98 a 00 no Município de Cuiabá nas dezoito unidades de saúde que possuíam o Programa de Controle da Tuberculose, “a incidência de indivíduos bacilíferos notificados foi de 27,9/100.000 habitantes, sendo que 72,6% [de 100% dos casos estudados] apresentaram cura, 16,6% abandono de tratamento e 5,7% óbito”.

Neste mesmo estudo, se observou que os pacientes que abandonaram o tratamento foram exatamente os casos em que não houve acompanhamento supervisionado pela equipe, porém no estudo não foram reatadas as causas pelas quais estes pacientes não receberam a contínua assistência da Equipe de Saúde.

Com relação aos casos de hanseníase em pesquisa realizada por Trindade et al (p. 58, 2009) em João Pessoa/PB, de 100% dos casos identificados, 92,3% abandonaram o tratamento, o mesmo autor comenta que:

O abandono e a irregularidade do tratamento contra a hanseníase sempre causaram preocupações, já que podem implicar manutenção da cadeia de transmissão e surgimento de seqüelas e incapacidades, além de resistência à PQT. No estado da Paraíba, apesar das estratégias padronizadas pelo Programa de Controle da Hanseníase, a doença ainda não foi eliminada e alguns indicadores operacionais, como o abandono do tratamento, precisam ser analisados (TRINDADE, et al, p.58, 2009).

O mesmo autor também compreende que o abandono ao tratamento deve ser visto como aspecto de grande importância deve ser trabalhado pela equipe como uma prevenção através de educação em saúde, informação sobre a cura e melhor acesso aos serviços de saúde. Porém, conclui que: “para reduzir o número de pacientes em abandono, precisa-se, claramente, de uma boa interação entre o paciente, o serviço e o gestor” (TRINDADE, et al, p. 62, 2009).

8.2.2 Interrupção da busca ativa dos casos pela equipe de saúde da família

A tuberculose é uma doença infecciosa e contagiosa, causada por um microorganismo denominado *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado de bacilo de Koch (BK), que se propaga através do ar, por meio de gotículas contendo os bacilos expelidos por um doente com tuberculose (TB) pulmonar ao tossir, espirrar ou falar em voz alta. Quando estas gotículas são inaladas por pessoas saudáveis, provocam a infecção tuberculosa e o risco de desenvolver a doença (BRASIL, 2002a).

Na busca ativa por estes casos, que é feita através das visitas domiciliares dos ACS, está prevista a detecção de casos entre sintomáticos respiratórios (SR) e contatos, principalmente, de casos bacilíferos e crianças. Nas unidades do PSF e nos demais serviços de saúde municipais, a busca ativa de SR e contatos deve ser uma atitude permanente e incorporada à rotina de atividades de todos os membros das equipes de saúde (BRASIL, 2000).

Vale ressaltar que uma das prioridades do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) 2001-2005 relaciona-se ao diagnóstico precoce da doença. Porém, acredita-se que muitos casos de tuberculose não estejam sendo diagnosticados, seja por não terem acesso aos serviços de saúde ou devido ao fato de os profissionais de saúde não estarem atentos aos SR.

Muniz et al (2005, p. 320) se refere a responsabilidade do PSF quanto a esse assunto e propõe que:

Novamente vem à tona a forma como está organizado o sistema de serviços de saúde. O êxito terapêutico do portador de tuberculose exige compromisso da equipe de saúde. Requer supervisão diária da ingestão medicamentosa; realização de exames de controle; consultas de retorno; avaliação social, entre outros. Ademais a família precisa ser assistida e acompanhada ao longo dos anos, mantendo-se em sentinela para os casos secundários que possam eventualmente surgir. Para tal, precisam ser criados mecanismos de controle que promovam assistência integral ao indivíduo e à família.

Quanto a Hanseníase, é uma doença infecto-contagiosa, de evolução lenta, que se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés. No Brasil, apesar da redução drástica no número de casos, de 19 para 4,68 doentes em cada 10.000 habitantes, no período compreendido entre 1985 a 2000 a hanseníase ainda se constitui em um problema de saúde pública que exige uma vigilância resolutiva. A hanseníase é fácil de diagnosticar e ser tratada e há possibilidade de cura, porém, quando diagnosticada e tratada tardiamente pode trazer graves conseqüências para os portadores e seus familiares, isto, pelas lesões que os incapacitam fisicamente (BRASIL, 2002b).

De acordo com Brasil (p.09, 2002) o compromisso para com o portador de hanseníase é do PSF, que deve ser estruturado, pois, parte destes serviços o sucesso da campanha do Ministério da Saúde para erradicação da doença, sobre este assunto refere ainda que:

As ações preventivas, promocionais e curativas que vêm sendo realizadas com sucesso pelas Equipes de Saúde da Família, já evidenciam um forte comprometimento com os profissionais de toda a equipe, com destaque nas ações do agente comunitário de saúde, que vive e vivência, em nível domiciliar, as questões complexas que envolvem a hanseníase. Esse comprometimento, no entanto, exige que a população seja informada sobre os sinais e sintomas da doença, que tenha acesso fácil ao diagnóstico e tratamento e que os portadores de hanseníase possam ser orientados individualmente e juntamente com a sua família durante todo processo de cura (BRASIL, p. 09, 2002b).

O PSF, por si só, não garante seqüência contínua no processo de atenção à saúde dos usuários portadores de tuberculose e hanseníase, uma vez que a continuidade dos serviços não é de plena responsabilidade PSF, há outros atores envolvidos neste processo, como os gestores municipais, que têm papel fundamental no desenvolvimento das condições de serviço da Equipe. E diante da paralisação dos serviços, a assistência aos pacientes fica prejudicada.

As ações direcionadas ao controle destas doenças se darão no âmbito da atenção básica, na qual os gestores municipais, juntamente com o gestor estadual deverão agir de forma planejada e articulada para garantir a implantação das ações de controle, neste sentido, Brasil (2002a, p. 06) descreve estas como sendo:

Estruturação da rede de serviços de saúde para identificação de sintomáticos respiratórios;
Organização da rede laboratorial para diagnóstico e controle dos casos;
Garantia de acesso ao tratamento supervisionado e/ou auto-administrado dos casos;
Proteção dos sadios;
Alimentação e análise das bases de dados para tomada de decisão.

8.2. 3 A falta da medicação

O governo federal garante a todos os portadores de tuberculose o tratamento medicamentoso gratuito durante todo o período de que necessitar, sendo que os medicamentos para o tratamento são fornecidos mensalmente por um período de seis meses. São eles: Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol, Estreptomomicina e Etionamida, além de consultas e exames (FUNASA, 2002).

Este princípio tem sido respeitado, segundo os relatos de todos os portadores, onde recebem o medicamento gratuito em casa ou precisam se dirigir ao centro de referência para buscá-los.

A FUNASA (2002), ainda preconiza o esquema de Estratégia de Tratamento Diretamente Observado (DOTS), com supervisão da ingestão das doses em local escolhido pelo paciente, por profissionais da saúde ou por familiar treinado para este fim.

As ações desenvolvidas no campo da saúde pública compreendem uma assistência de caráter individual, atividades de promoção, prevenção e assistência que abrange a todo coletivo, com a finalidade de proteger a vida de milhares de pessoas. As unidades básicas de saúde atuam no desenvolvimento de ações voltadas para o controle de doenças transmissíveis com potencial para desenvolvimento de endemias como é o caso da tuberculose e hanseníase, com isso, a importância de manter o tratamento medicamentoso de ambas até o fim, isto, até a alta do paciente e receba do médico acompanhante da doença todas as orientações necessárias para prevenção de reincidivas.

Tendo fundamental importância para o sucesso do tratamento de ambas as doenças (tuberculose e hanseníase), a medicação é indispensável para o paciente, cabe a atenção básica a responsabilidade de distribuição do tratamento e orientação aos usuários quanto a continuação do uso da medicação.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho foi mostrar a situação dos usuários diante de uma paralisação dos serviços de saúde da atenção básica no município de Campina Grande na Paraíba, onde no período de julho a agosto paralisou estes serviços os quais considerados essenciais.

Quanto ao Programa Saúde da Família destaca-se entre as estratégias de saúde por ser uma tentativa de transformar as práticas da atenção à saúde e o trabalho dos profissionais que nele atuam, sendo, até mesmo, considerado a alavanca para a transformação do sistema como um todo. Como estratégia inerente à atenção primária, guarda como propósito, além de centrar a atenção na saúde e dar ênfase à integralidade das ações, focalizar o indivíduo como um sujeito integrado à família e à comunidade.

No entanto, nota-se que a paralisação destes serviços pode acontecer sem que haja uma preocupação evidente por parte dos envolvidos pelo funcionamento destes serviços, a saber: administradores municipais e corpo de saúde, a preocupação em manter em funcionamento este programa não surtiu efeito quando houve a necessidade dos funcionários e a resistência da administração do município.

É notável saber que a sobrevivência e o crescimento das organizações dependem cada vez mais das habilidades de seus administradores em reconhecer os desafios organizacionais que enfrentam, desvendar novas oportunidades e em escolher a resposta administrativa correta para implementar as mudanças necessárias.

É preciso saber como os administradores podem intervir ou prevenir estes problemas, e, ao mesmo tempo e buscar novas soluções que contemplem ambas as partes.

Entre as limitações deste estudo cabe destacar a utilização de dados secundários que muitas vezes apresentam inconsistência em relação à quantidade e qualidade de suas informações. Porém a realidade dos fatos são sentidos por toda população que no decorrer do período grevista não obteve assistência em suas necessidades mais urgentes, o cuidar de sua saúde. Pois, visto que sem referencia em sua própria comunidade, a população atentou para os serviços de maior complexidade, os hospitais, que conseqüentemente superlotaram o atendimento e sufocaram a capacidade de oferta para uma assistência de qualidade no SUS.

Os resultados demonstram que os prejuízos de uma paralisação para os usuários dos serviços ofertados pelo PSF, reflete de forma negativa para o município, o qual assume o compromisso de trazer a sua população uma assistência a saúde, que já fora organizada de forma continuada e prioritária, e ainda, como direito que assiste a pessoa humana.

REFERÊNCIAS

- ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Municipalização da Saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.455-479, jul.-set. 2002.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 1ª Ed. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Ed. 70. Lisboa/Portugal, 2009.
- BERTOLLI FILHO, C. **História em Movimento: História da saúde pública no Brasil**. Ática, ed. 4ª. São Paulo, 2008.
- BOAVENTURA, E. M. **Metodologia da pesquisa: monografia, dissertação, tese**. 1. Ed. São Paulo. Atlas, 2007.
- BRASIL. Constituição (1988). **Da Ordem Social – Da Saúde**. In: Constituição [da] República Federativa do Brasil. p. 91-95, tit. 8, seção 2. Brasília, DF: Senado, 1988a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS NOB-SUS 01/96 Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília, 1996.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96**. 1997
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica da Assistência Social – Disciplina a descentralização político-administrativa da assistência social, o financiamento e a relação entre os três níveis de governo**. Brasília, 16 de dezembro de 1998b
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Controle da tuberculose no Brasil no período de 2001-2005**. Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para o Controle da Hanseníase**. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico para o controle da tuberculose**. Cadernos de Atenção Básica nº 6. Ed.1ª. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto de gestão – Garantindo saúde para todos. Versão preliminar**. Brasília, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A construção do SUS. Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. 1ª. Ed. Brasília, 2006a.
- BRASIL. Diretrizes operacionais. **Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 648, de 28 de Março de 2006c
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático Saúde da Família. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 56p.:Il. (Painel de Indicadores do SUS, 4).**

CAMPINA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Saúde da Família: a experiência de Campina Grande**. Campina Grande, 1995.

CAMPINA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde, **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: www.portal.pmcg.pb.gov.br, acesso em 18 de Set. de 2010.

COELHO, M. F. et al. **Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil**. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2010, vol.18, n.4, pp. 770-777. ISSN 0104-1169.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. 1ª. Ed. Brasília, 2009.

COSTA, N.R. **A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva**. In: NEGRI, B.; GIOVANNI, G. *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Unicamp, 2001.

DAMIA, F. L. B. **O direito de greve dos servidores públicos**. Brasília, 2002.

GASPARINI, Diógenes. **Direito administrativo**. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

GUIMARÃES, E. A. D. **A estratégia Saúde da Família em Campina Grande: origem, implantação e papel na atenção básica da saúde**. 2006. Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2006.

JARDIM PCBV; SOUSA ALL; MONEGO ET. **Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso**. *Medicina, Ribeirão Preto*, 29: 232-238, abr./set. 1996. www.fmrp.usp.br

FARIAS, A. F. M. R. **Vivências de sofrimento e prazer no trabalho: a dor e a delícia de ser trabalhador do Saúde da Família em Campina Grande**. 2005. Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2005.

FERREIRA, S. M. B.; SILVA, A. M. C.; BOTELHO, C. **Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá - MT - Brasil**. *J. bras. pneumol.* [online]. 2005, vol.31, n.5, pp. 427-435. ISSN 1806-3713. www.scielo.br.

FERNANDES, L. C. **O direito ao exercício de greve dos servidores públicos civis e sua vedação aos militares**. Fortaleza CE, 2007.

FUNASA. **Guia de vigilância epidemiológica**. Fundação Nacional de Saúde. 5 ed. Brasília, 2002.

LEFÈVRE, F. **A oferta e a procura de saúde imediata através do medicamento: proposta de um campo de pesquisa**. *Rev. Saúde Pública*, 21:64-7, 1987.

LEITE, R. F. B.; VELOSO, T. M. G. **Limites e Avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir de representações sociais**. *Saúde Soc.* São Paulo, v.18, n.1, p.50-62, 2009. Disponível em: www.scielo.com.br, acesso em: 18 set. 2010.

MINAYO, M. C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. Ed. 11ª. São Paulo, Hucitec, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2002. Brasília, DF: 2002.

MONTEIRO, A. I.; FERRIANI, M. G. C. **Atenção à saúde da criança: perspectiva da prática de enfermagem comunitária.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Jan. 2000, vol.8, no.1, p.99-106. ISSN 0104-1169.

MONROE, Aline Aparecida et al. **Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose.** Rev. esc. enferm. USP [online]. 2008, vol.42, n.2, pp. 262-267. ISSN 0080-6234. www.scielo.br . Acesso em: 11/10/2010.

MUNIZ, Jordana Nogueira et al. **A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2005, vol.10, n.2, pp. 315-321. ISSN 1413-8123.

PAULO, L.G.; ZANINE, A. C. **Automedicação no Brasil.** Rev. Assoc. Med. Bras., 34:69-75, 1988.

PONTES, A. P. M.; CESSO, R. G. D.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. **O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários?.** Esc. Anna Nery [online]. 2009, vol.13, n.3, pp. 500-507. ISSN 1414-8145.

PUCCHINI, P. T.; CECILIO, L. C. O. **A humanização dos serviços e o direito à saúde.** Cad. Saúde Pública [online]. 2004, vol.20, n.5, pp. 1342-1353. ISSN 0102-311X.

RAMPAZZO, L. **Metodologia científica: para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação.** São Paulo: UNISAL, 1998.

RIBEIRO; E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. **A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família.** p. 438. 2007. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: 23/04/08.

SOUZA, E.C.L. de. **A capacitação administrativa e a formação de gestores governamentais.** RAP. Rio de Janeiro, v. 36, n.1, p. 73-88, 2002.

SOUZA, P. A. R. SUS – Sistema Único de Saúde. **Legislação comentada.** Rio de Janeiro. Degrau Cultura. 2008.

TRINDADE, L. C.; ZAMORA, A. R. N.; MENDES, M. S.; CAMPOS, G. P.; AQUINO; J. A. P.; CANTÍDIO, M. M.; HEUKELBACH, J. **Fatores associados ao abandono do tratamento da hanseníase em João Pessoa, estado da Paraíba.** Cad. Saúde Colet. P. 51-65. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: www.iesc.ufrj.br, acesso em: 11/10/ 2010.

VILARINO, J. F. et al. **Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil.** Rev. Saúde Pública [online]. 1998, vol.32, n.1, pp. 43-49. ISSN 0034-8910. Disponível em: www.scielosp.org , acesso em: 23 de outubro de 2010.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Lista Nacional de doenças de notificação compulsória

ANEXO I		ANEXO II		ANEXO III
1. Acidentes por animais peçonhentos;	23. Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);	Lista Nacional de Compulsória Imediata - LNCI		1. Acidente com exposição a material biológico relacionado ao trabalho;
2. Atendimento antirrábico;	24. Leishmaniose Tegumentar Americana;	I. Caso suspeito ou confirmado de:		2. Acidente de trabalho com mutilações;
3. Botulismo;	25. Leishmaniose Visceral;	1. Botulismo;		3. Acidente de trabalho fatal;
4. Carbúnculo ou Antraz;	26. Leptospirose;	2. Carbúnculo ou Antraz;		3. Acidente de trabalho com crianças e adolescentes;
5. Cólera;	27. Malária;	3. Cólera;		4. Acidente de trabalho fatal;
6. Coqueluche;	28. Paralisia Flácida Aguda;	4. Dengue pelo sorotipo DENV 4;		5. Câncer Relacionado ao Trabalho;
7. Dengue;	29. Peste;	5. Doença de Chagas Aguda;		6. Dermatoses ocupacionais;
8. Difteria;	30. Poliomielite;	6. Doença conhecida sem circulação ou com circulação esporádica no território nacional que não constam no Anexo I desta Portaria, como: Rocio, Mayaro, Gropouche, Saint Louis, Ilheus, Mormo, Encefalites Equinas do Leste, Oeste e Venezuelana, Chikungunya, Encefalite Japonesa, entre outras;		7. Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT)
9. Doença de Creutzfeldt-Jacob;	31. Raiva Humana;	7. Febre Amarela;		8. Influenza humana;
10. Doença Meningocócica e outras Meningites;	32. Rubéola;	8. Febre do Nilo Ocidental;		9. Perda Auditiva Induzida por Ruído - PAIR relacionada ao trabalho;
11. Doenças de Chagas Aguda;	33. Sarampo;	9. Hantavirose;		10. Pneumoconioses relacionadas ao trabalho;
12. Esquistossomose;	34. Sífilis Adquirida;	10. Influenza humana por novo subtipo;		11. Rotavírus;
13. Eventos Adversos Pós-Vacinação;	35. Sífilis Congênita;	11. Peste;		12. Toxoplasmose aguda gestacional e congênita;
14. Febre Amarela;	36. Sífilis em Gestante;	12. Poliomielite;		13. Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho; e
15. Febre do Nilo Ocidental;	37. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS;	13. Raiva Humana;		14. Violência doméstica, sexual e/ou auto-provocada.
16. Febre Maculosa;	38. Síndrome da Rubéola Congênita;	14. Sarampo em indivíduo com história de viagem ao exterior nos últimos 30 (trinta) dias ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou ao exterior;		
17. Febre Tifóide;	39. Síndrome do Corrimento Uretral Masculino;	15. Rubéola em indivíduo com história de viagem ao exterior nos últimos 30 (trinta) dias ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou ao exterior;		
18. Hanseníase;	40. Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus (SARS-CoV);	16. Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus (SARS-CoV);		
19. Hantavirose;	41. Tétano;	17. Variola;		
20. Hepatites Virais;	42. Tuberculose;	18. Tularemia; e		
21. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana – HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical;	43. Tularemia; e	19. Síndrome da Rubéola Congênita (SRC)		
22. Influenza humana por novo subtipo;	44. Variola.	II. Surto ou agregação de casos ou óbitos por:		
		1. Difteria;		
		2. Doença Meningocócica;		
		3. Doença Transmitida por Alimentos (DTA) em navios ou aeronaves;		
		4. Influenza Humana;		
		5. Meningites Virais;		
		6. Sarampo;		
		7. Rubéola; e		
		8. Outros eventos de potencial relevância em saúde pública, após a avaliação de risco de acordo com o Anexo II do RSI 2005, destacando-se:		
		a) Alteração no padrão epidemiológico de doença que constam no Anexo I desta Portaria;		
		g) Desastres de origem natural ou antropogênica quando houver desalojados ou desabrigados;		
		h) Desastres de origem natural ou antropogênica quando houver comprometimento da capacidade de funcionamento e infraestrutura das unidades de saúde locais em consequência evento;		
		III. Doença, morte ou evidência de animais com agente etiológico que podem acarretar a ocorrência de doenças em humanos, destaca-se:		
		1. Primatas não humanos;		
		2. Equinos;		
		3. Aves;		
		4. Morcegos;		
		Raiva: Mircego morto sem causa definida ou encontrado em situação não usual, tais como: vôos diurnos, atividade alimentar diurna, incoordenação de movimentos, agressividade, contrações musculares, paralisias, encontrado durante o dia no chão ou em paredes;		
		5. Canídeos;		
		Raiva: canídeos domésticos ou silvestres que apresentaram doença com sintomatologia neurológica e evoluíram para morte num período de até 10 dias ou confirmado laboratorialmente		

b) Doença de origem desconhecida.	para ruiva Leishmaniose
c) Exposição a contaminantes químicos.	visceral: primeiro registro de canídeo doméstico em área indígena, confirmado por meio da
d) Exposição a água para consumo humano fora dos padrões preconizados pela SVS.	identificação laboratorial da espécie
e) Exposição ao ar contaminado, fora dos padrões preconizados pela Resolução do CONAMA.	Leishmania chagasi.
f) Acidentes envolvendo radiações ionizantes e não ionizantes	6. Roedores silvestres
por fontes não controladas, por fontes utilizadas nas atividades industriais ou médicas e acidentes de transporte com produtos radioativos	Peste: Roedores silvestres mortos em áreas de focos naturais
da classe 7 da ONU.	de peste.

Fonte: www.saude.gov.br