

SAÚDE PÚBLICA EM SERGIPE: NOVAS PERSPECTIVAS*

PUBLIC HEALTH IN SERGIPE: NEW DIRECTIONS

Valéria Maia¹
Marlizete Maldonado Vargas²
Cristiane Costa da Cunha Oliveira³

Resumo

As políticas públicas de saúde desenvolvidas em Sergipe seguiram rumos semelhantes aos de outros estados do país, ou seja, os avanços ou retrocessos dependeram da gestão de seus governantes. Este artigo tem como objetivo contextualizar a política pública de saúde em Sergipe, através do resgate histórico das práticas desenvolvidas até a Constituição Federal de 1988 e da apresentação das práticas pós-SUS com a Reforma Sanitária Estadual. Este conhecimento histórico da saúde pública facilita a compreensão e contextualização da política de saúde em desenvolvimento no momento atual, e permite uma análise do modelo assistencial que está sendo implementado no estado de Sergipe. É um estudo bibliográfico, organizado em duas partes: saúde pública antes, e pós-SUS. Conclui que a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe tem desenvolvido um papel de transformação na política pública de saúde estadual e tem sido norteadora de novas práticas organizacionais pautadas na regionalização das ações, seguindo um padrão de integralidade.

Palavras-chave: saúde pública; reforma sanitária; SUS.

Abstract

The public health policies developed in Sergipe followed paths similar to other states in the country, ie, advances or setbacks depended on the management of their rulers. This article aims to contextualize the public health policy in Sergipe, through the historical review of practices developed until the Federal Constitution of 1988 and the presentation of practical post-SUS with the State Health Care Reform. This historical knowledge of public health facilitates understanding and context of health policy development at the present moment and allows an analysis of the care model being implemented in the state of Sergipe. It is a bibliographical study, organized into two parts: public health before and after SUS. Concludes

¹ Assistente Social, Mestre em Saúde e Ambiente pela Universidade Tiradentes (Aracaju. SE/Brasil), Especialista em Serviço Social pela Universidade Tiradentes, Gestora de Saúde Pública, valeriamaiam@gmail.com

² Psicóloga, Dra. em Psicologia, professora titular III da Universidade Tiradentes (Aracaju. SE/Brasil), membro do corpo docente do Curso de Mestrado em Saúde e Ambiente, coordenadora do Laboratório de Planejamento e Promoção de Saúde do Instituto de Tecnologia e Pesquisa - Sergipe. Líder do Grupo de Pesquisa Desenvolvimento Humano, Ambiente e Promoção da Saúde, marlizete@uol.com.br

³ Odontóloga, mestre em Odontologia (Odontologia Preventiva e Social) pela Universidade de Pernambuco (2000) e Dra. em Odontologia (Saúde Coletiva) pela Universidade de Pernambuco (2004). É professora da graduação e Mestrado em Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes (Aracaju. SE/Brasil), além de pesquisadora do Instituto de Tecnologia e Pesquisa. É parecerista avaliadora do Ministério da Educação e colaborador da Associação Caruaruense de Ensino Superior, criscunhaoliva@yahoo.com.br

that the Ministry of Health of Sergipe have developed a transformation role in the public health policy statewide and has been guiding the new organizational practices ruled in the regionalization of actions, following a pattern of wholeness.

Keywords: public health, health reform, SUS.

1. Introdução

O resgate histórico das políticas de saúde tem sido uma prática científica recorrente, no Brasil e em outros países. Os estudos têm confirmado que conhecer e compreender o passado das políticas públicas desenvolvidas possibilita a produção de identidades profissionais e uma melhor compreensão sociológica dessas políticas, como também sua evolução e organização, a construção de alternativas de soluções para as problemáticas cotidianas, e a construção de uma identidade regional (HOCHMAN et al, 2004; POLIGNANO 2001).

Em Sergipe, as políticas públicas de saúde tomaram contornos semelhantes ao histórico estabelecido pelas práticas nacionais. No entanto, nos últimos nove anos tem acontecido uma mudança significativa no cenário local estadual, no que tange a práticas de políticas públicas de saúde voltadas para a implementação e consolidação do projeto de Reforma Sanitária, instituído pela Constituição Federal de 1988 com o SUS. Todavia, é importante salientar que os processos ocorridos na última década no Brasil foram permeados por características sócio-políticas peculiares a cada Estado da federação (SERGIPE, 2010).

Para Santos (2006) as políticas públicas de saúde em Sergipe, durante a década de 1990, não trouxeram de maneira expressiva as mudanças propostas pela Constituição Federal e foram marcadas pela manutenção de esquemas políticos que priorizaram a permanência dos espaços de poder, em detrimento do desenvolvimento de uma política pública de saúde que efetivasse os princípios do SUS. No entanto, na última década esse contexto sofreu transformações em decorrência da influência do processo político ocorrido em 2000, quando um coletivo gestor afinado com as propostas políticas de saúde do SUS assumiu a direção da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Aracaju, capital do estado de Sergipe, concentra mais de 36% da população do estado.

Tavares (2009) contrapõe o pensamento de Santos (2006) ao descrever sobre o movimento ocorrido na década de 1990 para a municipalização da saúde do município de Aracaju, que no seu entendimento envolveu os gestores de saúde desse município e gerou as condições necessárias para a implementação do projeto de Reforma Sanitária idealizado pelo coletivo gestor que assumiu a gestão da secretaria municipal de saúde de Aracaju no início da primeira década do século XXI.

Em 2001 a gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju deu início a um projeto de reforma sanitária, em defesa do SUS, considerando os princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação popular, e promovendo grandes mudanças no traçado sanitário local (SANTOS, 2006). Com a mudança do quadro político estadual em 2007, a gestão que estava assumindo a Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju ocupou a gestão da Secretaria Estadual de Saúde e deu início à implementação de um projeto de reforma sanitária estadual (MELO e ALMEIDA, 2009).

O novo cenário, estabelecido no campo de políticas públicas de saúde em Sergipe desde 2001, provocou o surgimento de discussões e pesquisas sobre a gestão do SUS e a necessidade de compreensão dos caminhos percorridos pela política estadual de saúde até os dias atuais. O resgate histórico das práticas desenvolvidas é o embasamento para a compreensão e significação das políticas de saúde realizadas. A descrição da proposta que está sendo desenvolvida nos atuais governos complementa essa contextualização e possibilita a construção de um ideário futuro. Dessa forma, esse estudo tem relevância para a compreensão e consolidação do SUS em Sergipe.

O estudo apresentado nesse artigo busca contribuir para as gestões do SUS em Sergipe e está dividido em duas partes: na primeira parte apresentamos uma construção histórica sobre políticas públicas em Sergipe; na segunda parte descrevemos sobre a reforma sanitária pós-SUS em Sergipe.

2. Saúde Pública em Sergipe: Aspectos Históricos

A construção histórica da saúde pública no estado de Sergipe segue uma linha cronológica próxima aos acontecimentos referentes à política de saúde pública nacional, com as diferenças inerentes às circunstâncias e peculiaridades locais. Até a República, o Serviço Sanitário de Sergipe esteve ligado a Administração Federal, porém com a República, o

Decreto 682, de 21/11/1891, definiu esse desligamento. A primeira Constituição Estadual de Sergipe foi aprovada em 18 de maio de 1892 e objetivou um reordenamento jurídico das instituições públicas. Na área da saúde, a lei nº 15, de 29/07/1892, criou o cargo de Inspetor de Higiene, equivalente ao atual cargo de Secretário de Saúde. O cargo de Inspetor de Higiene deveria ser exercido por profissional médico, e faziam parte de suas atividades, a responsabilidade das enfermarias de polícia e da casa de prisão (SANTANA, 2005).

Após a criação do cargo de Inspetor Sanitário, em 30/11/1892, através do decreto nº 38, foi aprovado o primeiro Regulamento Sanitário do Estado. Esse documento objetivou a organização dos serviços de saúde no Estado de Sergipe, criou esferas administrativas e definiu práticas em saúde. Foi um Regulamento com setenta e um artigos que, entre outros pontos: criou a Inspetoria de Higiene, formada pelo Inspetor de Higiene e por Delegados de Higiene para cada município; definiu necessidade de representantes locais para as questões de saúde da população; tornou obrigatórias as notificações de cólera, febre amarela, peste, sarampo, escarlatina, varíola e difteria; criou a obrigatoriedade da vacinação de varíola até os seis primeiros meses de vida; tratou da vigilância sanitária, da fiscalização da medicina, farmácia, obstetrícia e arte dentária; da fiscalização das fábricas, no que elas pudessem atingir as populações vizinhas. A nomeação do Inspetor de Higiene para o Estado e dos Delegados de Higiene para os municípios era uma indicação privativa do Presidente do Estado, equivalente ao atual governador. Em 16/11/1895, a lei nº 171, possibilitou a ampliação da estrutura da Inspetoria com a criação do cargo de Encarregado do Lazareto e Desinfectador (SANTANA, 2005).

No final do século XIX, em Sergipe, a oferta de médicos era maior que a demanda por serviços; havia mais de cem profissionais médicos para um restrito campo de trabalho, levando parte desse coletivo trabalhador para outros estados. Essa migração ocorreu principalmente para o estado de São Paulo, que se apresentava com grande desenvolvimento econômico e com número reduzido de médicos. Três deles se notabilizaram: Ascendino Reis, Enjolras Vampré e Balthazar Vieira de Melo. Ascendino e Vampré foram fundadores da Faculdade de Medicina de São Paulo. Enjolras Vampré, além de ser considerado o fundador da moderna neurologia paulista, chegou a presidir a Associação Paulista de Medicina. Balthazar Vieira de Melo foi o fundador da Higiene Escolar em São Paulo (DIAS, 2009).

Em 30 de dezembro de 1915, o decreto nº 618, transformou a Inspetoria em Diretoria de Higiene e Saúde Pública e ampliou as atribuições com a assistência. De acordo com o novo regulamento, competia à Assistência Pública:

- a) prestar socorros médicos e cirúrgicos de urgência nas vias públicas, em todos os casos de ferimentos, asfixia, envenenamento ou estados mórbidos súbitos;
- b) prestar socorros médicos e cirúrgicos aos doentes da população pobre, inclusive às parturientes e aos loucos, remetendo-os para os hospitais, maternidades ou asilos, quando não se possa tratar em domicílio;
- c) promover o enterramento dos indigentes depois da verificação do respectivo óbito.

O Regulamento previa a cobrança dos serviços de quem pudesse pagá-los.

No início do século XX, a saúde pública não era da confiança dos cidadãos. Apresentava estrutura física precária e equipamentos insuficientes para atender a população, favorecendo o imaginário popular para a criação de histórias nebulosas⁴.

Em 21 de maio de 1916, os Serviços de Assistência Pública (atuais Prontos Socorros), que estavam sob responsabilidade da Diretoria de Segurança (setor policial), passaram para a responsabilidade da Diretoria de Higiene e Saúde Pública (setor saúde). Em 1917, foi criado o Posto de Assistência Pública, subordinado à Diretoria de Higiene e Saúde Pública, mas com direção e pessoal próprios. No seu primeiro ano de funcionamento, o Serviço de Assistência Pública adquiriu uma ambulância, para o transporte dos doentes, e um carro funerário (rabecão), ambos puxados a cavalos (SANTANA, 2005).

A partir de 1918, a classe médica sergipana inicia um processo de organização profissional e funda a Sociedade de Medicina e Cirurgia de Sergipe. O Dr. Eronides Ferreira Carvalho, por ocasião do 2º aniversário da Sociedade, alerta em seu discurso:

Faço um apelo às autoridades sanitárias, para que estas abram luta sem tréguas, contra o charlatanismo barato que tenta invadir o nosso querido Sergipe.

Em 1923, no governo de Gracho Cardoso, é editado o decreto nº644, de 28/9/1923, que desapropriou uma área na avenida Barão de Maruim, em Aracaju, para a construção do Hospital de Cirurgia, inaugurado em 1926 (FIGUEIREDO, 2000). Gracho Cardoso foi um governador atuante na política de saúde, sendo seu governo considerado como a primeira

⁴ Segundo Santana (2001), corria o “boato” de que aos doentes dos hospitais, em situação mais grave, era ministrado o *chá da meia-noite*, uma poção venenosa que apressava o fim da vida daquela alma sofredora.

Reforma Sanitária do Estado de Sergipe. Sofreu influência do iminente médico Augusto Leite e suas práticas cirúrgicas e foi um governo marcado por uma efervescência científica. Como era um governante de visão ampliada e ansioso em promover reformas no Estado, Gracho Cardoso trouxe o carioca Paulo de Figueiredo Parreiras Horta, auxiliar de Osvaldo Cruz, para realizar ações de saneamento e controle de endemias em Sergipe. As ações de saúde pública, desenvolvidas pelo iminente sanitarista convidado, culminaram com a criação do instituto que mais tarde recebeu o seu nome (DIAS, 2009).

Ainda com atenção restrita aos excluídos, na década de 1940, a saúde pública em Sergipe engatinhava, sendo um de seus aportes o ambulatório da Fundação Manoel Cruz, organização religiosa liderada por freiras e pelo clero, que atendia filantropicamente a população desassistida, com a colaboração de dois médicos. Em 1967, as instalações dessa fundação foram ampliadas dando origem ao Hospital São José. Em torno de 65% dos recursos empreendidos na construção do Hospital foram doados por instituições filantrópicas alemãs, voltadas para o combate à fome e à miséria. O Hospital priorizava o atendimento da população pobre de Sergipe e o atendimento particular era realizado com o objetivo de adquirir recursos para custeio dos indigentes. A proposta da direção do hospital para os médicos é a de que a cada atendimento particular fosse realizado um atendimento a paciente pobre (SANTANA, 2005).

O que foi excedente no final do século XIX, passou a fazer falta em meados do século XX. O Estado de Sergipe, que outrora exportou médicos para os grandes centros urbanos, agora sentia a falta desta categoria profissional para atender suas próprias demandas. Nas décadas de 1950 e 1960, os trabalhos desenvolvidos pelo Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e Superintendência de Campanhas (SUCAM), expressaram demanda de profissionais médicos e insuficiência de mão de obra local, promovendo a migração de profissionais médicos de outros estados para atuar em Sergipe. Em 1961 foi criada a Faculdade de Medicina (DIAS, 2009).

As ações desenvolvidas na primeira metade do século XX foram insuficientes para atender as necessidades expressas pela população sergipana. Segundo Oliva (2004), em 1968 o Estado de Sergipe apresenta uma estrutura de Saúde Pública fragilizada, com grande deficiência no setor de assistência médica à população e condições sanitárias precárias. As vacinações eram realizadas de forma irregular, ocorrendo quando se manifestava um surto de

endemias, e com grande esforço e negociação para dispensação, entre os órgãos estaduais e os federais. Os recursos disponíveis eram insuficientes para os trabalhos de estruturação técnico-administrativa do órgão da saúde, incluindo o treinamento do seu pessoal. As unidades de atendimento à população concentravam-se na capital, deixando os municípios em situação de desamparo. Em 15/07/1968, o governo firmou convênio com o Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (FUNRURAL), para prestação de assistência médica a dez municípios, sendo esta uma ação relevante para a saúde pública do Estado.

Na segunda metade do século XX, nas décadas de 1960 a 1980, o INSS tinha em seu quadro profissional mais de cem médicos, muitos tidos como os melhores e mais preparados médicos de Sergipe. Os serviços de atendimento médico dispensados pelo INSS eram restritos à parcela da população que estava amparada pela previdência, ou seja, que estava inserida no mercado formal de trabalho. Os não previdenciários eram atendidos pela assistência filantrópica ou em serviços de saúde particulares, dependendo da condição econômica de cada cidadão (SANTANA, 2005).

A mentalidade dominante na década de 1970, referente aos serviços de saúde pública no Estado, era voltada para a concentração da oferta na capital, Aracaju. Os serviços de pronto-socorro tiveram seu funcionamento conveniado exclusivamente com o Hospital Cirurgia, não incluindo os hospitais do interior, dificultando o acesso para as populações dos municípios mais distantes. Nesse momento não havia Posto Sanitário em 75% dos municípios sergipanos, numa demonstração clara da precariedade da saúde pública estadual (OLIVA, 2004).

Aracaju, com arrecadação maior que a dívida pública, na década de 1970, apresentava uma realidade sanitária em conflito com os dados contábeis. A realidade sanitária local mostrava dados alarmantes, com vários bairros atacados, em cem por cento, de *Ascaris lumbricoides*. O Ministro da Saúde, Mário Augusto de Castro Lima, declara em Salvador, em 26/06/1979, que os índices de esquistossomose são alarmantes em Sergipe, e Aracaju é citada pelo ministro, como “a capital da esquistossomose”. Nessa década, no Estado de Sergipe, de cada mil crianças nascidas morriam cento e quarenta, e foram registrados trinta e sete casos de meningite (FIGUEIREDO, 2000).

Os ecos do movimento pela reforma sanitária no Brasil chegaram a Sergipe. Segundo Tavares (2009), foi na segunda metade da década de 1970 que surgiram os primeiros registros históricos do movimento pela reforma sanitária em Sergipe. O movimento foi marcado pela

participação dos estudantes da área da saúde da Universidade Federal de Sergipe, que se organizaram com o objetivo de reestruturar os centros acadêmicos, questionar sobre a formação técnico-profissional ofertada pelos cursos de saúde, questionar sobre o quadro sanitário do Brasil e sobre a melhoria da qualidade do ensino. Esse movimento estudantil teve influência político-partidária do Partido Comunista Brasileiro (PCB).

No final da década de 1970, a rede hospitalar do Estado de Sergipe era composta por onze Hospitais Públicos e quarenta e dois Hospitais Particulares. De 1975 a 1979, Sergipe passou de 1.809, para 2.754 leitos hospitalares, em uma política pública de saúde que demonstrava seu caráter hospitalocêntrico, priorizando o atendimento curativo. Nesse período, a Secretaria da Saúde Estadual dispunha, em seu quadro técnico, de cento e noventa e sete médicos, sendo que desses, cento e quarenta e cinco prestavam serviços públicos de atendimento médico em Aracaju. Para dar suporte à Secretária Estadual de Saúde, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) atendia quarenta e quatro municípios e sete povoados sergipanos (FIGUEIREDO, 2000).

A política de saúde desenvolvida pelo Estado mostrou-se inexpressiva durante a década de 1980. Utilizando recursos do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), os postos de saúde foram ampliados e em todos eles havia oferta de serviços de imunização, distribuição de alimentos e medicações. A distribuição de alimentos era parte de uma política de alimentação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), que objetivou combater a desnutrição. A distribuição de medicamentos era realizada pela Central de Medicamentos (CEME), que tinha por finalidade promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis ou a título gratuito, de medicamentos a quantos não pudessem adquiri-los a preços comuns do mercado (TAVARES, 2009). A CEME adquiria medicamentos dos laboratórios oficiais e empresas privadas de capital estrangeiro.

No final da década de 1980 tem-se a aprovação da Constituição Federal e a definição do SUS como política pública de saúde do Brasil. Em Sergipe, os movimentos para a reforma sanitária são pautados basicamente até o final da década de 1990, pela municipalização da gestão da saúde dos municípios sergipanos e início das atividades do Programa Saúde da Família - PSF.

3. Saúde Pública em Sergipe: Caminhos para a Reforma Sanitária

O processo de implementação da Reforma Sanitária em Sergipe teve início em 2001⁵, no município de Aracaju, com o projeto denominado “Saúde Todo Dia”. Para desenvolver esse projeto, foi convidado um coletivo trabalhador afinado com as propostas da Carta Magna, com experiência prática em gestão de saúde pública, imbricado com o movimento em defesa do projeto do SUS. Uma parte desse coletivo veio de outros estados, sendo sempre priorizada a capacidade técnica à indicação política. Esse projeto promoveu, de forma contundente, grandes mudanças no traçado sanitário local e subsidiou transformações em outros municípios do estado de Sergipe (SANTOS, 2006).

O projeto, que estava sendo implementado em Aracaju, carecia de envolvimento e apropriação dos trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para sua efetivação. Como resposta a essa demanda, uma das estratégias de estreitamento entre teoria e prática foi um cardápio de ofertas de capacitações. Como fio condutor para as práticas pedagógicas, foi instituído o Centro de Educação Permanente em Saúde – CEPS, que assumiu plenamente a proposta à qual estava designado (TAVARES, 2009).

A Política Nacional de Atenção Básica colocou o Programa de Saúde da Família (PSF) como porta de acesso universal da comunidade aos serviços de saúde. A complementaridade da oferta se efetivaria pela integralidade com o restante da rede de saúde (GIOVANELLA, 2009).

Em Aracaju, de 2001 a 2004, o número de equipes do Programa Saúde da Família (PSF) foi ampliado de quarenta e oito para cento e vinte, numa demonstração clara de melhoria de oferta de serviços. Também foi adotado um padrão arquitetônico e de ambiência para construção ou reforma das Unidades Básicas de Saúde, onde foi pretendido oferecer à população instalações semelhantes às ofertadas pela rede particular (SANTOS, 2006). Em estudo realizado por Resende (2007), evidenciou-se que os profissionais da saúde sentem-se constrangidos ao trabalhar com políticas de saúde, em ambiente inadequado. O espaço físico adequado proporciona um ambiente facilitador da atenção acolhedora, resolutiva e humana dos profissionais de saúde.

⁵ Em 2001, Marcelo Deda era o Prefeito do município de Aracaju e Rogério Carvalho o Secretário Municipal de Saúde.

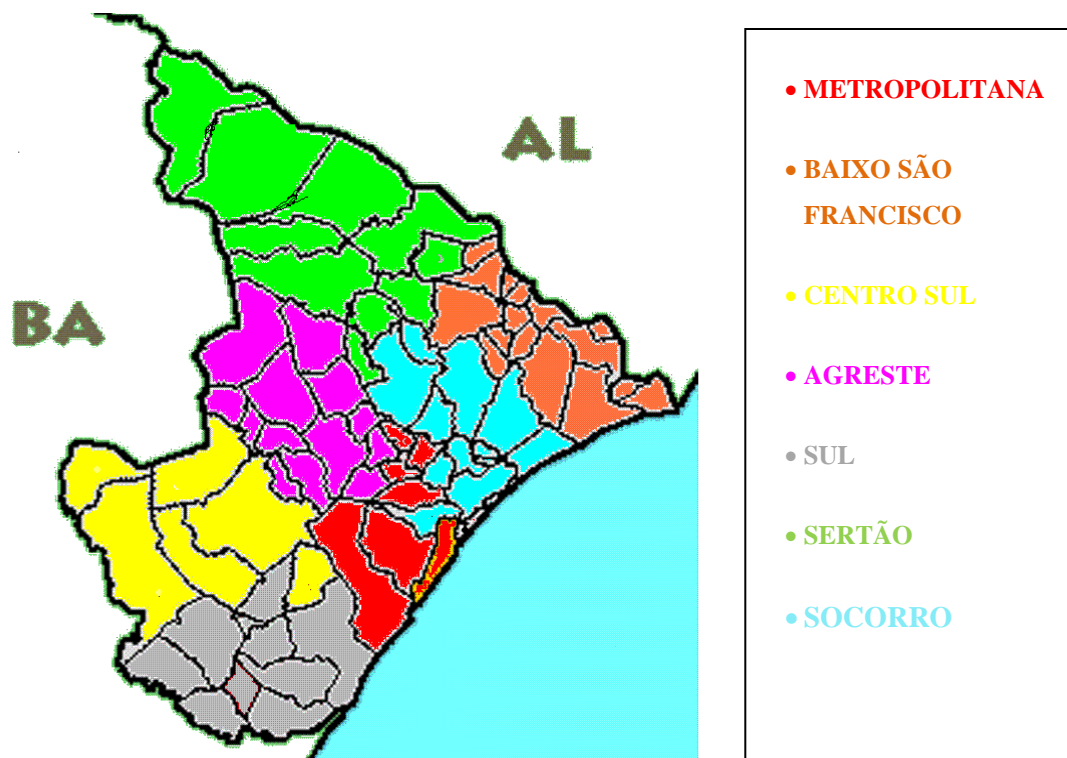
De fato, houve uma estruturação e ganhos consideráveis do sistema municipal, tanto em termos de estrutura física das redes, quanto no que se refere ao quantitativo de pessoal; a criação do Serviço de ouvidoria como mais um canal de comunicação entre os trabalhadores e usuários com a gestão; a realização do concurso público; além do intenso processo de capacitação permanente que muito contribuiu para assimilação da proposta e dos conceitos introduzidos pela gestão (TAVARES, 2009, p. 164).

QUADRO 01 – DIVISÃO DOS MUNICÍPIOS DE SERGIPE POR REGIÕES DE SAÚDE

REGIONAIS DE SAÚDE	POPULAÇÃO
Aracaju / Metropolitana (08 Municípios)	683.280
Propriá / Baixo São Francisco (16 Municípios)	146.026
Lagarto / Centro Sul (06 Municípios)	232.058
Itabaiana / Agreste (14 Municípios)	222.227
Estância / Sul (10 Municípios)	222.736
Nossa Senhora da Glória / Sertão (09 Municípios)	147.555
Nossa Senhora do Socorro / Socorro (12 Municípios)	285.088

Fonte: Secretaria do Estado da Saúde de Sergipe

FIGURA 01. MAPA REGIONAL SANITÁRIO DE SERGIPE. SAÚDE PÚBLICA EM SERGIPE: NOVAS PERSPECTIVAS, 2010.



Fonte: MAIA (2000).

O grupo gestor do SUS em Sergipe em 2007 trouxe em pauta e buscou consolidar várias demandas importantes para a saúde, também citadas por Tavares (2009) como importantes, tais como: construção de um modelo assistencial; adequação e reequipamento da rede pública de saúde; sistema único de informação.

Um Estado geograficamente pequeno, Sergipe, apresenta especificidades loco-regionais referentes à cultura, tradições, economia, clima e vegetação. A divisão do mapa estadual em regiões de saúde favorece a discussão protagonizada pelos municípios, em colegiados regionais. Os Colegiados Interfederativos Regionais (CIR) são instâncias que, de forma consensual, buscam soluções para os problemas que afligem os municípios da região. Os entes federativos devem discutir e aprovar a integração operativa das ações e serviços de saúde, a sua regionalização, hierarquização, responsabilidades, financiamento e demais aspectos da atenção e do sistema de saúde no Estado. As decisões tomadas no CIR são levadas para o Colegiado Interfederativo Estadual de Gestão da Atenção e do Sistema (CIE), que é outro espaço de decisões coletivas para a efetivação do projeto de Reforma Sanitária e é composto por um representante de cada região, capital e estado (SERGIPE, 2010).

Seguindo os caminhos da reforma sanitária no município de Aracaju, a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, após realização de diagnóstico situacional, definiu um padrão de integralidade para o atendimento em todas as redes de saúde de Sergipe. Esse padrão foi definido por: ambiência (modelo arquitetônico – anexo I); Insumos (medicamentos e materiais médico-hospitalares); Equipe de profissionais; Oferta de serviços; Reorganização produtiva do trabalho (SERGIPE, 2010).

Estabelecer um padrão de integralidade é necessário, enquanto eixo de apoio para a conformação do projeto de saúde estabelecido pela gestão. Um padrão de integralidade no âmbito do SUS possibilita a unificação do sistema e o acesso igualitário, em detrimento ao fracionamento e atendimento desigual, sem equidade (SANTOS, 2007). O Ministério da Saúde em 2006 publicou uma cartilha sobre humanização dos territórios, orientando quanto à ambiência e organização dos espaços físicos.

Resende (2007) traz em sua pesquisa que o usuário tem direito a um ambiente de saúde digno, que proporcione conforto, individualidade e possua os equipamentos necessários para o seu atendimento. O padrão arquitetônico estabelecido pela SES buscou, além de proporcionar um ambiente agradável, confortável, bem iluminado, que valorizasse os usuários e os servidores, estabelecer uma identidade visual para seus prédios públicos, de modo que a população identificasse visualmente que ali era um espaço de produção de assistência em saúde pública.

Como estratégia para dar sustentabilidade ao projeto de Reforma Sanitária Estadual, e consolidar as redes interfederativas de saúde, foi constituído um arcabouço legal que regulamenta o SUS em Sergipe, formado até 2009 por oito Leis. No aparato legal produzido, o Sistema Único de Saúde no Estado de Sergipe (SUS/SE) é constituído pelo conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde, assistenciais, de ensino, pesquisa, produção de medicamentos, sangue e hemoderivados, equipamentos e outros insumos de saúde, desenvolvido por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta, e por instituições privadas participantes do SUS no Estado, em caráter complementar, imprescindíveis para a garantia das necessidades de saúde individual e coletiva no Estado (SES, 2010).

QUADRO 02 - LEIS DIRECIONADAS PARA A REFORMA SANITÁRIA DE SERGIPE

LEI	PUBLICAÇÃO	DISPOSIÇÃO
LEI Nº 6.299 DE 19 DE DEZEMBRO DE 2007	Publicado no Diário Oficial No 25418, em 20/12/2007	Institui o Programa Estadual de Parcerias Público-Privadas de Sergipe - PROPPPSE, e dá providências correlatas.
LEI Nº 6.300 DE 19 DE DEZEMBRO DE 2007	Publicado no Diário Oficial No 25418, em 20/12/2007	Cria o Conselho Estadual de Saúde - CES e dá providências correlatas.
LEI Nº 6.303 DE 19 DE DEZEMBRO DE 2007	Publicado no Diário Oficial No 25418, em 20/12/2007	Dispõe sobre o Fundo Estadual de Saúde - FES, revoga a Lei nº 3.525, de 27 de setembro de 1994 e dá outras providências.
LEI Nº 6.341 DE 02 DE JANEIRO DE 2008		Dispõe sobre o Contrato Estatal de Serviços e dá providências correlatas
LEI Nº 6.345 DE 02 DE JANEIRO DE 2008	Publicado no Diário Oficial Nº 25424, em 03/01/2008	Dispõe sobre organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde no Estado de Sergipe - SUS/SE, e dá outras providências.
LEI Nº 6.346 DE 02 DE JANEIRO DE 2008	Publicado no Diário Oficial No 25424, em 03/01/2008	Dispõe sobre a autorização para criação da Fundação de Saúde “Parreiras Horta” - FSPH, e dá providências correlatas.
LEI Nº 6.347 DE 02 DE JANEIRO DE 2007	Publicado no Diário Oficial No 25424, em 03/01/2008	Dispõe sobre a autorização para criação da Fundação Hospitalar de Saúde - FHS, e dá providências correlatas.
LEI Nº 6.348 DE 02 DE JANEIRO DE 2008	Publicado no Diário Oficial No 25424, em 03/01/2008	Dispõe sobre a autorização para criação da Fundação Estadual de Saúde - FUNESA, e dá providências correlatas.

Fonte: Secretaria de Estado as Saúde de Sergipe – SES.

Segundo Odorico (2008), a adoção de instrumentos jurídicos é um dos desafios para o funcionamento das redes regionalizadas. Nesse sentido, a experiência que está sendo desenvolvida em Sergipe, tem sido citada como referência, em espaços de abrangência nacional.

Os gestores das políticas públicas são responsáveis pela oferta de serviços disponibilizada em seu território. A estrutura organizacional que ele adota é que ira expressar sua capacidade administrativa (MAIA et al., 2000).

A garantia do direito à saúde e a democratização desse setor não dependem meramente de questões técnicas e administrativas, mas,

fundamentalmente, dos posicionamentos políticos sobre “o que” e “como” se quer construir (TAVARES, 2009).

Para consolidar o SUS em Sergipe, e o projeto de Reforma Sanitária, ainda há vários desafios e enfrentamentos a serem ultrapassados. A mudança de prática política e construção de novos paradigmas são fundamentais para consolidar a equidade, integralidade e universalidade. É imprescindível contextualizar a política de saúde como produtora de cidadania (SANTOS, 2006).

5. Conclusão

Conclui-se que a saúde pública em Sergipe seguiu os parâmetros ocorridos no cenário nacional, com mudanças ocasionadas em decorrência dos gestores que estavam assumindo a política local e federal. Historicamente, identificamos dois momentos de mudanças contundentes, entendidos como Reforma Sanitária, sendo o primeiro na primeira década (1920) do século XX e marcado pelas práticas cirúrgicas e ações saneadoras de controle de endemias; e o segundo, na primeira década (2001) do século XXI, iniciado em Aracaju e estendido para todo o Estado, sendo marcado pela efetivação dos princípios do SUS.

Em relação às atividades de gestão que estão sendo desenvolvidas, identifica-se um projeto de reforma sanitária implementado pela gestão estadual desde 2007. Esse projeto está se concretizando com mais visibilidade, pela definição e adoção de um padrão de integralidade que redefine os espaços públicos e fomenta uma rede interfederativa de assistência à saúde.

Identifica-se que o estado de Sergipe vive um momento político favorável para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde e que pode influenciar positivamente na construção e desenvolvimento das políticas públicas de saúde nos municípios do estado. As ações implementadas pela Secretaria de Estado da Saúde se caracterizam por oferecer importante suporte para o fortalecimento do SUS em Sergipe e se refletem como referência nacional para projetos de políticas públicas de saúde.

6. Referências

ANDRADE, L. O. M. **A Saúde e o dilema da Intersetorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. **Redes interfederativas de saúde** - um padrão de integralidade no atendimento aos cidadãos. SESDEC - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção Básica à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. Ed. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2006, 32p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

DIAS, et al. **Dicionário biográfico de médicos de Sergipe**. Aracaju, 2009.

FIGUEIREDO, A. **História Política de Sergipe: 1975 a 1982**. Aracaju: [s.n.], 2000.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. Portal ENSP. **História da Saúde Pública**. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/historico-da-saude>>. Acesso em: 19 dez 2009.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, maio/jun. 2009.

HOCHMAN, G.; SANTOS, P.; PIRES-ALVES, F. **Historia, Salud y Recursos Humanos: análisis e perspectivas**. Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Brasil. 2004. Estudios y Análisis – Volumen 2.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008.

MAIA, V. et al. **Inovando a gestão pública**. Brasília: MedMindia, 2000.

MELO, C.; ALMEIDA, A. **A Gestão da atenção básica contribuindo para uma reforma sanitária em Sergipe**. Aracaju: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SERGIPE, 2007.

OLIVA, J. **Sobretudo a imprensa**. Aracaju: Brava, 2004.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil**. Uma Pequena Revisão. S.l.: s. n., s. d. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf>. Acesso em: 10 abr. 2010.

RESENDE, A. F. **Humanização em ambiente da atenção básica à saúde: representações sociais de agentes comunitários de saúde**. 2007. 120 p. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente), Universidade Tiradentes. Aracaju, 2007.

SERGIPE. Secretaria da Saúde do Estado. **Reforma Sanitária**. Disponível em: <www.ses.se.gov.br>. Acesso em: 05 jan. 2010.

SANTANA, A. S. **As Febres do Aracaju**: dos miasmas aos micróbios. Aracaju: [s.n.], 2001.

_____. **História da Medicina em Sergipe**. 2005. Disponível em: <http://antonio_samarone.blog.uol.com.br/>. Acesso em: 11 nov. 2009.

SANTOS, L. Contornos Jurídicos da Integralidade da Assistência. In: O SUS Passo a Passo. Luiz Odorico Monteiro de Andrade (Org.). São Paulo: Hucitec, 2007.

SANTOS, R. C. **Saúde Todo Dia**: Uma Construção Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006.

TAVARES, M. C. **A Inserção do Assistente Social no Programa Saúde da Família em Aracaju**: os tempos de um movimento. 2009. 256 p. Dissertação (Doutorado em Serviço Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2009.

* Submissão: 10/10/2010
Aceite: 13/03/2011