

ERENI DE JESUS GALVÃO

**EMBATES POLÍTICOS E SOCIAIS FRENTE À EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE
SAÚDE COMO DIREITO**

**TOLEDO
2008**

ERENI DE JESUS GALVÃO

**EMBATES POLÍTICOS E SOCIAIS FRENTE À EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE
SAÚDE COMO DIREITO**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Serviço Social, Centro de Ciências
Sociais Aplicadas da Universidade Estadual do
Oeste do Paraná, como requisito parcial à
obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.**

**Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Marli Renate von
Borstel Roesler**

**TOLEDO
2008**

ERENI DE JESUS GALVÃO

**EMBATES POLÍTICOS E SOCIAIS FRENTE À EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE
SAÚDE COMO DIREITO**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Serviço Social, Centro de Ciências
Sociais Aplicadas da Universidade Estadual do
Oeste do Paraná, como requisito parcial à
obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.**

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª: Marli Renate von Borstel Roesler.
Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

Prof^ª, Ms^ª: Cleonilda Sabaini Thomazini Dallago.
Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

Prof^ª Luzinete Ednilva Sachetti.
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Toledo, 07 de novembro de 2008.

Dedico este trabalho a todos os professores, a toda a minha família, em especial aos meus filhos: Daniele e Victor e a todos os que contribuíram para sua elaboração.

AGRADECIMENTOS

Em nossa jornada terrena existem pessoas que nós escolhemos para estar perto, porém, existem outras que são escolhidas por Deus para fazer parte de nossas vidas, e são como anjos que se alegram com as nossas realizações, se intristecem com nossos momentos difíceis. Porém estão sempre dispostas a estender as mãos ou simplesmente dizer: Tente outra vez! Você consegue!

São a vocês “meus anjos”, que eu tenho o imenso prazer de agradecer nesse momento único de minha vida:

À minha Prof^a. Dr^a. e orientadora: Marli Renate, pela dedicação, sabedoria paciência que dedicou na elaboração deste trabalho, pelo respeito as minhas limitações.

A todo o colegiado de Serviço Social, que ao longo desses quatro anos, de maneira diferenciada, possibilitaram o meu crescimento intelectual e me ensinaram que é nas diferenças que crescemos, pois não somos seres homogêneos.

À minha supervisora e amiga: Marinez de Carvalho, que não mediu esforços para entender as minhas dificuldades pessoais, que não foram poucas, porém com a sua colaboração essas ficaram bem mais fáceis de serem superadas.

À minha também supervisora de campo Estela, pela sua contribuição do desenvolvimento dos meus estágios.

À Prof^a e supervisora acadêmica Luzinete Ednilva, que me orientou desde o meu primeiro estágio.

À Prof^a Ms^a e coordenadora: Cleonilda S.T. Dallago, pela sua brilhante atuação frente à coordenação de estágio do curso de Serviços Social e compromisso com os acadêmicos.

À Prof^a: Márcia que mesmo sem me conhecer se disponibilizou em realizar a correção deste trabalho e a Franciele que foi o elo entre nós.

Às minhas queridas amigas, irmãs do coração, companheiras de trabalhos acadêmicos: Daniela, Geni e Martha, nesses quatro anos nos alegamos, nos entristecemos, enfim lutamos derrubamos barreiras e hoje podemos dizer: conseguimos!

À “galera” do contra, da qual eu faço parte com muito orgulho, pois soubemos nos posicionar nos momentos certos e não apenas fomentar discursos vazios.

Aos meus queridos filhos: Daniele e Victor, que apesar de cobrarem a minha ausência, souberam entender que eu não estava apenas lutando por um objetivo, mas pela

conquista de um sonho.

À minha mãe: Maria, que soube na sua simplicidade entender o que a universidade representava em minha vida, e pelos momentos que supriu a minha ausência junto aos meus filhos.

Ao Sergio que passou a fazer parte da minha vida no momento certo, e suportou do meu lado, o meu *stress*, a minha falta de tempo, meu mau humor, enfim tudo o que uma universidade nos proporciona.

E agradeço a mim mesma que ao longo da vida consegui derrubar todas as barreiras e limitações possíveis, pois posso afirmar que cada dia vivido na Universidade para mim representou uma conquista.

E principalmente a Deus que me deu forças para tornar o impossível possível.

E hoje posso dizer com orgulho “eu consegui realizar meu principal sonho”.

RISCOS

*Rir é correr o risco de parecer tolo.
Chorar é arriscar-se a parecer sentimental.
Dar as mãos é correr o risco de envolver-se .
Expor sentimentos é arriscar-se a não ser compreendido.
Defender sonhos é correr o risco de perder pessoas.
Amar é arriscar-se a se iludir.
Tentar é correr o risco de fracassar.
Riscos devem ser corridos.
O maior perigo é não arriscar nada! Você evita sofrimentos, mas não consegue nada, não cresce não ama, não vive.
Tire de cada dificuldade que a vida lhe trouxer, a lição de que nada tem valor a não ser o que é conquistado.
Somente quem corre riscos vence.*

(autor desconhecido).

GALVÃO, Ereni de Jesus. **Embates políticos e sociais frente à efetivação da Política de Saúde como direito**. Trabalho de Conclusão de Curso Bacharelado em Serviço Social. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Estadual do Oeste do Paraná - *Campus* - Toledo, 2008.

RESUMO

A Constituição Federal de 1988 no artigo 196 define a saúde como um direito de todos e dever do Estado, com acesso igualitário as ações de promoção, proteção e recuperação dos agravos e redução de riscos. A Lei Orgânica da Saúde LOS, aprovada em 1990 regulamenta e defini o que dispõe a Constituição no que se refere à saúde como direito fundamental do ser humano, devendo o Estado promover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Entre várias diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), estão inseridas a descentralização, atendimento integral com prioridade a saúde preventiva, e a participação da comunidade em geral. Sendo assim, neste trabalho o tema abordado versa sobre a compreensão dos usuários e funcionários da Unidade Básica de Saúde Pacaembu, localizada no Município de Cascavel-Pr, no que diz respeito ao SUS e a LOS, buscando entender se os mesmos percebem os serviços como direito ou ainda fazem a leitura da saúde pública como algo gratuito e que por esse motivo não tem o direito de reclamar ou perceber quando seus direitos estão sendo negados. Como objetivo específico o referido trabalho procura analisar o nível de compreensão dos usuários e funcionários em relação ao direito à saúde, se está, esta vinculada a uma mera assistência médica, ou conseguem ter a visão de uma saúde ligada a outros fatores sociais e de condições de qualidade de vida. Para a realização da pesquisa optou-se pelo método de estudo de caso, da abordagem qualitativa de pesquisa e da técnica de entrevista estruturada, utilizando como instrumental para registrar as informações formulários com questões abertas e previamente formuladas. A amostra da pesquisa foi realizada com de 10 usuários frequentadores da UBS, e 16 funcionários, que atuam oferecendo um serviço multidisciplinar. A participação dos mesmos torna-se relevante pelo fato de que por meio de seus atendimentos mantêm o contacto direto com os usuários também por eles serem usuários do SUS, pois segundo levantamento prévio, estes como funcionários públicos não contam com um sistema diferenciado de assistência médica. É importante salientar que não foi realizado perfil socioeconômico dos sujeitos envolvidos com a pesquisa, por considerar que a informação perpassa pelos mesmos direito de igualdade e universalidade.

Palavras chave: política de saúde, participação, direito.

LISTA DE QUADROS

QUADRO-I	EIXO TEMÁTICO PARA ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.	23
QUADRO-II	ESCOLARIDADE, IDADE, TEMPO DE SERVIÇOS, SEXO, DOS FUNCIONÁRIOS E USUÁRIOS.	31

LISTA DE SIGLAS

ABESS	Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social.
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva.
ACS	Agente Comunitário de Saúde.
AIS	Ações Integradas de Saúde.
ANAS	Associação Nacional de Assistência Social.
BNH	Banco Nacional de Habitação.
CAPS	Caixas de Aposentadoria e Pensões.
CAPSI	Centro de Atenção Psíquico Social
CAPSI - AD	Centro de Atenção Psíquico Social - Álcool e Droga.
CASM	Centro de Atenção à Saúde Mental.
CEBES	Centro Brasileiro de Educação e Saúde.
CEDIP	Centro Especializado de Doenças Infectas Contagiosas.
CF/88	Constituição Federal Brasileira de 1988.
CFAS	Conselho Federal de Assistência social.
CFESS	Conselho federal de Serviço Social.
CNS	Conferência Nacional de Saúde.
CONASEMS	Conselho Nacional de secretários municipais de saúde.
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
CPMF	Contribuição provisória sob Movimentação Financeira.
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social.
FMI	Fundo Monetário Internacional.
IAPAS	Instituto Nacional de Administração da Previdência Social.
IAPS	Instituto Nacional de Previdência Social.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
ICMS	Imposto sob Circulação de Mercadorias
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social.
IPTU	Imposto Sobre Propriedade Urbana.
IPVA	Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores.
ISS	Imposto Sobre Serviços.
LBA	Legião Brasileira de Assistência.

LOS	Lei Orgânica da Saúde.
MDS	Banco Mundial de Desenvolvimento Social.
NOB	Norma Operacional Básica.
PAB	Plena de Atenção Básica.
PAC	Pronto Atendimento Continuado.
SAMU	Serviço de Atenção Móvel de Urgência.
SESAU	Secretaria de Saúde.
SIC	Segundo Informação Colhida.
SINPAS	Sistema de Integração Nacional de Previdência Social.
SUDS	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde.
SUS	Sistema Único de Saúde.
UBS	Unidade Básica de Saúde.

SUMÁRIO

RESUMO.....	8
LISTA DE QUADROS.....	9
LISTA DE SIGLAS.....	10
INTRODUÇÃO.....	13
1 POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL, E AS CORRELAÇÕES COM A POLÍTICA DE SAÚDE – A PARTIR DE 1930.....	17
1.1 O APARATO ESTATAL E AS RESPOSTAS PARA MINIMIZAÇÃO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS.....	20
1.2 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA.....	23
1.3 REFORMA SANITÁRIA: INTENÇÃO DE CONSTRUÇÃO DE UM PROCESSO DEMOCRÁTICO PARA A SAÚDE PÚBLICA.....	26
1.3.1 Criação do Sistema Único de Saúde.....	29
2 RESPONSABILIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DIANTE DAS NOVAS DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	33
2.1 O MUNICÍPIO DE CASCAVEL E A ESTRUTURAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE	39
2.2 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CASCAVEL.....	40
2.2.1 Unidade Básica de Saúde Pacaembu.....	45
3. ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA.....	51
3.1 METODOLOGIA DA PESQUISA.....	51
3.2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA.....	53
3.2.1 Eixo-I Perfil dos funcionários.....	54
3.2.2 Eixo III: Compreensão dos Funcionários e Usuários sobre SUS.....	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
REFERÊNCIAS.....	69
APÊNDICES.....	73
ANEXOS.....	77

INTRODUÇÃO

O Sistema de saúde no Brasil passou por intensas mudanças principalmente após um longo período de ditadura e repressão decretada pelo regime militar que perdurou até 1964. Nos anos de 1970 e 1980 a sociedade participou com mais intensidade do processo de democratização política do país, paralelamente a esse contexto aconteceram grandes movimentos, lutas populares em defesa da saúde, que ficou conhecido como Reforma Sanitária, que culminou na unificação do Sistema Único de Saúde (SUS) com a Constituição Federal de 1988.

As mudanças introduzidas a partir do texto constitucional de 1988, fomentaram a aprovação da Lei do SUS 8.080/90 e da Lei Orgânica da Saúde LOS 8.142/90. Nesse período as decisões em matéria de saúde pública trouxeram modificações significativas no desenho e formulação da política do SUS, com importantes inovações institucionais em termos de estrutura e dinâmica do processo decisório, com a inserção de novos sujeitos na constituição do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

Entretanto, no cotidiano das instituições que prestam serviços pelo SUS às precariedades não foram eliminadas. Estas podem ser consideradas como entraves do Sistema de Saúde Pública no Brasil, e se vinculam: as limitações nos atendimentos, longas listas de espera para atendimento com especialistas, demanda reprimida no atendimento médico e saúde preventiva voltada para doenças já instaladas (hipertensão, diabetes e desnutrição).

São limitações constatadas por meio dos embasamentos teóricos sobre as políticas sociais e setoriais e pela minha inserção nas Instituições de Saúde através do estágio curricular, realizado no ano letivo de 2007 na Unidade Básica de Saúde (UBS) Remigio Ribelato, e em 2008 no Pronto Atendimento Continuado PAC – I¹, no Município de Cascavel – PR, diante da práxis, foram surgindo indagações a respeito dos serviços prestados pelas Instituições de saúde conveniadas pelo SUS.

E também quando por meio de informações colhidas junto aos funcionários e usuários da Unidade Básica de Saúde Pacaembu no ano de 2008, do bairro onde resido, verifiquei que os atendimentos eram limitados para usuários que faziam parte da área de abrangência da UBS, essa prática é justificada como uma organização e normatização do

¹A UBS Remigio Ribelato localiza-se na rua Siriema s/n, no bairro Floresta em Cascavel e o PAC – I na avenida Tancredo Neve região leste do mesmo município, o estágio foi realizado em duas instituições de saúde devido à transferência da Assistente Social da UBS.

sistema.

No entanto, fere o direito ao acesso universal defendido no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2006).

Essa limitação nos atendimentos ocorre na UBS, sem questionamento por parte dos usuários, estes agem pacatamente diante de normas que muitas vezes só correspondem a interesses institucionais, parte-se do pressuposto que os funcionários e usuários desconhecem as principais leis e diretrizes do SUS que define a saúde como um direito de todos, entre outras leis constituídas.

Para a construção deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em Serviço Social se elegeu como problema às limitações imposta para os usuários nas prestações dos serviços, a importância da informação entre os sujeitos envolvidos, baseando-se que informar e ser informado também representa um direito constituído.

Para tanto como objetivo geral este trabalho se propõe analisar a compreensão dos funcionários e usuários a respeito das diretrizes do SUS e da Lei Orgânica de Saúde. E como objetivos específicos – identificar o nível de compreensão dos sujeitos em relação à saúde pública; e ponderar sobre o nível de conhecimento destes a respeito das Leis e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Para se chegar aos objetivos, buscou-se fundamento nos referenciais teóricos, na pesquisa de campo qualitativa e estudo de caso. Os dados foram compilados por amostragem aleatória entre 16 funcionários e 10 usuários da UBS.

A participação dos funcionários torna-se relevante pelo fato destes também serem usuários do SUS, pois segundo levantamentos prévios realizados com os profissionais, estes não possuem um sistema de saúde diferenciado.

Argumenta-se que com a Constituição Federal de 1988, a área de saúde foi a que mais obteve sucesso no que diz respeito ao fortalecimento dos direitos sociais², porém com modelo bastante programático em diversos aspectos, apesar da legitimidade da saúde pública conseguida por meio da carta constitucional, no cotidiano observam-se muitos embates políticos e sociais frente a sua efetivação.

Segundo Nogueira e Miotto (2006), o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado

²[...] existem dois paradigmas para compreender a idéia que iluminou o movimento de conquista de direito. O primeiro é o defendido pelos jusnaturalistas, que compreendem o campo do direito como algo inerente à condição humana, por si só, é detentora de direitos. O segundo, representado pela idéia de que os direitos são resultados do movimento histórico em que são debatidos, correspondendo a um homem concreto e as suas necessidades, delimitado pelas condições sociais, econômicas e culturais de determinada sociedade, 'os direitos do homem são direitos históricos que emergem gradualmente das lutas que o homem trava por sua própria

também devido a situações de desigualdades na assistência à saúde da população, e nasceu com o intuito de universalizar o acesso ao atendimento a saúde, tornando-se obrigatório o atendimento público e “gratuito³” a qualquer pessoa, perante a Constituição Federal todos têm direito a serem atendido, sendo asseguradas ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade e necessidade de cada cidadão, em qualquer localidade no território brasileiro, onde morar, sem privilégios, barreiras e cerceamentos de direitos.

O referido trabalho também discorre sobre a atuação do Assistente Social junto à política de saúde, pois segundo Yamamoto (2000), a saúde vem se constituindo em uma área que mais tem contratado Assistentes Sociais nas últimas décadas, com a implantação do Sistema Único de Saúde. Estes profissionais são requisitados para atuarem junto às complexidades da área de saúde, com objetivo de superar o conceito de saúde enquanto ausência de doença.

Ressalta-se que a Reforma Sanitária designou um novo contexto sobre a saúde, ao veiculá-la a outros fatores de agravos das doenças, estes podem ser caracterizados pela falta de emprego, de salários justos, de educação com qualidade, de meio ambiente saudável, saneamento básico adequado, de habitação digna, de cultura e lazeres.

E também a ideologia da política neoliberal inserida na constituição do SUS, com a promoção dos serviços privados em detrimento ao do sistema público dificultam todo um entendimento de saúde plena baseada em direitos.

Com todo o contexto histórico do SUS, procurar-se-á entender a lógica da política de saúde, os novos espaços de interlocução entre Estado e sociedade civil e os avanços e retrocessos na operacionalização da saúde pública⁴ em nível local.

A construção deste trabalho encontra-se separado por capítulos sendo que: o primeiro deles refere-se ao surgimento das medidas de proteção previdenciária, vinculada ao mercado de trabalho formal; Reforma Sanitária e a interferência do Estado neoliberal na sua formulação; a unificação do Sistema Saúde e a participação dos novos atores e gestores de

emancipação e das transformações das condições de vida que essas lutas produzem’[...] (BOBBIO, *apud* ROJAS COUTO, 2004, p.34).

³Segundo o professor Elias Antonio Jorge no texto Financiamento setorial do Sus e a questão da Municipalização da Saúde p. 49. Não existem serviços de saúde gratuitos, existem sim serviços de saúde custeados com o dinheiro público (dinheiro do povo, de todos).

⁴“A arte e a ciência de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde e a eficiência física e mental mediante o esforço organizado da comunidade. Abrangendo o saneamento do meio, o controle das infecções, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e pronto tratamento das doenças e o desenvolvimento de uma estrutura social que assegure a cada indivíduo na sociedade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde” (SAÚDE PÚBLICA, 2008).

saúde; e o reconhecimento da saúde como direito.

O segundo capítulo dedica-se a contextualização histórica da saúde pública no município de Cascavel-PR, a apresentação dos serviços, a responsabilização direcionada ao município a partir da descentralização dos serviços, a organização da rede, sua hierarquização e a institucionalização das Unidades Básicas de Saúde.

Já o terceiro capítulo discorre sobre a apresentação, análise e interpretação dos dados da pesquisa de campo, o entendimento dos usuários e funcionários a respeito do sistema único de saúde, os embates políticos e sociais frente à efetivação da política de saúde e os avanços e retrocessos do Sistema na atualidade. E por fim apresenta-se a conclusão final com destaque para a importância do conhecimento dos sujeitos na construção democrática do Sistema Único de Saúde.

1 POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL, E AS CORRELAÇÕES COM A POLÍTICA DE SAÚDE – A PARTIR DE 1930.

O processo histórico das políticas sociais no Brasil tem como eixo central o reconhecimento da “questão social”⁵, as dicotomias existentes na relação capital e trabalho, e os seus embates no que se refere as políticas sociais como consolidação de direitos, e as mudanças conjunturais ocorridas no Brasil, na década de 1930 a 1945, implementaram o surgimento do primeiro Sistema de Seguridade Social; já o período de 1964 foi caracterizado pelo regime militar, década de ditadura e repressão e que se deu grande rebatimentos nas políticas econômicas e sociais, quanto ao período que antecede a Constituição Federal de 1988, este foi marcado por grades revoltas e movimentos sindicais, momento em que eclodiu grandes lutas em defesa das necessidades básicas da classe trabalhadora, e colocou no cenário político as expressões da “questão social”, na lógica do capitalismo o Estado⁶ se reestrutura para dar respostas as pressões populares. Nessa perspectiva Netto enfatiza:

[...] responde as pressões dos segmentos da população afetados pelas varias expressões da ‘questão social’. No domínio da saúde, habitação, da educação, da renda, do emprego etc., o foco das políticas sociais recai sempre sobre uma expressão ou expressões da chamada “questão social”. O Estado apresenta respostas quando os afetados por expressões são capazes de exercer, sobre ele uma pressão organizada [...] (NETTO, 2003, p.15).

Existe um certo consenso teórico contextual, em torno do final do Século XIX como sendo um período de criação e multiplicação das primeiras legislações e mediadas de proteção social.

Behring (2006) define que as políticas sociais têm sua gênese com o surgimento da sociedade capitalista, precisamente com o reconhecimento da “questão social” como

⁵ “[...] por ‘questão social’ no sentido universal do termo, queremos significar o conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs no mundo no curso da constituição da sociedade capitalista. Assim a ‘questão social’ esta fundamentalmente vinculada ao conflito entre o capital e o trabalho” (CERQUIRA FILHO, 1982, p.21).

⁶ As concepções de Estado e de sociedade civil aqui adotada baseiam-se nas elaborações de Antonio Gramsci, que enriquece a teoria marxista clássica de Estado, considerada em sentido estrito como organismo de coerção e dominação pela classe dominante. Para Gramsci, o Estado comporta duas esferas: a sociedade política ou Estado no sentido estrito de coerção, e a sociedade civil, constituída pelo conjunto de organizações responsável e /ou difusão das ideologias, como os sindicatos, partidos, igrejas, o sistema escolar, a organização material da cultura (imprensa, meios de comunicação de massas) e as organizações profissionais. São estas duas esferas que formam em conjunto o Estado no sentido amplo, ou, nos termos de Gramsci, sociedade política mais sociedade civil, (RAICHELIS, 2006, p.79).

inerente às relações sociais existentes no modo de produção, e no momento em que os trabalhadores assumem um papel político e até revolucionário, o Estado procura dar resposta às pressões por meio da implementação das políticas sociais, que no surgimento foram apenas para atender os trabalhadores ferroviários que contribuía voluntariamente com um fundo, para custear despesas com a aposentadoria e eventuais anormalidades no processo de trabalho.

Sandroni; Boschetti *apud* Behring, (2006) afirmam que o período de instauração das políticas social no Brasil foi marcado também pela influência das políticas de seguridades sociais Européia, no período pós Guerra Mundial, no qual a Europa ocidental assiste a singular experiência de construção do *Welfare State* (Estado de Bem-Estar Social), momento em que os governos de diversos países assumiram a responsabilidade de garantir aos cidadãos educação, saúde, emprego e variados padrões de proteção social, com destaque para o plano Beveridge (1942), que aplicando as teorias keynesianas⁷ de redistribuição de renda, serviu de base para a reforma da estrutura da previdência social na Inglaterra e em vários outros países, difundindo a perspectiva da seguridade social universalizada que articulava a previdência e assistência social.

Segundo a mesma autora, no contexto europeu, a necessidade de reconstrução da economia nacional daquele país, encontrou uma classe trabalhadora fortemente mobilizada, com o crescimento da base social dos partidos de ideário socialista, motivado pela sensação de forte insuficiência do capitalismo e pela presença da União Soviética entre os países vencedores da guerra. Nesse contexto político de difusão do ideário socialista foi que se plasmaram os sistemas de seguridade social da Europa Ocidental como resposta política daqueles Estados às demandas da classe trabalhadora, as respostas às reivindicações da sociedade civil, culminou na constituição do Estado de Bem-Estar, nos quais as crises econômicas sociais da primeira metade do século pareciam seguramente afastadas do horizonte capitalista nessa perspectiva:

[...] da segunda metade do século XIX e no início do século XX, como resultados de alguns processos políticos econômicos dos quais vale destacar dois. O primeiro foi o crescimento do movimento operário, que passou

⁷[...] A expressão teórica e intelectual dessa limitada autocracia burguesa teve seu maior expoente em Jhon Maynard Keynes (1983), com a teoria geral, de 1936. Com a curiosidade intelectual aguçada pelos acontecimentos do final dos anos 20, este economista inglês vai se afastar da ortodoxa em que foi formado. A situação de desemprego generalizado dos fatores de produção – homens, matérias-primas e auxiliares, máquinas – no contexto da depressão indicavam que alguns pressupostos clássicos e neoclássicos da economia política não explica os acontecimentos. Keynes questionou alguns deles, pois via a economia como ciência moral, não natural; considerava insuficiente a Lei de Say (Lei dos Mercados), [...] Segundo Keynes, cabe ao Estado o papel de restabelecer o equilíbrio econômico, por meio de uma política fiscal [...]. (BEHRING, 2006, p. 20-21).

ocupar espaços políticos importantes obrigando a burguesia “*entregar os anéis para não perder os dedos*”, diga-se a reconhecer direitos de cidadania política e social cada vez mais amplos [...] o segundo não menos significativo processo foi à concentração e monopolização do capital [...] (BEHRING, 2006, p.19-20- grifo da autora).

No Brasil implantou-se um sistema de proteção social, subordinado pelas instituições políticas e econômicas internacionais, desenvolvido pelo mercado com um papel hegemônico, o modelo de desenvolvimento conservador, onde ideais do Estado de Bem Estar jamais se constituiu.

Segundo Faleiros (2000) de 1930 a 1945 no período de governo do Presidente Getúlio Vargas, por intermédio de uma política populista e centralizadora inicia-se a incorporação das políticas de seguridades sociais pelo Estado com objetivo de controlar as greves e os movimentos sindicais como ocorreram em outros países capitalistas.

Segundo este autor, notórias alterações ocorreram na sociedade brasileira nesse período, como o processo de industrialização; a redefinição do papel do Estado; e o surgimento das políticas sociais como respostas às reivindicações dos trabalhadores, [...] “falava-se explicitamente em substituir a luta de classes pela colaboração de classes” [...] era a resposta imediata do governo para tentar conter os movimentos trabalhistas, e manter a classe trabalhadora minimamente satisfeita, para os manter na linha de produção.

Para o autor citado, o modelo getulista de proteção social instituído baseava-se em benefícios assistencialistas e se definia, em comparação com que se passava nos países capitalistas, fragmentação de trabalhadores em categorias, implementação de benefícios limitado e desigual, que representava apenas em medidas de minimização e controle, que se focalizava em quem podia contribuir com a previdência, ou somente para os mais pobres, sem qualquer atribuição de direitos, assim foram se constituindo as políticas sociais e a setorialização e o surgimento das primeiras instituições de assistência que tinham suas ações bem definidas pelo Estado. Conforme o explicitado acima Faleiros expõe:

[...] Em 1924, foi criada a Legião Brasileira de Assistência (LBA), coordenada pela primeira-dama, para atender as famílias de pracinhas envolvidos na guerra. Mas depois em 1946, passa a dedicar-se a maternidade e a infância, implantando postos de serviços de acordo com interesses, apoios e conveniência, buscando a legitimação do Estado junto aos pobres. Na distribuição de benefícios sociais predominava o assistencialismo, numa junção de obras de caridade na maioria religiosas, com ações das primeiras-damas (FALEIROS, 2000, p.45).

No tocante ao surgimento das medidas de proteção social, conforme conteúdo apreendido em sala de aula de “questão social”⁸, ocorreram avanços contraditórios na instituição das políticas sociais, com o aumento da industrialização e o grande aumento das zonas urbanas e o êxodo rural vivenciado na constituição da sociedade brasileira, ao mesmo tempo que crescia a concentração de renda para os que detinham o poder, os que representavam as expressões da “questão social” foram empurrados para a periferia, aumentando o risco de agravos de doenças e outras mazelas da pobreza⁹.

Estas questões fomentaram as lutas da classe trabalhadora pela garantia da satisfação das necessidades básicas e sociais como: alimentação, habitação, saúde, educação e saneamento básico, fato que possibilitou a transformação das expressões da “questão social” em fato político, e forçou o Estado a intervir com políticas sociais com objetivos imediatos, as quais têm em sua essência o caráter de atender somente os mais pobres, e se anteceder frente às necessidades, para controlar e conter movimentos da classe trabalhadora ao mesmo tempo em que capitalista também exigiram do Estado uma maior interferência no sentido não só de amenizar a expressão da “questão social”, como também garantir o crescimento econômico e a hegemonia do capital¹⁰.

O Estado, segundo Bravo (1996) em face da “questão social” no período de 1964 a 1974, se utilizou para sua intervenção o binômio, repressão - assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação e controle sobre a sociedade, e suavizar as tensões sociais, e conseguir legitimidade para o regime ditatorial, período pelo qual o modelo de saúde e de assistência foi constituído e alicerçado pela lógica econômica do mercado não tendo, portanto, o caráter universal.

1.1 O APARATO ESTATAL E AS RESPOSTAS PARA MINIMIZAÇÃO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS

Netto (2006), ressalta que historicamente no Brasil, principalmente em meados do

⁸Aula ministrada pela docente: Zelimar Soares Bidarra, no dia 27 de outubro de 2007, na disciplina de questão social II.

⁹[...] como problema que inquieta e choca a sociedade, a pobreza aparece, no entanto no registro da patologia, seja nas evidências da destituição dos miseráveis que chamam pela ação protetora e assistencial do Estado, seja nas imagens da violência que apelam para sua ação preventiva e, sobretudo, repressiva. Num registro ou no outro, a pobreza é encenada como algo externo a um mundo social [...].(TELLES, 1999, p 104).

¹⁰[...] por isso mesmo, a produção capitalista não é tão-somente produção e reprodução de mercadorias e de mais-valia: é produção e reprodução de relações sociais [...]. (NETTO, 2006, p.136).

século XIX as políticas sociais foram efetivadas pela a lógica da formação da classe capitalista que se pautam nas políticas sociais incorporadas pelo Estado, para manter a classe trabalhadora na linha de produção, o autor afirma também que as situações de desigualdades somente foram atenuadas quando a classe trabalhadora tornou visível para a classe dominante através das manifestações e movimentos sindicais, as explorações existentes na relação capital trabalho.

O mesmo autor (2006), afirma também que essa relação motivou a ampliação do Estado, o qual constituiu-se num espaço de lutas sociais, porém esse continua impregnado pela ideologia da classe dominante, representando os interesses desta. Portanto, desde o seu surgimento, as políticas sociais apresentam caráter contraditório, não foi somente a classe trabalhadora que reagiu exigindo proteção, intelectuais, reformadores e até mesmo os detentores do capital passaram a ver vantagens no intervencionismo do Estado, visando principalmente à preservação do próprio sistema e a manutenção da pobreza que para a classe dominante representam um exército de reserva interessante ao sistema capitalista. Nesse sentido quanto às políticas sociais, Pereira (2000) expõe:

[...] as políticas sociais não pode ser analisadas de forma linear, como uma função apenas das necessidades do desenvolvimento capitalista ou como o resultado apenas das lutas da classe trabalhadora organizada, [...] convém, portanto encarar a política social como unidade contraditória que expressa uma colisão instável entre positivo e negativa (PEREIRA, 2000, p.54).

Bravo (1996) destaca que diante desse contexto histórico, o surgimento do Sistema de Seguridade Social dos trabalhadores, foram incorporadas pelo Estado e setorialização em diferentes períodos, porém sem desmistificar-se dos ideários capitalistas, que fazem o econômico sempre se sobressair ao social. Em 24 de janeiro de 1923 funda-se o primeiro modelo de atenção/seguro do trabalhador que teve origem com a Lei Eloy Chaves, criada pelo decreto nº 4.682, sob a qual institui as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), que eram benefícios pagos proporcionalmente conforme o salário estipulado em carteira de trabalho, e tinha assistência prevista como: assistência médica-curativa, fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral, porém contemplavam somente os trabalhadores ferroviários, as classes assalariadas urbanas até então eram assistidas pela filantropia como o resto da população em geral.

Segundo a mesma autora quando surgiram as CAPS, os serviços médicos eram

comprados do setor privado, com recursos oriundos das contribuições dos trabalhadores, por meio do mecanismo de credenciamento médico, instituindo-se assim uma divisão de responsabilidade, assim o Estado ficava reservado as medidas coletivas de saúde, particularmente pelo controle de endemias como varíola e febre amarela, cabe enfatizar que nesse período a concepção da assistência médica era muito mais priorizada e restrita que saúde, sendo que em 1930 foram formados também os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS), que institucionalizaram o seguro social fragmentando as classes assalariadas urbanas por inserção nos setores de atividades econômicas como: os marítimos, bancários, comerciários industriários e outros. Nesse momento os IAPS passam a ser geridos pelo Estado, continuando a contar com recursos financeiros de origem tripartite, com a diferença marcante da contribuição patronal sendo calculada como as dos empregados sobre os salários pagos, e continuaram convivendo por década com a estrutura das CAPS(s), as quais permaneceram até 1966, quando então foi unificado todo o sistema de previdência social e foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (BRAVO,1996).

A autora acima citada destaca ainda que a unificação da previdência social se deu atendendo duas características fundamentais: o crescimento do papel interventivo do Estado na sociedade e o descarte dos trabalhadores do cenário político, com a exclusão na gestão da previdência, ficando a classe trabalhadora apenas com o papel de financiadora da assistência privada, pois continuavam a ter acesso aos benefícios sociais somente os que estavam no mercado formal.

Conforme a mesma autora, os recursos aplicados na previdência eram retirados dos trabalhadores por intermédio de contribuições voluntárias que posteriormente se tornou obrigatório. O Estado tomou posse dessas contribuições e os trabalhadores não participavam das aplicações, assim o não controle por parte dos trabalhadores contribuiu para o surgimento de inúmeras distorções do Sistema com fraudes e corrupções envolvendo, de um lado, os interessados em ganhar com as doenças da população e, do outro, os dirigentes nacionais descompromissados com a saúde da população, sendo que os recursos públicos eram usados para fins clientelísticos. Quanto aos serviços, estes, eram pagos conforme procedimentos realizados sem qualquer mecanismo de controle por parte dos trabalhadores que financiavam os mesmos. Em relação ao Estado nesse período de desenvolvimento e modernização, se constituiu apenas em uma poderosa estratégia de controle da classe operária, favorecendo sempre a produção e o acúmulo do capital. No tocante ao exposto acima, Bravo explicita:

A criação do INPS, em 1966 ao unificar os antigos IAPS, constituiu-se na modernização da máquina estatal, aumentando seu poder regulatório sobre a sociedade, além de representar um esforço de desmobilização das forças políticas estipuladas no período "populista", trata-se, portanto de uma reorientação das relações entre Estado e trabalhadores (BRAVO, 2006, p.93).

Diante do contexto histórico, constata-se que a política nacional de saúde pública, e as políticas sociais, sempre tiveram que enfrentar uma constante tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros e também os objetivos por parte do Estado, que busca maior efetividade no enfrentamento da "questão social", porém sem afetar a relação capital x trabalho e a acumulação produtiva.

1.2 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA

Oliveira e Fleury *apud* Bravo (2006), afirmam que com a criação do INPS, em 1966, um novo padrão de organização de serviços médicos previdenciários foi implantado, pois se priorizava a contratação de serviços terceirizados, em detrimento dos serviços próprios da previdência, cabendo ao Estado propiciar o crescimento e a expansão da iniciativa privada, o que tornou a prática médica um serviço altamente lucrativo. Vale enfatizar que esta prática ocorreu durante o governo militar que priorizou o setor privado, reproduzindo na política social as tendências da nova política econômica que se instituiu com:

[...] Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas [...], criação do complexo médico-indústria, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas [...]. (OLIVEIRA; FLEURY, *apud* BRAVO, 2006, p.94).

Segundo a autora citada, para a elite dirigente as deficiências nos serviços de saúde pública se caracterizavam principalmente por falta de capacidade gerencial e a pouca participação da iniciativa privada, o setor de saúde precisaria assumir as finalidades capitalistas, para isso incorporou as modificações tecnológicas ocorridas no exterior, propondo medidas como a reestruturação do setor, porém sem afetar o modo de prestação de assistência médica, assim a saúde nesse contexto continuava sendo concebida de forma individual e com o modelo médico privatista. Com a reestruturação da Previdência em 1977,

surge o Sistema de Integração Nacional de Previdência Social (SINPAS), este sistema integrou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto nacional de Administração da Previdência Social (IAPAS).

Segundo o Ministério de Saúde (2002), os escândalos, fraude e o mau gerenciamento dos serviços, como já foram contextualizado nos primeiros capítulos, também fizeram parte da constituição do Sistema de Saúde, motivo que fez com que o Governo nomeasse um conselho consecutivo formado por técnicos da área de saúde para análise da situação com o intuito de reverter à situação e principalmente para obter um controle dos gastos com a saúde. Os resultados apontaram para uma nova modalidade de saúde coletiva com ênfase a assistência ambulatorial, propondo também uma integração dos serviços nas diferentes instancias de Governo, integrando as esferas Municipais, Estaduais e Federais. Os trabalhos do Conselho Consultivo deram início as Ações Integradas de Saúde (AIS), que se caracterizava pela participação das secretarias Municipais, Estaduais e órgãos Governamentais presentes nas regiões para buscar desenvolver estratégias de ações de saúde integrando os serviços (BRASIL, 2002).

As propostas de mudanças encontraram grande resistência por parte de grupos com interesses contrários, esses se articularam para pressionar lideranças políticas por meios dos lobbies, para assim conseguir garantir nas assembleias Legislativas e no Congresso Nacional a aprovação de medidas que lhes favorecessem. Entre esses grupos estavam incluídos os que defendiam os interesses das medicinas de grupos e das indústrias farmacológicas, grupos esses que, interferiram no esforço e na reversão do setor público impedindo que o mesmo conseguisse um real crescimento e mudanças na forma de prestações e atendimentos dos serviços de saúde, (PARANÁ, 2006, p.9)

Faleiros (2000), argumenta que mesmo com as mudanças e as reestruturações, os problemas estruturais não foram resolvidos nesse período de 1974 a 1977 cerca de 40 milhões de brasileiros não tinham acessos aos serviços médicos, reafirmando as desigualdades nos serviços prestados. Nesse sentido o setor privado era para os ricos, os planos de saúde para um pequeno número de contribuintes, trabalhadores assalariados, e classe média, os serviços públicos eram para os desprovidos de recursos financeiros e sem trabalho.

Conforme o mesmo autor o Brasil nesse período, passa por modificações significativas, assim como as políticas sociais, que já se encontravam incorporadas pelo Estado e setorialização, o modelo repressivo, centralizador, autoritário e desigual não veio a se constituir como um projeto universal de cidadania, era continuidade de um modelo

fragmentado de incorporação social da população em conformidade com os arranjos e rearranjos do bloco do poder, a ruptura com o regime militar foi lenta e gradativa.

Nesse contexto Faleiros (2000) pontua os momentos relevantes para a sociedade brasileira no processo de implantação das políticas setoriais em consonância com as ideologias governamentais. Nos escritos desse autor encontra-se:

[...] A política de habitação, do então criado Banco Nacional de habitação (BNH) serviu ao Governo para reativar a economia e financiamentos para as classes médias terem acesso a casa própria. Para os pobres a LBA passou a ter programas de cursos de artes domésticas e de ajudas restritas, definidos em pacotes elaborados pelos tecnocratas de cima para baixo. A internação de meninos de rua foi a principal resposta para os considerados marginais ou em situação irregular, conforme o Código de Menores de 1979. [...] anistia, em 1979, que possibilitou o perdão aos torturadores e concebeu direitos políticos e civis aos considerados inimigos internos do regime de segurança nacional, [...] 1982, houve eleições para governadores, e em 1984, a luta pelas eleições diretas para a Presidência da República resultou em eleições indiretas e convocação de Assembléia Nacional Constituinte em 1986, com os mesmos congressistas eleitos para a legislatura normal. (FALEIROS, 2000, p.47-48).

Bravo (1996), também pontua alguns avanços na saúde durante o período e afirma que no ano 1988 com o esforço dos profissionais da área de saúde, e pelas proposições defendidas pelo movimento sanitário na defesa de uma saúde coletiva, e das organizações populares em defender a saúde como direito do cidadão e dever do Estado foi colocado na redação final da Constituição Federal no artigo 196, o direito a universalidade, integralidade e a equidade¹¹ nos serviços prestados.

Inaugura-se assim um novo sistema de Proteção Social, cabendo as questões públicas sob responsabilidades do Estado, este processo no plano jurídico representou, a promessa da afirmação e extensão dos direitos sociais¹² e o enfrentamento dos grandes índices de desigualdades existentes na prestação de serviços na área de saúde pública, e no

¹¹Universalidade – É a garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade o cidadão tem o direito de acesso a todos os serviços de saúde, seja público ou contratado/conveniado pelos serviços públicos. A saúde é um direito do cidadão e dever dos Governos: municipal, estadual e federal. Equidade – É a garantia de que todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido nos serviços de saúde em qualquer nível de complexidade de assistência, conforme cada caso requeira independente de seu local de moradia sem privilégios e/ou barreiras até o limite de que o sistema pode oferecer. Integralidade – É a compreensão de que o homem é um ser integral e deverá ser atendido por um sistema integrado pelas ações que visam promover, proteger e recuperar a saúde. (PARANÁ, 2006).

¹²[...] para uma adequada leitura da interpretação da trajetória da conquista dos direitos, é fundamental a pontuação do tempo cronológico. Assim, de maneira geral, e perceptível que: os direitos civis foram conquistadas efetivadas no século XVII; os direitos políticos, no século XIX, enquanto os direitos sociais são conquistadas realizadas no século XX [...], (MARSHALL, *apud*, ROJAS COUTO, 2004, p.33).

artigo 196 da Constituição Federal de 1988 fica definido que:

Art.196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2001,edição 16, p.115)

E no artigo 194 da Constituição Federal de 1988, parágrafo único fica definido que:

A seguridade social compreende um conjunto de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, a previdência e a assistência social (BRASIL, 2001, Edição 16, p.113).

Os avanços no plano formal são indiscutíveis, porém no reconhecimento de direitos sociais¹³, existe grande distância entre as determinações constitucionais e as condições do efetivo exercício desses direitos, pois apesar de todas as mudanças ocorridas no Brasil, essas não conseguiram diminuir os índices de desigualdades nos atendimentos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (Bravo, 2001).

Para a mesma autora, outro avanço conseguido após a Constituição Federal de 1988, diz respeito à participação da sociedade na gestão das políticas públicas¹⁴, principalmente na área de saúde o texto constitucional foi elaborado quase que totalmente com base nas proposições defendidas durante vários anos pelo movimento sanitário. Porém cabe ressaltar que em algumas regiões as reformas propostas pelos Governos, as descentralizações dos serviços também representam formas de manipulação política, representam também a fragmentação nos atendimentos, que acaba desenvolvendo ações focalizadas no indivíduo e não mais no coletivo.

1.3 REFORMA SANITÁRIA: INTENÇÃO DE CONSTRUÇÃO DE UM PROCESSO DEMOCRÁTICO PARA A SAÚDE PÚBLICA

¹³A Constituição Federal de 1988 no artigo 6º, p. 20 de fine como direitos sociais: o direito a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção a maternidade e a infância, e a assistência aos desempregados.

¹⁴[...] trata-se, assim, da formulação, implementação e gestão de políticas públicas, concebidas como linhas de ação coletiva que concretizam direitos sociais, por meio dos quais são distribuídos ou redistribuídos bens e serviços em resposta a demanda coletiva [...]. (POTYARA, *apud* RAICHELIS; WANDERLEY, 2006, p. 6).

Segundo Bravo (2006), a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, as questões sobre saúde pública, contaram com a inserção de novos atores na discussão das condições de vida da população e também das propostas governamentais para o setor, o que possibilitaram novos debates, e com aumento da participação da sociedade civil.

A saúde após 1988 deixou de ser preocupação somente dos técnicos e profissionais ligados aos serviços de saúde, para assumir uma dimensão política.

Nesse sentido, Bravo (1996) destaca alguns personagens que entraram em cena na atual conjuntura de Reforma do Sistema de Saúde:

[...] profissionais de saúde, representados pelas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; movimento sanitário, tendo o CEBES¹⁵ como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizam eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil. [...] (BRAVO, 1996, p.62).

A Reforma Sanitária, para a mesma autora, propôs um projeto com base em uma nova relação do Estado com a sociedade, motivando a participação de novos sujeitos sociais na definição da política setorial, através das instituições de novos mecanismos de interferência como os Conselhos e Conferências de Saúde em nível Local, Municipal e Estadual, constituindo os conselhos como inovação fundamental na gestão da política de saúde, dentre as varias propostas apresentadas tiveram destaque as que propunham um novo direcionamento para o Sistema de Saúde. A esse respeito Bravo (2000), enfatiza:

[...] a universalização do acesso; a concepção de da saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e democratização do poder local, através de novos mecanismos de gestão – os conselhos de saúde (BRAVO, 2000, p. 109).

Bravo (1996), acredita que a Reforma Sanitária se pautou também nas

¹⁵ CEBES Centro Brasileiro de Educação e Saúde.

deliberações que ocorrem na VIII Conferência de Saúde de 1986 que aconteceu em Brasília-DF, sendo destacado nesse período a importância da participação das várias entidades nessa conferência, entre tais cita-se: a Associação Nacional de Assistência Social (ANAS), Conselho Federal de Assistência social (CFAS) e da Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social (ABESS) cujo objetivo era levar um documento produzido em 1984, que reivindicava a criação da coordenação do Serviço Social no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). A Conferência contou com a participação de 4.500 pessoas dentre as quais mil delegados que tinham direito a voz e voto, em protestos contra o princípio da Conferência que se fundamentou no conceito de saúde como direito do cidadão e dever do Estado, empresários não se fizeram presente. Em relação aos objetivos da oitava Conferência Nacional de Saúde, Bravo (1996) acredita que está inseriu a sociedade em novos debates sobre saúde:

[...] Essa conferência representou inegavelmente um marco, pois introduziu a sociedade no cenário da discussão da saúde. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associação de profissionais, parlamento.[...] (BRAVO, 1996, p.77).

Para Rodrigues (2003), uma das estratégias também bem sucedidas para os defensores da Reforma Sanitária, foi apostar no parlamento, pois a partir da identificação de alguns parlamentares com o movimento, foi possível usar o espaço do Congresso Nacional para ampliar as discussões e denúncias, assim como, cobrar posicionamento de autoridades da área, apesar das propostas conservadoras que defendiam basicamente a manutenção do modelo pluralista, baseado na compra de serviços ao setor privado pelo setor público, e em especial pela Previdência Social, uma das propostas sustentada, principalmente pelos empresários hospitalares e produtores de equipamentos e medicamentos.

As discussões nesse período foram polarizadas por interesses antagônicos, de um lado os defensores do capital que viam a saúde como mercadoria, e de outro, os defensores da classe trabalhadora, que defendiam principalmente a saúde como direito universal e prestação de serviços plenos direcionados para a saúde preventiva.

Conforme Bravo (1996), a Reforma Sanitária também objetiva estratégia de

publicização¹⁶ da saúde, com o propósito de aprofundar o nível da consciência Sanitária, e alcançar visibilidade necessária para a inclusão de suas propostas na agenda governamental e possibilitar o apoio políticos para as mudanças necessárias para o Sistema de Saúde.

Segundo a mesma autora, reconhecimento de novas determinações das doenças, como o fator social, exigiu novas estratégias para enfrentar os problemas de saúde, e ganha ênfase à concepção integral da saúde, bem como se reforça a necessidade de desenvolvimento de ações voltadas para a erradicação das causas sociais das doenças.

Essa autora afirma que o Movimento Sanitarista insistia também em estabelecer uma reformulação na forma de atendimento e administração do Sistema de Saúde, a fim de torná-lo mais eficiente e disponível a toda a população. Para os defensores da reforma não bastava unificar, descentralizar, ou reconhecer outros fatores de agravo da saúde, era preciso criar mecanismos de controle dos gastos, e maior investimento no setor.

No entanto, para os órgãos governamentais, os investimentos eram suficientes porém mal administrados, sendo que foram discussões que ampliaram os debates em torno da saúde e fomentaram a criação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) e posteriormente a criação o Sistema Único de Saúde (SUS), colocando em pauta interesses sanitaristas, Governamentais e também da elite dominante com seus interesses privatista que sempre se fizeram presentes nas instituições de saúde.

1.3.1 Criação do Sistema Único de Saúde

Após a instituição do Sistema Único de Saúde no início da década de 1990, continuaram as tensões existentes entre os movimentos sanitaristas e os representantes dos Governos. Nesse período o então Presidente da Republica Fernando Collor de Melo realizou alguns vetos, entre eles na Lei Orgânica da Saúde (LOS) no que se refere aos artigos que trata do controle social e ao financiamento, e também na Lei 8.080/90, daí a importância da aprovação da Lei 8.142/90¹⁷, elaborada com o objetivo de garantir o exercício do controle social e transparência dos financiamentos (BRASIL, 2006, p.167).

Conforme Simões (2007), a LOS estabeleceu também as condições para a

¹⁶“[...] O conceito de publicização, funda-se numa visão ampliada de democracia, tanto do Estado quanto da sociedade civil, e na implementação de novos mecanismos e formas de atuação, dentro e fora do Estado, que dinamizem a participação social para que ela seja cada vez mais representativa da sociedade, especialmente das classes dominantes. Em termos gerais tornar publico” (RAICHELIS, 2000 p. 61).

promoção, a proteção e o funcionamento dos serviços, correspondentes a essas atribuições, regulando as ações e serviços de saúde, o seu financiamento em todo o território nacional, e a organização direção e gestão do SUS.

Faleiros (2000), define que a partir da legitimação e somente com construção do Sistema de Saúde foi possível promover mudanças no tocante à abrangência e a qualidade, dos serviços. Até a promulgação da Constituição Federal de 1988, como foram contextualizados nos primeiros capítulos, os atendimentos eram garantidos somente para os que se encontravam no mercado formal, ou seja, para os que tinham carteira assinada e contribuía para a Previdência Social, os que podiam pagar pelo atendimento, eram assistidos por médicos particulares, a saúde até então não era um dever do Estado, para os pobres e excluídos do mercado formal, restavam os atendimentos curativos das Santas Casas de Misericórdia.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde, esta passa a ter uma nova concepção pelo menos em tese: ou seja, é legitimada com base do direito de todos os cidadãos e dever do Estado.

Afirma-se que o SUS trouxe novas diretrizes e princípios fundamentais conforme o que está explícito no artigo 7º da Lei 8.080/90 a garantia da universalidade do acesso à saúde e a equidade; a participação de novos atores nos processos decisórios; o controle sobre a ação estatal passa a ser de interesse da coletividade; o reconhecimento de descentralização e democratização, o que possibilitou a construção de um conjunto integrado de ações para ser desenvolvidas em conjunto com as esferas de Governo Municipal, Estadual e Federal, com a intenção de oferecer a população um serviço com maior qualidade e maior abrangência de atendimento (BRASIL, 2006, p.173).

No artigo 198 da Constituição Federal, determina que as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistências; participação da comunidade (BRASIL, 2001).

Assim a organização operacional do SUS foi formalizada por meio da instituição da Norma Operacional Básica, a primeira NOB foi instituída em 1991, a segunda em 1993, a terceira em 1996. As NOB (s), foram implantadas para apresentar a definição de estratégias e

¹⁷“São duas Leis porque na versão original houve diversos vetos do executivo, quase todos referentes ao financiamento e ao controle social, a Lei 8.142/90 buscou suprimir as lacunas da Lei 8.080/90” (BRAVO; PERIERA, 2002, p.2002).

movimentos táticos, que orientam a operacionalidade do SUS (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2006).

Os recursos destinados ao SUS são arrecadados via pagamento de impostos e contribuições sociais pagos pela população, que compõem os recursos arrecadados pelo Governo Federal, esses recursos são depositados em conta especial, ou seja, no Fundo Nacional de Saúde (FNS), conforme o que estabelece a Constituição Federal de 1988, a saúde será financiada com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados do Distrito Federal e dos Municípios” (Brasil, 2002).

Esses recursos Federais são destinados a financiar ações Federais e a outra parte destinadas aos Governos Estaduais e Municipais de acordo com a produção de serviços e necessidades da população, os gastos com a saúde, em todas as esferas de governo deverão atingir em torno de 10% de seus orçamentos (PARANÁ 2006).

O Brasil concentra uma grande população que depende dos serviços públicos, sendo que os investimentos tornam-se um fator fundamental para a redução das desigualdades regionais e na luta pela implantação de um sistema de saúde que possa satisfazer as demandas e as inúmeras complexidades existentes no tocante à prestação de serviços de saúde. Para que haja a possibilidade de prestar serviços de qualidade com melhoria em infra-estrutura e melhor qualidade nos atendimentos, muito ainda há de ser feito, pois existem muitas dificuldades em oferecer um sistema pleno de saúde, no entanto, com a implementação das políticas com o envolvimento maior da sociedade com o SUS são observados que importantes conquistas já foram alcançadas (BRASIL 2002, p.5).

Uma dessas conquistas foi a promulgação, em 2000, da Emenda Constitucional nº 29 que determina a elevação gradativa dos gastos dos governos federais, estaduais, e municipais com a saúde, até chegar a patamares mínimos que valerão a partir de 2004. Além do aumento dos investimentos, proíbe os gestores a redução de gastos e dá ao Ministério da Saúde a competência para determinar normas operacionais para o funcionamento do SUS. Dessa forma, a Portaria 2.047, que estabelece novas diretrizes operacionais, prevê que no caso dos Estados, os gastos com a Saúde devem aumentar até alcançar pelo menos 12% da sua receita tributária, os municípios por sua vez, tem de que investir no mínimo 15% de tudo que arrecadam (BRASIL, 2001)¹⁸.

Os impostos destinados para manter os serviços públicos, incluindo a saúde, são

¹⁸ Com o objetivo de garantir os recursos necessários para o atendimento da saúde pública, em 13 de setembro de 2000, foi editada a Emenda Constitucional nº29, que vem alterar a Constituição Federal de 1988. O texto

arrecadados pela cobrança da Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) e pelo o Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), e por um longo período o Governo contou com a arrecadação de recursos oriundos da Contribuição provisória sob Movimentação Financeira (CPMF), porém como era uma medida provisória foi extinta pelos Congressistas em 2007. Da soma desses recursos 12% o Estado encaminha para os Municípios conforme o número de habitantes, enquanto que os Municípios também arrecadam seus próprios impostos, como o Imposto Sobre Propriedade Urbana (IPTU) e o Imposto Sobre Serviços (ISS), dessa forma são constituídas as fontes de recursos dos Estados, da União, e dos Municípios. Entre outras importâncias à organização do Sistema Único de Saúde, possibilitou a população através dos Conselhos Participativos acompanhar, gerenciar os recursos e exigir um maior controle dos investimentos, dificultando sua má utilização e possíveis desvios (BRASIL, 2001).

Ao considerar os impostos obrigatórios, e a sua função de manter serviços públicos, automaticamente reforça-se a legitimidade da universalidade e direitos de acesso igualitário, uma vez que são com esses recursos que as instituições públicas são mantidas, contraria-se assim, a ideologia neoliberal que os serviços devem ser focalizados e seletivos, voltados para atender somente casos emergências e os mais pobres, pois todos contribuem com o sistema tributário.

Segundo Faleiros (1991) com o neoliberalismo, e principalmente com a defesa de um Estado falido, este, não poderia destinar recursos financeiros para as políticas sociais principalmente para saúde e educação, devendo este, apenas desenvolver ações e serviços para a população carente que não tenha a condições de contratar serviços privados. Esse modelo de Governo devolve para o indivíduo responsabilização pelo seu próprio zelo, pelo seu bem estar social, deslegitimando mais uma vez a garantia de direitos sociais aprovados pela Constituição Federal de 1988.

Nesse contexto histórico observa-se que mesmo com todas as mudanças ocorridas e com as arrecadações de recursos bem definidos pelo governo, em muitos casos o Estado buscou com a legitimidade de medidas de participação de instituições privadas na prestação de serviços em unidades estatais, uma abertura maior para o grande capital interferir em espaços públicos, e com isso consolida-se a retração do Estado em alguns setores.

2 RESPONSABILIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DIANTE DAS NOVAS DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A descentralização entre outras características representou para os municípios o aumento de responsabilidade, imbricadas com as novas diretrizes do SUS, em outro campo de análise a descentralização dos serviços e de gestão, mesmo com dicotomias, esse processo contribuiu para a oferta de serviços especializados pelos próprios municípios, fato que possibilitou a adequação dos serviços conforme a necessidade da população, como afirma Barros:

O município, por ser a instância de governo mais próxima dos cidadãos, tem mais condições de conhecer as necessidades da população e, por essa razão poderá oferecer serviços mais adequados para atendê-los. Além disso, é mais fácil para a população acompanhar, controlar e fiscalizar as ações, bem como participar de processos decisórios relativos à formulação das políticas e programação das ações, quanto às decisões estão sob a responsabilidade do gestor local (BARROS, 1999, p.35).

Porém em nível local, fica visível às dificuldades do Sistema de saúde pública na prestação dos serviços, constata-se que os recursos repassados pela União para os municípios custear a saúde pública, não são suficientes para garantir a cobertura das necessidades populacionais, pressupõem também que a descentralização não levou em consideração diferenças demográficas e sociais existente no Brasil e nos diferentes municípios. A descentralização de recursos não ocorreu na mesma proporção de responsabilidades que foram atribuídas aos municípios.

Segundo Bravo (2006), o modelo de saúde pública instalada no Brasil em 1990 tem como principais tendências: a contenção dos gastos com a racionalização da oferta dos serviços, a descentralização com isenção da responsabilidade do poder central e também com a tendência que vem ocorrendo em todas as políticas demandadas pelo Estado nos últimos anos que é a focalização, diferente de um atendimento universal, o sistema procura atender sempre um público menor por meio da seletividade.

Conforme a autora citada, com a afirmação da hegemonia neoliberal, esse período foi marcado pelo desmonte de direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural¹⁹,

¹⁹ “O desemprego estrutural resulta das mudanças da estrutura da economia. Estas provocam desajustamentos no emprego da mão-de-obra, assim como alterações na composição da economia associada ao desenvolvimento. Existem duas causas para este tipo de desemprego: insuficiência da procura de bens e de serviços e insuficiência de investimento em torno da combinação de fatores produtivos desfavoráveis. Esse tipo de desemprego é mais

precarização do trabalho, desmonte da previdência pública. E com a propagação da intervenção estatal cada vez mais minimizada, a refilantropia, e a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizar atividades profissionais, fizeram parte da ideologia do Sistema público, que ganhou outra roupagem após os anos noventa, com o objetivo central de reduzir custos estatais. Nesse período o Estado abandonou seu papel de interventor nas condições de vida da população e ignorou também a miséria que se alastrou nos territórios brasileiros.

A autora citada aponta como principal causa dos problemas vivenciado no período à interferência de agências internacionais como: o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial de Desenvolvimento Social (BMDS), que regulou o mercado econômico e reduziu gasto social. E a uma taxa de inflação chegando a patamares altíssimos comprometeram qualquer possibilidade de avanços na área social e conseqüentemente um retrocesso nas conquistas conseguidas pelos movimentos sociais para do Sistema Único de Saúde em 1980.

O Estado a partir de 1990, deixa de se responsabilizar por direitos constituídos com a CF/1988 e pelo desenvolvimento econômico e social, por meio da retração estatal em alguns setores públicos, para se tornar promotor e regulador das relações sociais. Assim, com uma política privatista transfere para o setor privado as ações que até então eram suas, como afirma Bravo

[...] O projeto saúde, articulado ao mercado, ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, esta pautado na Política de Ajuste, que tem como principais tendências à contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder estatal. A tarefa do estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado [...]. (BRAVO, 2006, p.101).

A Reforma do Estado ou Contra-Reforma como ficou conhecida na época, foi uma estratégia governamental, que parte da afirmação que o Estado desviou suas funções básicas ao ampliar sua atuação voltada para o setor produtivo e com enfoque para a descentralização dos serviços mantidos e gerenciados pelo Estado.

Conforme Bravo (2006), com descentralização as ações de organização e

hierarquização dos serviços de saúde foram atribuídas aos municípios, estes tiveram que assumir o papel de gestores do SUS, assim a totalidade das ações, no âmbito baixa, média e alta complexidade²⁰ devem ser desenvolvidas e organizadas em um conjunto de estabelecimentos hierarquizado, disciplinando o Sistema segundo as novas diretrizes do SUS.

Conforme a Lei Orgânica da Saúde no artigo 18, passou a ser de competência dos Municípios no que se refere ao gerenciamento do Sistema Único de Saúde:

I - planejar, organizar, controlar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar serviços públicos de saúde; II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com a direção Estadual; III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho; IV ao executar serviços: a) de vigilância epidemiológica; b) de vigilância sanitária; d) de saneamento básico; e) de saúde do trabalhador; V - dar execução, no âmbito municipal, a política de insumos e equipamentos para a saúde; VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana, e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las; VII - formar consórcios administrativos intermunicipais; VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros; IX - colaborar com a União e com os Estados na execução da Vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras [...]. (BRASIL, 2006, P.182).

Para Costa (1997), a descentralização representou também o eixo norteador para a construção do SUS, com a concessão do poder para os gestores municipais e a atribuição para cada esfera de governo e ele afirma que:

[...] além de envolver a transferência de poder, recursos e competências entre as esferas de governo no plano político - administrativo e proporcionar a participação de diversos atores envolvidos no processo, o plano político institucional, também promove a reorganização dos serviços de saúde para a população [...] (COSTA, 1997, p.22).

Com a reorganização dos serviços, novos atores passaram a ter sua representatividade por intermédio dos conselhos de saúde, que se constituíram como órgãos deliberativos e participativos, assim como gestores do sistema de saúde e apesar das limitações existentes na sua efetivação esses espaços passaram a representar também um elo

²⁰Atenção Básica: compreende o componente Fixo e Variável, onde estão inseridos os recursos oriundo do PAB-FIXO, Programa Saúde da Família, Agente Comunitário de Saúde e Saúde Bucal; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar: agrega o componente de média e alta complexidade ambulatorial e

entre governo e sociedade civil, como expõe Raichelis:

[...] São espaços que estão sendo constituídos pela ação coletiva de inúmeros sujeitos sociais, especialmente no âmbito dos municípios, que buscam a ampliação e fortalecimento do poder local. Dessa forma os conselhos representam uma conquista da sociedade civil (RAICHELIS, 2000, p. 65).

Atendendo os objetivos de descentralização da política de saúde, os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, foram regulamentados pelo artigo 1º da Lei 8.142/90 que afirma essas instâncias, como colegiadas e deliberativas em cada esfera de governo sem prejuízo das funções dos poderes legislativos, isso significa que essas instâncias sempre devem agir em consonâncias para melhor adequação de suas ações (BRASIL, 2006).

Conforme a Lei acima citada, o funcionamento das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde ficou assim definido para todos os municípios:

§1º A conferência de saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de saúde. § 2º O conselho de saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. § 3º O conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o conselho Nacional de secretários municipais de saúde (CONASEMS) terão representação no Conselho Nacional de saúde. § 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos mais segmentos. § 5º As conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidos em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo Conselho (BRASIL, 2006, p.197).

Nesse contexto podemos observar que no plano formal são inúmeras as ações atribuídas aos conselhos, porém no plano prático como afirma Raichelis (1998), ao se fazer uma análise do funcionamento dos conselhos e as experiências, principalmente dos conselhos locais, pressupõem que eles não podem ser considerados como única conduta de participação política da sociedade civil organizada, pois quando as decisões passam a ser burocratizada,

institucionalizadas rotineiras e centralizada, fragilizam a autonomia dessas instâncias.

Ainda conforme Raichelis, os conselhos foram instâncias criadas por meio dos movimentos a favor de uma organização aberta e participativa, em que interesses da sociedade civil tivessem a possibilidade de ganhar visibilidade, porém com o passar dos tempos a participação vem se tornando setorialização e os governos nesses espaços reúnem condições de interferir, neutralizar e até mesmo minar as decisões e ações dos conselhos. Observa-se assim, que há a necessidade de enfrentar com maior determinação e participação, os desafios cotidianos e as determinações, como também e o jogo de forças políticas que estão se fazendo presentes nesses locais. Somente a sociedade civil organizada conseguirá unir forças para que os conselhos possam desempenhar seu papel com autonomia e compromisso social e dar legitimidade para as suas ações, nesse contexto existe de fato:

[...] um vazio de representação própria dos usuários, das suas associações e formas autônomas de organização. A pobreza é relação social que se expressa também pela ausência nos espaços públicos. Todos falam em nome dos usuários, mas eles comparecem no espaço público através da carência e de uma espécie de *substituismo* por entidades e organizações que lhe roubam a fala e a presença autônoma (RAICHELIS, 2006, p.85-grifos do autor).

Bravo (2006), tem essa mesma visão sobre a operacionalidade e funcionamento dos conselhos, ela afirma que na atual conjuntura a falta de participação da sociedade civil nos conselhos de saúde e nas conferências de saúde dificulta a possibilidade de maiores debates nos processo decisórios e na melhoria dos serviços prestados pelo SUS como um todo. Tal fato foi reconhecido com a ausência da sociedade civil na décima segunda Conferência Nacional de Saúde (CNS), pois essa Conferência tinha como objetivo definir orientações para o plano plurianual²¹ de saúde do Governo, e deliberar as principais diretrizes a serem incorporadas ao Sistema de Saúde. Como estratégia central foi ressaltada a necessidade de equacionar os graves problemas do SUS. Com destaque para área de recursos humanos e a qualidade dos serviços. Como instrumento de mobilização foi elaborado um documento preliminar para ser debatido e para realizar devidas deliberações. Esse documento continha em seu conteúdo 10 eixos temáticos:

²¹O Plano plurianual estabelece diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal Estadual e municipal, por um prazo de pelo menos quatro anos, mas pode definir o destino de toda uma geração. Elaborar um Plano plurianual é decidir quais são os investimentos mais importantes dentro de um projeto de desenvolvimento (PLANO PLURIANUAL, 2007).

[...] Direito a Saúde; A seguridade Social e a Saúde; a Intersetorialidade das ações de Saúde; As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS; A Organização da Atenção à Saúde; O Trabalho na Saúde; Gestão Participativa; Ciência e Tecnologia e a Saúde; O Financiamento do SUS e Informações, Informática e Comunicação (BRAVO, 2006, p.103).

Diante de todas as deliberações da conferência e da importância para o Sistema Único de Saúde, Bravo (2006), destaca que foi observado que esta Conferência não ampliou o número de participantes e nem avançou no fortalecimento da Reforma Sanitária. A expectativa que a 12^o CNS fosse um marco significativo como a oitava Conferência ocorrida em 1986, não ocorreu devido pouca participação da sociedade civil, fato que se refletiu em sérias consequências como: a falta de um debate para a votação e aprovação das propostas, e o resultado significou também em efeito *big-bem*, onde são propostas formuladas de cima para baixo.

Observa-se que quando a sociedade não participa, os projetos sociais, assim como os projetos na área de saúde promovidos pelo Estado, e não mais pelos movimentos de classe, estes se articulam e se pautam quase na sua totalidade na Política de ajuste citada por Costa:

[...] na Política de Ajuste, que tem como principais tendências à contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender as populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, [...], (COSTA, 1997 *apud* BRAVO, 2006, p.101).

O Estado por sua vez, colocou sempre em prática a política de ideário neoliberal, durante esse período não aumentou os recursos destinados ao SUS, como também não ocorreu aumento das verbas do Governo Federal e Estadual para os Municípios, fato que motivou instituições particulares buscarem junto ao Ministério da Saúde seus respectivos credenciamento. O número insuficiente de atendidos pelas redes de saúde pública, guarda a estreita relação com as políticas sociais adotadas pelo governo nos diferentes períodos históricos brasileiros, agravando a situação da Saúde no país. Pereira (1998), argumenta que a descentralização do Sistema Único de Saúde consolida-se através da capacitação do sistema

para responder as necessidades da população, pautado na transferência de responsabilidades para os municípios.

Diante das mudanças do SUS e as novas competências direcionadas para os municípios, a cidade de Cascavel também teve que se estruturar para atender as novas diretrizes do Sistema Único de Saúde e as novas demandas postas pelo Ministério da Saúde.

2.1 O MUNICÍPIO DE CASCAVEL E A ESTRUTURAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE

O município de Cascavel surgiu oficialmente em 14 de novembro de 1951, com a Lei Estadual nº790/51, que desvinculou o Município de Cascavel do Município de Foz do Iguaçu. Esta cidade está localizada no extremo Oeste do Paraná e possui uma área de 2.073,078 KM² (CASCAVEL, 2008).

No final da década de 1960 a população urbana do município de Cascavel superou a população rural devido à mecanização agrícola, o que determinou um crescente processo de urbanização aumentando concentração periférica, o que fez aumentar no Município, como nos grandes centros brasileiros, o déficit em saneamento básico, e a precarização de vida da população. Fatores que agravam a situação da saúde do município, como também o surgimento dos bairros com moradia inadequada, falta de rede de esgoto, desnutrição e a falta de emprego para todos os que abandonaram as zonas rurais, os municípios vizinhos e migraram para o município de Cascavel em busca do sonhado emprego, promovido pela propagação do crescimento industrial, (CASCAVEL, 2008).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2004), a população do Município de Cascavel apresentou uma evolução mais acentuada entre as décadas de 1960 e 1980, sendo verificado nesse período um crescimento de 127,08% e 81,78% no período de 1970 e 1980, verificou-se também que houve um crescimento da população na faixa etária acima dos 40 anos entre 1991 e 2000, em 2008 o Município tem uma população estimada de 300 mil habitantes, distribuídos em seus 39 bairros, (IBGE/2004).

Na medida em que a cidade cresceu, também cresceu o número de habitantes, e juntamente com eles, os problemas estruturais, econômicos e sociais que interferem direta e indiretamente no fator saúde da população.

Com as transformações conjunturais e a reestruturação do Sistema único de Saúde e também o aumento das demandas, a descentralização das ações governamentais, com

objetivo de atender a Lei 8.080/90 e a Lei 8142/90 e a Constituição Federal no artigo 198, que definiu que os serviços de saúde como uma rede regionalizada, descentralizada e hierarquizada, o grande desafio para os municípios foi à reorganização do Sistema e a estruturação da rede básica, com a finalidade de atender os objetivos do SUS, de promover assistência de saúde, suficientes para toda a população, com eficiência na utilização de recursos, eficazes quanto aos resultados e com capacidade de contribuir para a transformação dos níveis locais de saúde (CASCAVEL, 2006).

Vale lembrar que as ações de cura e reabilitação do indivíduo, os fatores sociais de agravamento da doença, o crescimento populacional, o aumento das expressões da “questão social”, e as reivindicações populares, exigiram dos gestores municipais a ampliação das estruturas de atendimentos, para responder as necessidades demandadas pelas políticas públicas de saúde e de assistência.

Outro aspecto a ser pontuado é que a partir das novas diretrizes do SUS, os municípios em um curto período de tempo, tiveram que ampliar sua rede básica, com o objetivo de sanar os problemas promovidos principalmente pela política de ajuste neoliberal, que promoveu entre outras mudanças, a redução de recursos para investimento na área de saúde como em toda a área social, pois se no ano de 1990, houve uma migração de usuários para os planos privados de assistência, através da precarização dos serviços públicos, e com a ideologia neoliberal, promovendo um discurso, “que tudo que é público é ruim”, com incentivo ao setor privado e a mercantilização da saúde. Porém a partir de 1995 aconteceu o inverso, o aumento da inflação, a diminuição do poder aquisitivo, fez com que muitos usuários do Sistema Privado, retornassem ao Sistema Público, aumentando, ainda mais a demanda do SUS (CASCAVEL, 2006).

Em Cascavel, como em todo o Brasil, historicamente a atenção básica e preventiva ocupou sempre um segundo plano. O Sistema de Saúde quase sempre se pautou no desenvolvimento de um modelo de atenção centrado no hospital, nas especialidades médicas com utilização de altos recursos. Esse modelo revelou-se caro e pouco eficaz na resolução dos problemas populacionais. A qualificação da assistência de urgência e emergência teve como desafios à melhoria na prestação de serviços locais de saúde.

2.2 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CASCAVEL

Em 1950 chega o primeiro médico no Município de Cascavel, o Dr^o Wilson Jofre,

no ano seguinte inicia-se a história de Assistência médica do Município, foi instalado o primeiro hospital na cidade por intermédio da união e trabalho de Aníbal Lopes da Silva, José Silvério de Oliveira, Ney Miotto e outros, que em conjunto com a comunidade organizaram-se e construíram o primeiro Hospital que recebeu o nome de Nossa Senhora Aparecida, localizado nas proximidades da praça Wilson Jofre na região central do município.

O primeiro Posto de Saúde foi criado com a vinda para o Município de Cascavel do médico Mauro de Almeida Serra em 1969, iniciou-se então o atendimento a população local pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Em 1979 o Departamento de Saúde de Cascavel deixa de ser vinculado a Secretaria de Saúde Estadual e passa a ser instituída como Secretaria Municipal de Saúde, que teve como primeiro secretário Municipal de saúde o Srº Renato Lopes Bueno. Ao se desvincular do Estado a Secretaria passa a implantar Postos de Saúde nos bairros. Esse processo de implantação se efetivou através de constantes reivindicações por parte da população que necessitava de atendimento mais próximo devido às dificuldades de locomoção, assim como também uma demanda reprimida centrada em um só local impossibilitando a prestação de serviços de qualidade. Nesse momento histórico existia somente o Posto Central para dar atendimento a toda a população Cascavelense, os serviços oferecidos baseavam-se em ações, curativas e emergenciais. Não existiam trabalhos realizados no sentido da prevenção dos agravos das doenças, esses fatores fomentaram as instalações dos postos de saúde nos bairros, que continham um maior contingente populacional, os antigos postos de saúde, hoje são identificadas como Unidades Básicas de Saúde (UBS) (CASCAVEL 2008).

A Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), a partir de 1990 conforme o Plano Municipal de Saúde passou a desenvolver ações e serviços seguindo dois modelos de atenção à saúde: o modelo Assistencial Sanitarista e o modelo Médico Assistencial privatista, conforme a lógica da proposta do Projeto de Reforma Sanitária, e foi dividida em dois distritos sanitários, e tem como foco central à organização do sistema. Esses distritos são administrados pelos diretores dos departamentos administrativos, de atenção a saúde e de vigilância em saúde. (CASCAVEL, 2008).

A SESAU hoje atua na Gestão Plena de Atenção Básica (PAB), conforme a Norma Operacional Básica (NOB/96), que compõe um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde, voltada para promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Além das ações municipais, desenvolve também diversos programas federais tais como: Serviço de Atendimento de Urgência (SAMU), Programa Saúde da Família (PSF), Centro de Atenção à

Saúde Mental (CASM), Centro de Atenção Psíquico Social (CAPSI), Centro de Atenção Psíquico Social Álcool e Drogas (CAPSI A.D), Farmácias Populares I, e II. São programas que recebem verbas do Governo Federal, e recebem pleno apoio da Secretaria Municipal para o seu melhor desenvolvimento (CASCAVEL, 2008).

Em nível local a SESAU é responsável pela contratação e manutenção do quadro de funcionários os quais são efetivados através de concursos públicos, para atuar em diversas áreas de conhecimento cumprindo dessa forma as exigências do Ministério da Saúde (CASCAVEL, 2008).

Em termos de Estrutura funcional, a SESAU está localizada na Avenida Brasil s/n no centro de Cascavel, e é responsável pelas instituições interligadas representadas pelos Prontos de Atendimento Continuado - PAC I e II; 31 Unidades Básicas de Saúde (UBS); sendo 24 na área urbana e 8 na área rural, 2 farmácias básicas, 1 SIATE, um centro especializado de doenças infectas contagiosas (CEDIP), e conta também com clínicas odontológicas que prestam atendimento à saúde bucal que também recebe incentivo do governo federal (CASCAVEL, 2008).

A prestação dos serviços à população de Cascavel é realizada pelas instituições interligadas a SESAU, as quais contam com profissionais das diversas áreas de saúde oferecendo um atendimento multidisciplinar e serviços especializados com baixa, média e alta complexidade.

A Lei municipal n° 2424/94, criou e regulamentou o fundo Municipal de Saúde conforme a exigência de que todos os recursos aplicados em saúde sejam depositados nas contas que compõem o fundo municipal de saúde, cabendo ao conselho Municipal de saúde fiscalizar e acompanhar o funcionamento do mesmo.

Em relação às linhas de atenção a saúde conforme o plano municipal de saúde a SESAU objetiva:

Efetivar a atenção básica como espaço prioritário de organização do SUS por meio de estratégias de atendimento integral a saúde da população, promovendo a articulação intersetorial e com os demais níveis de atenção a saúde. Reorganizar a atenção ambulatorial e hospitalar especializada, tendo em vista a integralidade da atenção à saúde e sua articulação com a atenção básica. Consolidar a Política Nacional de Atenção às Urgências, promovendo o acolhimento do usuário em situação de risco e garantindo um tratamento rápido e oportuno. Ampliar a qualidade e a resolutividade do atendimento em todos os níveis de atenção por meio de políticas de valorização do usuário e do trabalhador em saúde, bem como por meio da incorporação de novas tecnologias para diagnósticos e terapia. (CASCAVEL, 2006-2009, p.32).

A Secretária Municipal de Saúde nesse contexto pode ser entendida como uma organização menor dentro da grande organização Ministério da Saúde, e dentro dessa organização menor que se insere a atenção básica de média complexidade materializada pelas UBS (s) e pelos PAC (s) que representam também uma instituição menor dentro da instituição maior representada pela SESAU.

Segundo Weisshaupt (1985), a instituição pode ser entendida como mediação do projeto sócio-político de hegemonia de uma classe, que representa a base efetiva do funcionamento da sociedade e pela regulação dos comportamentos dos diversos agentes sociais, ao mesmo tempo podem representar o estabelecimento de normas funcionais, manutenção e controle. É da essência das instituições serem controladoras, e principalmente a partir da sociedade capitalista alguns grupos se apropriam dos bens sociais e instrumentos de trabalho e passam a exercer o domínio.

Além do domínio do Sistema de Saúde, as mudanças ocorridas ao longo da constituição do sistema público de saúde, têm suas implicações na organização do sistema local de saúde do Município de Cascavel, entretanto o sistema não pode ser considerado como perfeito e acabado esse deve continuar sendo um elo de interlocução entre governo e sociedade civil, e também deve se propor a informar os indivíduos envolvidos com a saúde de um modo geral, para que estes tenham a possibilidade de acompanhar as mudanças com o mesmo dinamismo e agilidade como elas estão sendo constituídas nas esferas institucionais e governamentais.

Como define Mota (2006), nesses novos mecanismos de consenso são estimulados junto com a descentralização. As parcerias e a participação indiferenciada das classes, porém são solicitados para se juntarem a políticas focalizadas e a responsabilização individual, evidencia-se padrões morais subordinados aos limites dos gastos públicos, como se todo o mau que existe no Sistema de saúde, estejam ligados apenas à má administração dos gastos públicos e não na má distribuição de recursos.

É importante frisar que mesmo com um quadro elevado de profissionais de diversas áreas, atuando junto ao Sistema Único de Saúde, e com a legitimação do artigo 196 que define a “saúde como direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 2001) os problemas vivenciados no cotidiano das UBS são muitos.

Conforme informações obtidas junto a Unidade Básica de Saúde (UBS) Pacaembu, os usuários que não pertencem à área de abrangência, têm seus atendimentos

limitados, pois se preconiza sempre atender pacientes que residem nos bairros de abrangência, como se este usuário tivesse mais direito do que outros.

Outro Sistema que pode ser considerado falho em nível básico de saúde, foi à implantação das chamadas listas de espera que nada mais é, do que uma fila invisível, uma vez que os usuários permanecem por meses com o nome em um livro, aguardando para serem chamados para uma consulta com médicos especialistas, são procedimentos coniventes para o sistema organizacional, que nos últimos tempos se preocupam principalmente em diminuir as filas, com objetivo de mascarar entre outras coisas as demandas reprimidas que existe na prestação de serviços de saúde principalmente no tocante as chamadas especialidades, com essa pratica, passam para a sociedade e a mídia que um dos problemas da saúde foi resolvido como a inexistência de filas, como argumenta Mota:

Chega ser provocativo o histórico discurso de ministros e secretários sobre as 'reduções das filas' nos hospitais e ambulatorios, como se fosse mera questão administrativa ou de má utilização dos 'fartos' recursos disponíveis para o sistema público de saúde (MOTA, 2006, p.45).

Em termos de saúde curativa nos quais fazem parte às médias e altas complexidades (atendimento hospitalar), o município também sofre com a falta de leitos para internamento pelo SUS, fato comprovado em reunião realizada no dia 27/06/2008 no município entre o Secretário de Saúde do Paraná e demais representantes do Sistema de Saúde de Cascavel. Nessa reunião foram reivindicadas melhorias para o atendimento no Hospital Universitário. O mesmo representa referência para internamento dos usuários do SUS, e segundo informações vinculadas na imprensa local, pacientes estão sendo atendidos nos corredores do hospital, entre outras dificuldades. A falta de recursos humanos, também é um fator agravante que resulta em dificuldades na prestação dos serviços. Nessa reunião foi solicitada a contratação de novos funcionários, objetivando abrir novas alas no hospital, com a intenção de aumentar o número de leitos para internamento. Este pedido foi negado pelo Secretário de Saúde. Esse fato que têm rebatimentos imediatos no sistema de baixa complexidade, ocasionando a superlotação dos PAC(s) e das UBS(s) (GRICOLI, 2008).

Nesse jogo de responsabilização entre Estado e Município ficam os usuários, recebendo atendimentos precarizados enquanto que as autoridades não se entendem na busca de soluções dos problemas cotidiano e rotineiro do sistema público de saúde.

Diante desse contexto as Unidades Básicas de saúde, precisam cada vez mais se organizar no sentido de prestar atendimentos preventivos, resolutivos e com qualidade para

que os atendimentos eletivos de hoje não se tornem atendimentos de urgência amanhã, pois, ao se tratar de doença não se deve levar em conta se a responsabilidade é do Município ou do Estado, simplesmente os cidadãos devem ser considerados sujeitos de direitos constituídos.

2.2.1 Unidade Básica de Saúde Pacaembu

No sistema organizacional da saúde, as UBS(s), podem ser compreendidas como prestadoras de atenção Básica no primeiro nível de assistência prestada pelo SUS, e são consideradas as portas do sistema Municipal de Saúde, na qual os usuários devem ser atendidos com atividades de assistência e de prevenção. Essas instituições possuem papel importante como elo entre a sociedade e autoridades responsáveis pela gestão pública de saúde e na maioria das vezes é na UBS que acontece o primeiro contato do usuário com a política de saúde.

As UBS(s) foram instituídas pela Constituição Federal de 1988 e atendendo as diretrizes preconizadas na Lei 8.080/90 e a Lei 8.142/90, e tem como função, prestar serviços de saúde a todos os cidadãos sem qualquer tipo de distinção, com serviços multidisciplinares para oferecer os usuários serviços que visem a promoção, proteção e recuperação dos agravos da doença, com atividades internas e externas.

Com a finalidade de atender as diretrizes do SUS a SESAU instituiu as UBS(s) nos diferentes bairros do Município de Cascavel, entre estas Unidades Básicas de Saúde a UBS Pacaembu, foi à unidade escolhida para fazer parte da pesquisa de campo e estudo de caso com os funcionários e os usuários a respeito da compreensão do Sistema Único de Saúde e suas principais diretrizes e o reconhecimento da saúde como direito.

A referida UBS, foi inaugurada no ano de 1991 em sede própria construída com recurso da prefeitura Municipal de Cascavel. Nesse período os serviços eram prestados na UBS, na área de enfermagem por duas auxiliares de enfermagem, uma enfermeira responsável pela coordenação, na área médica por três médicos, sendo um clínico geral, um pediatra e um ginecologista; uma zeladora e três agentes comunitários de saúde, nesse período a UBS não contava com profissionais de Serviço Social, somente em 1998, sete anos após o início de seu funcionamento foi lotada uma Assistente Social para atuar na UBS (SIC²²- FUNCIONARIOS QUE ATUARAM NA UBS NESSE PERÍODO).

Após a descentralização do SUS e com a municipalização das políticas e da prestação de serviços em nível local houve um aumento de responsabilidade no planejamento,

²² SIC-segundo informações colhidas. Definição usada para registrar informação verbal.

execução e monitoramento das ações com objetivo de nortear a prestação dos serviços de saúde, as quais incidem diretamente sobre a população e aguçam a necessidade de melhoria da qualidade dos serviços prestados.

No período de noventa, profissionais da área de saúde juntamente com a SESAU buscaram um novo modo para entender, trabalhar e avaliar os serviços de assistência nesse âmbito, momento significativo também para os profissionais do Serviço Social que foram requisitados para contribuir com o novo modelo de assistência à saúde, dentro dessa nova perspectiva, Nogueira e Miotto expõem que os Assistentes Sociais na área de saúde passaram a ser requisitados para:

[...] Dentro da perspectiva anteriormente abordada, ou seja, da adoção dos determinantes sociais como estruturantes dos processos saúde-doença, é que as ações profissionais dos assistentes sociais podem ter maior centralidade, assinalando um novo estatuto ao Serviço Social no campo da saúde [...], (NOGUEIRA; MIOTTO, 2006, p.231).

Assegurar o cumprimento dos direitos universais, é a expressão mínima dos grandes embates que o profissional Assistente Social, enfrenta no Sistema de Saúde, na garantia de direitos constituídos com a Constituição Federal de 1988, e também em cumprimento ao código de ética profissional que determina os deveres dos Assistentes. Este profissional na área de Saúde por meio da aplicabilidade de seus conhecimentos deve ter como objetivo entre outras atribuições, desenvolver práticas articuladas com outros profissionais da área, necessária para a prevenção, promoção e a reabilitação da pessoa como um todo. Sua intervenção consolida-se diante da concepção de que o processo saúde-doença é determinado socialmente e reforçado pelo conceito de que são fatores elementares das necessidades humanas e que incidem diretamente na promoção de uma boa saúde.

Nesse contexto a atenção à saúde não está centrada apenas sob o enfoque médico, mas nas diferentes intervenções cujas práticas enfocam entre outros aspectos a prevenção dos agravos das doenças, a proteção e a reabilitação e também a garantia de universalidade nos serviços prestados. Conforme o explicitado Miotto e Nogueira argumentam:

[...] Atender as necessidades de saúde da população requer um salto qualitativo nas condições de vida que não é automático e nem garantido ao longo dos anos, mas depende da interlocução de um conjunto de fatores, dentre os quais a educação para a saúde associada à integralidade tem merecido destaque. Destaque que por permitir a articulação das equipes profissionais e dos serviços, dentro de uma rede complexa, favorecendo a

consciência do direito a saúde e instrumentalizando para a intervenção individual e coletiva sobre os determinantes do processo saúde/doença, ao reconhecer a pessoa como um todo indivisível [...] (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p.230).

Integrante de um trabalho multidisciplinar, a prática profissional do Assistente Social enquanto trabalho coletivo evidencia-se em uma atuação que não se dá na doença de forma específica, mas no conjunto de variáveis que as determinam. É no confronto entre o direito do usuário e as normas institucionais que os profissionais procuram intervir. E o artigo 5º do Código de Ética Profissional estipula os deveres do Assistente Social para com os usuários;

Art.5º são deveres do Assistente Social nas suas relações com os usuários: a)contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais; b)garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e conseqüências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos usuários, mesmo que sejam contrarias aos valores e as crenças individuais dos profissionais resguardadas os princípios deste Código; c) democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis a participação dos usuários; d) devolver as informações colhidas nos estudos e pesquisas aos usuários, no sentido de que estes possam usá-los para o fortalecimento dos seus interesses; e) informar a população usuária sobre a utilização de materiais de registro audiovisual e pesquisas a elas referentes e a forma de sistematização dos dados obtidos; f) fornecer a população usuária, quando solicitado, informações concernentes ao trabalho desenvolvido pelo Serviço Social e as suas conclusões, resguardando o sigilo profissional; g) contribuir para a criação de mecanismo que venham desburocratizar a relação com os usuários, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados; h) esclarecer aos usuários, ao iniciar o trabalho, sobre os objetivos e a amplitude de sua atuação profissional (CFESS, 2006, p. 20).

Segundo levantamento realizado junto a SESAU de Cascavel no ano de 2008, das vinte e oito UBS localizadas na zona urbana do Município, todas contam com uma Assistente Social em seu quadro de funcionários. E como são profissionais que têm como primeiro princípio ético o “reconhecimento da liberdade como valor central e as demandas políticas a ela inerentes” e também a “emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais” (CFESS 2006), tem por conseqüência a responsabilidade de ser um elo de interlocução entre os interesses da sociedade civil e os gestores da saúde, assim como o mentor para a efetivação da política de saúde com possibilidade de trabalhar e executar projetos que viabilize cada vez mais uma saúde baseada no direito elementar do ser humano, criando possibilidades para que os sujeitos possam manter condições físicas, sociais e mentais saudáveis (BRASIL, 2001).

Vale ressaltar outras demandas que foram postas para o novo modelo do Sistema Municipal de Saúde como também para todos os novos sujeitos inseridos no quadro funcional tais como: o aumento populacional e conseqüentemente o aumento das áreas de abrangências das UBS(s), fatos que aumentam a necessidade de investimentos em todos os sentidos na prestação de serviços e da capacitação profissional para que todos prestem atendimento baseado em direitos constituídos.

No tocante a área de abrangência, a UBS Pacaembu foi ampliada, porém continuou com as mesmas estruturas físicas, hoje está presta atendimento a sete bairros, são eles: Nova York, Caravelli, Região do lago I e II, Jardim Nacional, Gramado I e II, totalizando em média, 150 atendimentos diários, nas diversas áreas de assistência, oferecendo a população um atendimento multidisciplinar (SIC, DIP, 2008²³).

As UBS(s), também podem ser consideradas como porta de entrada das expressões da “questão social” e os usuários devem ser atendidos nas suas particularidades, objetivando levar em consideração a universalidade em que estes estão inseridos, nessa perspectiva houve a necessidade de ampliar os serviços prestados e conseqüentemente aumentar o quadro de funcionários.

A UBS Pacaembu hoje conta com um quadro funcional composto pelos seguintes profissionais: uma coordenadora local com formação hospitalar, uma enfermeira, três auxiliares de enfermagem, uma técnica de enfermagem, uma assistente social, quatro médicos que prestam serviços na área de pediatria, ginecologia e obstetrícia, dois técnicos administrativos, quatro agentes comunitários de saúde (ACS), duas zeladoras, duas auxiliares de consultório dentários, três dentista para atendimento infantil, e um vigia noturno (SIC-NA UBS).

A rede básica de saúde consolidou-se no Brasil como um conjunto de centros e postos de saúde que privilegiam ações de caráter preventivo, que além de programas e projetos locais de saúde a SESAU por meio de sua estrutura organizacional em consonância com as políticas Federais e Estaduais desenvolvem ações e projetos voltados a grupos e/ou com patologias²⁴ específicas;

1. Programa Anjo da Guarda;
2. Programa Corpo e Vida;
3. Programa de Combate as Carências Nutricionais;
4. Programa de Combate a Endemias;
5. Programa de Controle de DST/ADIS;
6. Programa de Planejamento

²³ Segundo informações colhidas junto ao departamento de informações e processamento de dados da prefeitura municipal de Cascavel (CASCAVEL, 2008).

²⁴ Parte da medicina que trata da origem, os sintomas e a natureza das doenças (RIOS, 2001, p. 415).

Familiar; 7. Programa de Prevenção do Câncer de Mama e de Útero; 8. Programa de prevenção de Diabetes e Hipertensão Arterial; 9. Programa de Redução de Danos a Saúde pelo Uso de Drogas; 10. Programa de Saúde do Trabalhador; 11. Programa de Suplementação de Ferro; 12. Programa Nacional de Imunização (PNI); 13. Programa Ninar; 14. Programa Clínica do Bebe; 15. Programa Assistência Odontológica para Gestantes; 16. Programa Bochecho com Flúor (CASCAVEL, 2006-2009, p.17).

Dentro dessa organização a UBS Pacaembu assim como todas as UBS de Cascavel procuram seguir um manual de normas e rotinas preconizado pela Secretária Municipal que têm objetivos específicos relacionados ao atendimento aos usuários²⁵.

A UBS é um local onde se depara com várias situações cotidianas repleta das expressões da “questão social” em suas diversas manifestações, que no geral são frutos da precariedade das políticas sociais e setoriais, representada pela política de saúde, devido aos equívocos na sua aplicabilidade, nos cortes de recursos, e a pouca representação da sociedade civil, são questões que dificultam a aplicabilidade e resolutividade da política de saúde.

E as deficiências das outras políticas setoriais acabam se manifestando no âmbito específico da saúde pública, quando outros direitos sociais não são reconhecidos na sua plenitude tem seu rebatimento direto na saúde da população.

Conforme define Vieira (1992), políticas sociais como direitos sociais significam antes de tudo a concretização jurídica de reivindicações dos trabalhadores, o que não significa a consagração de todas as reivindicações populares, e sim daquilo que é viável para classe dirigente que controla as decisões em termos de concepção de direitos oriunda do Estado.

Portanto, não existe possibilidade de uma efetivação de direito sem o conhecimento e a participação dos sujeitos envolvidos, para tanto a sociedade deve estar minimamente informada sobre as mudanças conjunturais, para discernir entre concessão de direito legitimado em Leis e limitações institucionais. Pois quando as decisões ficam somente a cargo de dirigentes, estes possuem sempre uma tencionalidade ao legitimar leis compensatórias e focalizadas.

Um espaço que pode ser considerado como centro de participação popular e

²⁵Recepcionar, registrar e encaminhar os pacientes para avaliação em geral; executar e registrar os procedimentos e assistência de enfermagem; realizar atendimento social aos pacientes e familiares e proceder os devidos encaminhamentos; através do Serviço Social; executar e registrar a assistência médica diária; proceder a administração de medicamentos via oral, endovenosa ou intramuscular conforme indicação médica; realizar agendamentos de pacientes para consulta e atendimentos na área de enfermagem, área médica, Serviço Social e especialistas e dentista; Realizar limpeza diária dos ambientes; Emitir relatório de produtividade e relatório do PAB²⁵, mensalmente e encaminha-lo a divisão de controle e avaliação; conforme cronograma (CASCAVEL, 1995, p. 21).

legitimação de direito, foi instituído pela Lei 8.142/90, que definiu os Conselhos como órgãos deliberativos, para propor e intervir com ações juntamente com a comunidade, objetivando diminuição das inúmeras situações de precariedades na prestação de serviços. E visa que a sociedade civil acompanhe e participe das mudanças que ocorreram e vem ocorrendo no sistema, os conselheiros e gestores da saúde, têm nesses espaços a possibilidade de eliminar as contradições existentes na constituição da gestão pública e o controle social. No entanto, observa-se que nesse local há aspectos contraditórios presentes nas deliberações como Correia expõe:

[...] Vale destacar o aspecto contraditório desses mecanismos de participação institucionalizados na área de Saúde, pois, apesar de terem sido conquistados sobre pressão, podem se constituir em mecanismo de legitimação do poder dominante e cooptação dos movimentos sociais. Mas também podem ser espaços de participação e controle dos seguimentos populares na perspectiva de ampliação da democracia e de construção de uma nova hegemonia [...] (CORREIA, 2006, p.125).

São aspectos relevantes que sempre devem estar presentes quando se pensa em uma saúde plena, as decisões sobre saúde não devem se limitar apenas aos espaços institucionais, e para que haja a possibilidade da construção de um Sistema Único de Saúde cada vez mais democrático, constituído por atores sociais comprometidos com a defesa das políticas e dos interesses da população que faz uso dos Sistemas públicos. Com indivíduos capazes de propor alternativas compatíveis com todas as problemáticas que possa envolver os fatores elementares de agravo da doença.

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

3.1 METODOLOGIA DA PESQUISA

Este trabalho objetiva-se a identificar a compreensão dos usuários e funcionários da UBS Pacaembu, localizada no município de Cascavel-PR, sobre o sistema Único de Saúde e a Lei Orgânica da Saúde, buscando entender se os mesmos conhecem as principais diretrizes do SUS bem como as reformas que ocorreram no sistema após a implantação da política de saúde pública descentralizada, pautada na universalidade, equidade e no reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado.

Na investigação empírica utilizou-se a pesquisa de campo com a abordagem qualitativa, segundo Minayo (1994), a mesma possibilita abordar o ser social em um determinado momento, inserido em uma determinada realidade, levando em conta a totalidade do processo social e histórico no qual o indivíduo está inserido.

A pesquisa qualitativa, conforme Minayo (1994), possibilita uma maior compreensão da temática, assim como maior abrangência dos objetivos pré-estabelecidos e conhecimento dos pesquisadores, ela também permite analisar os vínculos indissociáveis que existem nas ações particulares e no contexto social em que ações se dão.

A pesquisa foi realizada por meio de entrevistas com aplicação de formulários com questões abertas previamente formuladas padronizada/estruturada a qual é definida por Lakatos e Marconi como:

Padronizada ou Estruturada é aquela que o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido; as perguntas feitas ao indivíduo são predeterminadas. Ela se realiza de acordo com um formulário elaborado e é efetuado de preferência com pessoas selecionadas de acordo com um plano. O motivo da padronização é obter dos entrevistados, respostas às mesmas perguntas, permitindo “que todas elas sejam comparadas com o mesmo conjunto de perguntas e que as diferenças devem refletir diferenças entre os respondentes e não diferença nas perguntas” (LAKATOS; MARCONI, 1985, p.174).

A pesquisa foi realizada na UBS Pacaembu, a escolha da UBS deu-se pelo fato de ser uma Unidade Básica de Saúde de médio porte; estar instalada no bairro Pacaembu desde o ano de 1991; ter uma área de abrangência de sete bairros da Região Leste de Cascavel; e realizar em média cento e cinquenta atendimentos diários, nas diversas áreas de assistência,

oferecendo a população um atendimento multidisciplinar²⁶. Pode se dizer que a Unidade Básica de Saúde torna-se a porta de entrada das expressões da “questão social”.

Segundo dados institucionais, a UBS oferece serviços de enfermagem, a área médica é representada por profissionais, das áreas de pediatria, clínicos gerais, ginecologia, odontologia, serviço social, administrativo, agente comunitário de saúde, coordenação local, e zeladores totalizando um quadro de vinte e quatro funcionários. A participação dos mesmos torna-se relevante, pois ao mesmo tempo, que são prestadores de serviços, são também usuários do Sistema Único Saúde. Desse universo dezesseis funcionários aceitaram contribuir com a pesquisa, respondendo as questões previamente formuladas.

Em relação aos usuários, a Unidade Básica de Saúde (UBS), atende em média 150 usuários por dia, totalizando quatro mil e trezentos²⁷ atendimentos ao mês, por essa razão não será possível à participação da totalidade de usuários atendidos pela UBS, desse total foram convidados dez, para participar da pesquisa de campo por meio de amostragem através da escolha aleatória.

Como define Lakatos e Marconi (1985) a amostra é uma parcela conveniente selecionada do universo (população) e é um subconjunto do universo.

A delimitação da amostra faz-se necessária, haja vista se tratar de um universo extenso de atendimento por usuários, a escolha dos usuários/amostra foi realizada de forma aleatória, convidando-se um usuário por dia no mês de setembro de 2008, para a participação na pesquisa, período que antecedeu ao término do trabalho de conclusão de curso.

As entrevistas e a aplicação dos formulários com os funcionários e usuários, aconteceram na UBS, na sala de pré consulta onde houve possibilidade de um maior contato com os entrevistados.

A abordagem aos funcionários e usuários foi realizada após o esclarecimento do objetivo da pesquisa, sendo obtido a concordância por escrito, deixando livre a escolha em participar ou não da pesquisa. Também foi esclarecido que se manterá resguardado o anonimato dos sujeitos, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou termo de compromisso para uso de dados, apresentado e aprovado no dia 24/07/2008 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) Unioeste, *campus* Cascavel-PR. Esclarecido também que na apresentação dos dados estes serão identificados por letras e algarismo romanos de ordem crescente que correspondem os seguintes códigos: FFI, funcionário feminino, FMII

²⁶Dados levantados na própria UBS no 1º semestre de 2006.

²⁷ Dados fornecidos pelo setor de Divisão de Informações e Planejamento (DIP), da prefeitura Municipal de Cascavel-PR conforme Relatório de atividades mensal obrigatório, do mês março de 2008.

funcionário masculino. Os usuários serão identificados por respectivos códigos e letras como: UFI usuário feminino UMII usuário masculino.

É importante salientar que não foi realizado perfil socioeconômico dos usuários e funcionários, por entender que a informação perpassa pelos mesmos direitos de equidade e universalidade e a informação deve ser plena como expõe Medeiros:

[...] A informação plena sobre as suas necessidades e o conseqüente reconhecimento do direito de vê-las atendidas e a garantia primeira de ser alcançada a condição do cidadão. E essa informação plena significa a não ocultação de itens sob a forma de mitos de dádivas, de filantropia, de um Estado defensor dos oprimidos [...] (MEDEIROS, 1991, p.7).

A informação diante da responsabilidade dos sujeitos na participação da gestão pública representa um mecanismo de interlocução entre o Estado e sociedade civil. E uma gestão democrática é construída com a participação e a capacitação de diversos segmentos na defesa de seus direitos. É no contexto de informar e ser informado, que pequenos dados podem se tornar importantes fontes de intervenção.

3.2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA

Conforme Mynaio (1994), a análise e a interpretação dos dados da pesquisa compreendem dois sentidos, que estão intrínsecos em um só movimento. Para realizar as análises, as interpretações e dados da pesquisa de campo, estes serão apresentados em quadros demonstrativos e três eixos norteadores.

QUADRO I - EIXOS TEMÁTICOS PARA ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

EIXO - I Perfil ocupacional dos funcionários	- sexo - idade - grau de escolaridade - tempo de atuação na área de saúde - função
EIXO - II Perfil dos usuários	- sexo - idade - grau de escolaridade
EIXO - III Compreensão dos funcionários e usuários sobre o Sistema Único de Saúde.	- Você sabe o que significa Sistema Único de Saúde (SUS)? - Qual a sua compreensão sobre Saúde Pública? - Você tem conhecimento da Lei Orgânica da

	saúde (LOS)? Se a resposta for sim cite uma de suas diretrizes. - Você sabe qual é o artigo da constituição Federal que se refere a saúde como direito de todos e dever do Estado? Se a resposta for sim cite o teor do referido artigo. - Na UBS Pacaembu existe alguma ação desenvolvida no sentido de esclarecer os usuários e funcionários a respeito do Sistema Único de saúde?
--	--

Fonte: Formulário de Pesquisa elaborado pela pesquisadora.

Para possibilitar a não identificação dos funcionários e usuários conforme o termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Compromisso para uso dos Dados da pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), os sujeitos foram identificados por letras e por algarismos romanos de ordem crescente.

O perfil dos funcionários e usuários foi analisado conforme o quadro II, que se refere à escolaridade, idade, tempo de serviço e sexo dos sujeitos conforme dados coletados através dos formulários que se encontram nos apêndice I e II. Conhecer o perfil dos funcionários entrevistados tem por finalidade conhecer o grau de escolaridade, o tempo de serviços prestados na área de saúde pública, para se obter elementos para subsidiar a análise dos dados.

QUADRO II - ESCOLARIDADE, IDADE, TEMPO DE SERVIÇO, SEXO

Funcionários (as)	Feminino	Masculino	Usuário Feminino	Usuário Masculino
Escolaridade	6- possuem ensino médio. 5- possuem superior completo e 2- superior incompleto.	1- possui ensino médio completo e 2- possuem ensino superior completo.	5- possuem ensino médio completo e 2- possuem médio incompleto	2- possuem ensino médio incompleto e 1- ensino superior completo.
Idade	De 21 a 54 anos.	De 41 a 44 anos.	De 30 a 69 anos	De 25 a 64 anos
Tempo de serviço	1 a 17 anos	2 a 13 anos		
Sexo	13 entrevistadas	3 entrevistados	7 entrevistadas	3 entrevistados

Fonte: Dados da Pesquisa.

3.2.1 Eixo-I Perfil dos funcionários

Conforme demonstra o quadro acima, não foi possível entrevistar os vinte e quatro funcionários da UBS, conforme o objetivo inicial do projeto de pesquisa, pois cinco

deles se valerem do direito de não participar da pesquisa conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado antes de iniciar a pesquisa, e três estavam de licença.

Analisando os dados da pesquisa observou-se, que a maioria dos funcionários da UBS são do sexo feminino, e por serem funcionários concursados possuem tempo de serviço acima de um ano e a idade varia de vinte e um a cinquenta e quatro.

3.2.3 Eixo II - Perfil dos usuários

Quanto aos usuários observa-se que o número de mulheres que procuram os serviços de saúde, predomina-se aos homens. Dos dez usuários entrevistados, setes são do sexo feminino. Em nível de escolaridade predominou o Ensino Médio, somente um dos entrevistados possui ensino superior, a idade variou entre vinte e cinco a sessenta e quatro anos.

3.2.2 Eixo III: Compreensão dos Funcionários e Usuários sobre SUS

A primeira questão formulada aos funcionários e usuários corresponde a seguinte: Você sabe o que significa Sistema Único de Saúde? A esse respeito obteve-se as seguintes respostas:

É uma política de saúde que está fundamentada na Lei 8.080/90 que define a saúde como sendo direito do cidadão e dever do Estado (FF-I).

É um sistema de saúde destinado a todos, sem distinção de situação financeira ou etnia. (FF-V).

É um plano onde todos têm direito (FFIX).

É um sistema de saúde que beneficia todos os cidadãos (FF-VIII)

É um atendimento oferecido a toda a população prestando atendimento de saúde no geral, onde todos têm direito (FF-XII).

No sistema único de saúde, através do governo todos tem direito de usufruir, sistema descentralizado (FF-XV).

E um sistema direcionado para atender a todos, porém existem muitas falhas (FF-II)

É o serviço de saúde para nossa população sem discriminação de pessoas, que deve ser acompanhado por todos [...] (FM-III)

É um sistema que garante atendimento ao individuo, atendendo a saúde de forma universal (FF-XVI).

É um sistema voltado á prestar saúde para todos (FF-XIV).

Analisando a fala dos funcionários, observa-se que dos dezesseis funcionários questionados, dez compreende o Sistema de Saúde na concepção de direito²⁸, algo que pode ser ressaltado como um avanço que resulta na redução da discriminação e na prestação de serviços. Hoje o Sistema de saúde não pode mais se focalizar no sujeito que se encontra no mercado formal, o Sistema deve ser compreendido de uma forma muito mais ampla e complexa, com objetivos definidos para oferecer atendimento ao sujeito, independente de sua classe econômica e principalmente com a descentralização exige-se uma sociedade muito mais atuante e participativa. Como expõe Teixeira *apud* Bravo 2006:

[...] O direito universal a Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminação existente entre segurado/não segurado, rural/urbano; As ações e Serviços de saúde passaram a ser considerado de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizado, descentralizada de atendimento integral, com participação da comunidade [...] (TEIXEIRA, *apud* BRAVO, 2006, p.97)

Entretanto, observa-se que entre os funcionários existem compreensões diferenciadas sobre o Sistema, três deles faz a leitura de um gratuito, voltada para os mais necessitados, enquanto que três destes não souberam responder, demonstrando as dicotomias que existem sobre o SUS e na prestação dos serviços dentro de uma mesma instituição

É um serviço de atendimento médico gratuito (FF-VII).

É Sistema de Saúde que o governo criou para atender os pobres (FF-X).

É um Sistema de Saúde pública gratuita de abrangência nacional (FM-XI).

Ao se fazer o mesmo questionamento sobre o SUS aos dez usuários, notou -se que predomina entre eles o sentido de um sistema gratuito, destinado também a atender aos mais pobres, prevalecendo à ideologia que o Estado oferece serviços sem custo para a população.

²⁸ Para Fleury (1997) o direito a saúde reivindicada pelo movimento de reforma sanitária, só se faria de fato se ocorresse uma revisão do conceito de saúde existente na estrutura dos serviços de saúde. Esta revisão, segundo a autora, deveria incorporar os determinantes sociais no desenvolvimento do processo saúde-doença e ainda os serviços de assistência deveriam garantir ao usuário o papel de sujeito em sua condição sanitária (PARANÁ, 2006, p. 23).

É um sistema onde todos têm direito como um todo, é um sistema gratuito (UF-II).

É um sistema unificado mantido pelo governo federal (UM-III).

É um sistema que atende todas as pessoas de graça (UM-V).

È um sistema de atendimento ao público no geral com serviços gratuitos (UF-IX)

É um sistema voltado para atender a população carente (UFX).

É comum no Brasil com a ideologia neoliberal, a oferta de serviços voltada para a mercantilização e a valorização do sistema privado e desmotivação aos serviços públicos. Observa-se esse fato nas falas dos sujeitos ao se referir ao SUS como um sistema gratuito. No entanto não é esse o entendimento de serviços públicos explicito no artigo 21 item dois da carta de direitos humanos, que especifica que todo o indivíduo tem o direito de ser atendido em qualquer serviço público e não somente o mais pobre. (BRASIL, 2007, p.100).

É um sistema de saúde direcionado para atender a todos (UF-I).

O sistema de saúde é um sistema que abrange a toda a população, e todos têm direito, e é um direito adquirido pela população (UF-IV).

É sistema que o governo criou, onde todos têm acesso (UF-VIII).

Não soube responder (UM-VI).

Não soube responder (UMVII).

Por outro lado verifica-se nas falas o reconhecimento da saúde como um direito universal, fato que merece destaque, pois representa um salto na direção desse direito e representa um avanço no sistema, mesmo que entre eles existam os que não souberam responder. Essa outra visão Sobre o SUS, acaba desmistificando uma das características do Sistema de Único de Saúde que ocorreu nos anos de 1990, com o retorno ao um Sistema focalizado e seletista. Esse período foi marcado também pela precarização das políticas sociais, que representou perdas significantes dos direitos conquistados na área de saúde.

Os sujeitos precisam saber que o SUS representa um sistema de saúde constituído por meio de lutas, pressões populares, para que esses ideais não se percam com o passar dos

tempos.

Ao serem questionados a respeito da compreensão sobre saúde pública, observou-se entendimentos diferenciados:

A saúde pública é um direito do cidadão e dever do Estado, e ela tem que contemplar não só medicação e consultas, mas prevenção esporte, lazer cultura etc...(FF-I).

A saúde pública deve ter um bom gerenciamento partindo do nosso presidente e demais governantes (FM-III).

A saúde publica significa que não precisa de pagamento imediato (FF-IV).

É a saúde destinada a todos (FF-V).

Uma ação voltada à população que destina melhoria, voltadas para todos (FF-VIII).

Observa-se que não existe uma real compreensão sobre a questão posta, estas foram centradas nas diretrizes do SUS, e a falta de uma melhor compreensão sobre saúde pública pode dificultar a ampliação do Sistema, pois os avanços se pautam em ações a partir da visão do Estado e com os interesses que ele representa, por meio da organização social, e da participação da sociedade organizada.

Segundo Teixeira e Fleury (1989) *apud* Bravo (2006), a burocratização do Sistema público, a falta de conhecimento das mudanças que ocorrem no sistema aliado ao afastamento da população do cenário político, caracterizado pela não participação em processo decisório, contribui para a precarização do Sistema.

Compreende-se assim que construção democrática se embate com a falta de conhecimento e a falta de informação da sociedade que se limita nas informações repassadas somente pela instituição, que muitas vezes prioriza somente o que lhes convém, sendo assim a participação da sociedade pode representar a única via para se conseguir obter melhoria nos serviços prestados, e fica evidente tanto nas falas dos funcionários como dos usuários, que o sistema precisa avançar no sentido de informar e ser informado;

Tudo que compreende na prevenção e tratamento das doenças mentais e físicas de toda população (FM-XI).

Compreende toda a organização da saúde em todos os escalinário entre secretária da saúde e suas organizações (FF-XII).

É um sistema voltado para atender a todos que necessitam (FF-XIII).

A saúde pública é voltada mais para a prevenção da doença física como a mental através de orientações palestras e informações de um modo geral (FF-XIV).

Sistema em que todos têm acesso através do governo (FF-XV).

Abrange o atendimento a toda a população principalmente a classe menos favorecida (FF-XVI)

Cinco dos funcionários entrevistados não souberam responder, fato que expõe a necessidade dos cursos de capacitação continuada, cabe ressaltar que é uma das metas que se encontra no Plano Municipal de Saúde da prefeitura Municipal de Cascavel para serem efetivados nos anos de 2006 a 2009²⁹.

A mesma questão foi formulada para os usuários, sobre a compreensão de saúde pública, pelas falas evidenciou-se também que estes têm pouca informação sobre a questão formulada, enquanto que três deles não souberam responder:

A saúde pública oferece um bom atendimento (UF-I).

Saúde para todos (UF-II).

No Brasil não existe saúde pública (UM-III).

Saúde pública esta deixando muito a desejar teria que ter um maior aproveitamento do dinheiro público (UF-IV).

Saúde pública é uma coisa boa (UM-V).

É a saúde de todos (UF-VIII).

É um atendimento considerado ótimo principalmente voltado para o cidadão que não tem condições de pagar a consulta (UF-IX).

Saúde pública nos referenciais teóricos encontra-se definida como política pública que se integra ao campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de vida da população e se materializa por meio de ações concretas de sujeitos sociais e das atividades institucionais que as realizam. Nesse aspecto esta pode ser entendida

²⁹[...] Ações 2007-2008, efetuar a divisão de Gestão de Pessoa por meio da Coordenação de Educação Permanente, dispõe de equipe multiprofissional, materiais e equipamentos necessários a implantação da Política de Educação Permanente para os trabalhadores de SUS, em consonância com as diretrizes do Ministério de Saúde e Conselho Nacional de Saúde.[...] 2008-2009, Desenvolver programa de educação permanente incluindo assuntos como política de saúde, controle social e ética, para a capacitação e qualificação (por

como ações preventivas organizadas desenvolvidas entre a sociedade civil e o governo

A respeito do conhecimento dos sujeitos sobre Lei Orgânica da Saúde, e se obteve os seguintes resultados: do total dos dezesseis funcionários, onze destes responderam que não possuem conhecimento da referida Lei e os restantes responderam:

Participação popular, Controle social, conselho local de saúde (FF-I).

Atendimento universal e a toda a população (FM-II1).

Lei que efetivou o conselho local de saúde (FF-IV).

Governo Federal (FF-XV).

Nas falas dos sujeitos observam-se itens que são determinantes na interpretação da Lei Orgânica da Saúde como: participação popular, controle social, conselho local de saúde.

Porém a maioria desconhece a LOS, ao entender que a Lei 8.142/90 trata principalmente no que se refere ao financiamento da saúde, a participação da sociedade na descentralização da gestão pública, como também da formalização e o funcionamento das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo. Por meio da efetivação dessa Lei, oportunizou-se entre outras diretrizes a participação da sociedade civil nos processos decisórios do Sistema Único de Saúde, a falta do conhecimento das diretrizes do SUS, pode ser um fator determinante para a falta da participação da sociedade civil nas principais decisões sobre o Sistema.

Aplicando-se à mesma questão a respeito de Lei Orgânica da Saúde (LOS) aos dez usuários, estes responderam desconhecer por completo o teor e as diretrizes dessa lei.

Evidencia-se por meio das falas dos sujeitos que a participação destes nas instâncias deliberativas como as Conferências e Conselhos de Saúde não está sendo efetiva, pois se considera que esse local tem por finalidade a expansão das informações e discussões a respeito de todo o funcionamento do SUS.

Infinitos fatores podem condicionar a não participação dos sujeitos nesses espaços, analisaremos apenas um deles nesse momento: conforme folheto informativo do Conselho Municipal de Saúde de Cascavel³⁰, as reuniões são realizadas uma vez por mês no

categoria) de todos os profissionais de saúde em horário de trabalho, visando um atendimento mais humanizado [...], (CASCAVEL, 2006-2209 p. 33).

³⁰[...] OBS: as reuniões são realizadas às 17 h e 30 m no auditório da Prefeitura Municipal, aberto à participação de **todos**. (anexo II).

horário das 17 h e 30min. Para um sujeito que se encontra no mercado de trabalho formal, este trabalha no geral oito horas diária, fato este que pode impossibilitar a participação do trabalhador de uma reunião nesse horário, o que caracteriza o descomprometimento dos conselhos com a sociedade.

Segundo Cortes (2001), a falta da participação da sociedade civil, contribui para que os conselhos deixem de ser um lugar de mediação de projetos de interesse popular para se tornarem espaços representados pelos gestores municipais, proporcionando a inversão de papéis entre gestores e conselhos, essas instâncias não se constituem mais em um local de discussões conflitantes, há muito de consenso no qual os gestores têm a função de controladores da execução da política de saúde, por esse motivo os conselhos acabam ficando apenas com o gerenciamento o que compromete o seu caráter deliberativo, e reduz a área de atuação política dos conselhos, caracterizando o desconhecimento da legislação do SUS.

Outra questão posta para os sujeitos se reporta ao conhecimento do artigo 196 da Constituição Federal de 1988, diante da questão apresentada quatorze funcionários afirmaram desconhecer o artigo citado e dois responderam que:

E o artigo que define a saúde como um direito do cidadão e dever do estado (FF-I).

196- a saúde é um direito de todos e dever do Estado (FF-XIV).

Demonstra-se nessa questão quase que um total desconhecimento do artigo 196, explicito na Constituição Federal, e com isso fica visível à dicotomia entre “o que se faz” e “o porque se faz”, quando os sujeitos da ação desconhecem o porque da ação, os que sofrem a ação geralmente são penalizados.

Quando abordada a mesma questão para os dez usuários, estes também responderam que desconhecem o artigo citado.

A Constituição Federal representa o regimento maior do país, é nela que se encontram todas as Leis que regem os princípios fundamentais, os direitos e garantias fundamentais, a organização do Estado, a organização dos poderes, a defesa do Estado e das Instituições democráticas, a tributação e o orçamento, a ordem, econômica e financeira e a ordem social (BRASIL, 2001), diante do exposto observa-se há necessidade de se conhecer o texto constitucional, pois nele está a responsabilização das esferas governamentais com os diretos e as legislações que regem o país.

Pautando no direito de informar e ser informado por meio da pesquisa buscou-se

junto aos entrevistados saber se há na UBS Pacaembu ações desenvolvidas no sentido de esclarecer os usuários e funcionários a respeito do Sistema Único de saúde. Nesse sentido as respostas dos funcionários foram as seguintes:

Até o momento não, a partir do dia 10/set/ 2008 a SESAU, estará promovendo um curso de capacitação para funcionários e conselheiros locais de saúde, e como tema para o 1º módulo: O Conceito Ampliado para a Saúde. E o 2º módulo: Instancia de Controle Social e Atuação do Conselho de saúde (FF1).

Desde quando eu trabalho aqui na UBS não teve nenhuma ação nesse sentido (FF2).

As reuniões do Conselho Local de saúde, que serve para a gente ter alguns esclarecimentos nesse sentido (FM3)

Não e na realidade deveria ter, porque a gente sabe muito pouco sobre o SUS (FF4).

A UBS na maioria das vezes significa para a comunidade o único equipamento social existente como uma instituição garantidora de direitos, por esse mesmo motivo para muitos ela representa também a porta de entrada das expressões da questão social. Nessa perspectiva a UBS juntamente com toda a equipe profissional pode se tornar espaço de discussão, com dimensões agregadoras de informações e conhecimentos, pois são os funcionários que estão em contato direto com os usuários e podem se tornar facilitadores sobre compreensão do sistema, desde que estes também estejam bem informados.

Quando analisada as falas do restante dos funcionários é perceptível também que há um grande interesse pelos cursos de capacitação, tendo em vista que quase a totalidade responderam no mesmo sentido:

Não sei pois faz pouco tempo que eu estou trabalhando aqui, eu estou somente cobrindo a falta de outro funcionário, porém se existe alguma ação, eu desconheço (FF5).

Já participei de cursos de capacitação no sentido de melhorar o atendimento, mas no sentido de esclarecimento sobre o SUS aqui na UBS eu nunca participei (FF6).

Aqui na UBS não tem (FF7).

Deveria ter mas não tem (FF8).

Não somente participei de curso de capacitação (FF9).

Não, é comum nas UBS(s) que tem o programa saúde da família, mas aqui não tem (FM10).

Não, e eu acho que deveria ter em todas as UBS(s), pois se o Sistema deu espaço para a participação da comunidade, porém se esta não estiver minimamente informada jamais vai acontecer essa participação nos processos decisórios do SUS (FM11)

Aqui na UBS eu desconheço ações nesse sentido (FF12).

Não, aqui na UBS não tem (FF13).

Não (FF14).

Aqui não, mas eu acho que deveria ter, existem muitos direitos e deveres que a gente desconhece (FF15).

Ação não tem, porém nos atendimentos individuais a gente procura prestar todas as informações possíveis (FF16).

A importância da ampliação do processo de informação é notória, uma vez que este processo também se encontra como uma das metas de ação do Plano Municipal de Saúde para ser afetivado nos períodos de 2006 a 2009.³¹

Ao se fazer o mesmo questionamento para os usuários, sobre se na UBS Pacaembu há ações desenvolvidas no sentido de esclarecer usuários e funcionários a respeito do Sistema Único de Saúde, a maioria respondeu que nunca foram convidados para reuniões ou encontros nesse sentido.

Alguns responderam que o conhecimento que tem a respeito do SUS é somente o que passam na mídia local e nacional, outros lembram do conselho local, porém afirmam que tudo fica muito restrito às dificuldades momentâneas da UBS:

Não eu nunca participei de nada (UF1).

Eu participo das reuniões de hipertensão e às vezes eles falam alguma coisa (UF2).

Não tem (UM3)

Não eu nunca fui convidada, e eu desconheço se existe esse tipo de ação (UF4).

Não, o que eu sei sobre o SUS é o que passa nos rádios e nas televisões

³¹[...] realizar ampliação do processo de informação para todas as Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família [...] (CASCAVEL, 2006, p.35).

(UM5).

Eu participo das reuniões de hipertensão, eu considero que seja uma ação de esclarecimento, pois é um programa mantido pelo SUS (UF8).

Participei de uma palestra sobre o dia da mulher que falava sobre saúde (UF9).

Não, e mesmo se tivesse seria no horário do meu trabalho e eu não poderia participar (UM6).

Não existe, e eu gostaria de saber muitas coisas sobre o nosso Sistema de Saúde (UF7).

Que eu saiba não (UF10).

Como afirma Medeiros (1991), na nossa realidade o apelo para o exercício pleno da cidadania tem como base o conhecimento que cada um tem nas formas de participação da sociedade. Por um longo período a questão dos direitos foi desprezada pelos detentores do poder, ou quando eram levadas as efetivações eram formuladas normas para levar sujeitos a novas formas de pressão e para os submeterem ao conformismo e a acomodação (MEDEIROS, 1991, p.7).

Ao se fazer à análise da geral pesquisa, entende-se que os usuários como também os funcionários têm conhecimentos precários não somente sobre a constituição do Sistema Único de Saúde como também a Constituição Federal de 1988 e os artigos considerados de suma relevância para a construção de uma sociedade menos desigual. Aqui foram abordados direitos básicos relacionados à saúde, porém para que esses possam ser reconhecidos e efetivados como direitos legítimos existe a necessidade que os sujeitos sejam minimamente informados, algo que também se constitui como direito.

A Constituição Federal especifica no capítulo V que trata da Comunicação Social, no art.219 no inciso 5º que [...] “Os meios de comunicação social não podem, direta ou indiretamente, ser objeto de monopólio ou oligopólio” (BRASIL, 2001, p.123) subentende-se dessa maneira que o direito de informar e ser informado, não pode ser privilégio somente de algumas camadas sociais e configura-se também em direito conquistado e constituído.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da pesquisa de campo, o contato com o conhecimento dos sujeitos, e por meio dos levantamentos bibliográficos, observou-se principalmente que o Sistema Único de Saúde, apesar de sua legalidade formal. Este não se constitui em um projeto pronto e acabado a participação de todos os sujeitos envolvidos e bem informados representa a possibilidade da consolidação de um Sistema de saúde muito mais democrático e eficiente

Por meio dos embasamentos teóricos realizados sobre a Constituição dos serviços de saúde pública no Brasil, observou-se que ao longo da história houve avanços e retrocessos na sua constituição e consolidação como política pública.

Nos diferentes períodos de governo este processo foi pautado em interesses antagônicos entre sanitaristas que defendiam uma Reforma Sanitária focada na saúde preventiva e na abrangência de acesso. E por outro lado, o processo de Reforma conviveu com as pressões dos detentores do poder, representados pelos donos dos grandes hospitais privados e os donos das fármaco-químicas, que pressionaram representantes do governo para manter o Sistema de saúde subordinado a lógica do mercado capitalista, que viam na saúde um sistema lucrativo, pois nesse período os serviços médicos eram comprados das corporações privadas. Portanto, nessa perspectiva, a saúde nada mais era do que mais uma mercadoria e as ações eram sempre voltadas para o curativo e o emergencial.

Esses fatos puseram sempre em confronto o projeto sanitarista e o projeto privatista, e por longos anos a saúde se manteve focalizada para os que podiam pagar pelos serviços, ou seja, os que se mantinham no mercado formal. O Estado mantinha serviços públicos pontuais como a prevenção de endemias (febre amarela varíola etc). Para os pobres e desempregados restavam as santas casas de misericórdia e a filantropia, pois não havia uma política de saúde no Brasil nesse período.

Somente após a Constituição Federal de 1988, com a participação de diferentes sujeitos na elaboração de um novo modelo saúde, culminou na criação do Sistema Único de Saúde, mudando o caráter de uma saúde privatista, curativa e emergencial, para preventiva, universal, com atendimento integral e com equidade e com as novas dinâmicas o Sistema também inseriu novos sujeitos que antes eram desassistidos pelo poder público. E com a descentralização de certa forma democrática abriu espaços para a participação direta dos municípios e da sociedade civil na gestão de serviços públicos.

Nesse contexto importantes responsabilidades foram repassadas para os municípios, fato que possibilitou a oferta de serviços de baixa de média e de alta

complexidade no próprio município, desfazendo a migração de sujeitos para outras localidades em busca de tratamentos especializados.

Entretanto, essa transferência de responsabilidade representou em outros aspectos o aumento das dificuldades pelo aumento das demandas, uma vez que os repasses de recursos não foram transferidos respeitando as diferenças demográficas de cada região, o que representou para alguns municípios a prestação de serviços de saúde mais precários.

Esse processo de descentralização colocado em prática após a Reforma Sanitária e tendo como principal proposta à democratização do Sistema de Saúde que embasado na participação da sociedade civil, buscou-se uma ampliação da compreensão saúde/doença, hoje ela é compreendida como resultado de fatores sociais que interfere diretamente e indiretamente no fator saúde, porém elevou o grau de responsabilidade, fato que fez com que as autoridades governamentais a explicitar que o mau andamento do Sistema Único de Saúde deriva do mau gerenciamento, como se todos os problemas fossem resolvidos somente com bons atendimentos, entretanto, este deve representar apenas o primeiro passo de melhoria do Sistema.

Diante de todas essas mudanças que ocorreram no Sistema de Saúde, por meio da pesquisa observa-se que muitos funcionários da saúde pública e usuários não têm a real compreensão das diretrizes do SUS.

Entretanto, vale ressaltar que, o direito universal na prestação de serviços e acesso a esses, está sendo compreendido por muitos, fato que possibilita a diminuição da discriminação que existia em atender, entre o pobre ou mais pobre, apesar de algumas instituições colocarem limitações em atender usuários de outra área de abrangência, ainda com uma visão que por residir no mesmo bairro onde se localiza a UBS, estes tem mais direitos que outros, fato hoje é justificado pela organização do sistema, porém vale lembrar que isso fere o direito constituído como o do artigo vinte e um do item dois da carta de direitos humanos onde diz: [...] “toda a pessoa tem igual direito de acesso aos serviços públicos de seu país” [...] (BRASIL, 2007), porém apesar dessas limitações, o fato é que hoje não se investiga se o usuário chegou de automóvel ou a pé em busca de atendimento.

Com a pesquisa de campo por meio das falas dos sujeitos, funcionários e usuários quando questionados sobre o SUS, saúde pública, Sobre a Lei Orgânica da Saúde, o artigo da Constituição Federal, e sobre as ações desenvolvidas na UBS no sentido de esclarecer estes sobre o SUS, ficou visível também que existem muitas dúvidas no tocante ao reconhecimento do Sistema público de saúde, pois alguns afirmam que as únicas informações que eles têm sobre o Sistema são as que acompanham na mídia local e nacional, demonstrando que as

informações e deliberações estão muito limitadas ao poder institucional.

São motivos que ponderam sobre a real necessidade de informação mais ampla e uma integração maior entre sociedade e instituição, principalmente nos processos deliberativos do Sistema, pois no cotidiano das instituições, assim como na UBS Pacaembu, mostra que os princípios e diretrizes em relação à saúde com as políticas sociais e econômicas garantido pela Constituição Federal de 1988 e pelo SUS, até o momento não se tornaram realidade no Sistema. A saúde ainda é tratada como um fato isolado, sem levar em consideração fatores que estão intrínsecos nessa relação que vão muito mais além de uma mera assistência médica.

A pesquisa mostrou ainda que a sociedade civil está perdendo espaços importantes de participação e deliberação, como os conselhos, a falta do real conhecimento da importância desses espaços e a não participação, fica assim evidente nos embates políticos e sociais, que resultam no enfraquecimento desses espaços e do poder decisório da sociedade civil.

O fator social que impede que os sujeitos procurem esses espaços para no mínimo se manterem informados, pode ser sinalizado pelas dificuldades individuais dos sujeitos em manter suas necessidades básicas. Em um sistema em que até mesmos os sujeitos são considerados mercadorias, impõem dificuldades nas ações e deliberações coletivas e assim os sujeitos passam também a agir parceladamente e individualmente, pois são frutos de uma sociedade que prioriza a lógica do capital. Dessa forma, na práxis o ser social fica impedido de tomar decisões, ele age sempre em dois campos, o da necessidade e o da liberdade, porém o campo da necessidade é vital para que o ser social possa desenvolver o campo da liberdade, pois este primeiramente tem que satisfazer o campo das necessidades básicas para depois pensar no campo da liberdade e na garantia de direitos³².

Os fatores políticos que desarticulam a sociedade civil se reportam para as relações de interferências dos gestores municipais nos conselhos e nas instituições, nas escolhas dos representantes, na burocratização, na rotina das ações e na centralidade do poder nas mãos de gestores executivos, esses fatos apontam para a fragilidade das funções deliberativas e vale ressaltar também a intencionalidade dessas interferências, pois quanto menos participação da comunidade, maior é o poder de manipulação dos que detêm o poder e ditam as leis.

Outro fator importante constatado com a pesquisa de campo com os funcionários

³²Conteúdo aprendido no segundo ano, nas aulas do Prof.º Alfredo Batista, em Serviço Social e Processo de Trabalho.

e usuários da UBS, diz respeito à clareza que estes têm no tocante à saúde como um direito de todos, porém mostrou também que existem falhas no tocante a informação sobre as principais diretrizes do Sistema Único de saúde e sobre a compreensão do artigo da Constituição Federal que se refere à responsabilização do Estado pela saúde pública.

Ao se fazer à análise de todo o contexto histórico da Constituição do Sistema de Saúde e dos embates políticos e sociais que a envolve, pode-se considerar que apesar das dicotomias existentes entre os que defendem a ideologia que haverá a concretização dos princípios do SUS e o que dispõem na Constituição Federal somente quando houver um outro modelo de sociedade, contando assim com o cerceamento do sistema capitalista, pois acreditam que no atual sistema as desigualdades não serão eliminadas e são consideradas as bases de sustentação e da dominação. Há também os que acreditam na possibilidade de um envolvimento maior da sociedade e na efetivação de um Sistema Único de Saúde cada vez mais baseado em direitos, porém a melhoria deve partir do pressuposto que não se pode mais estar sempre procurando culpados para as mazelas sociais e sem propor soluções.

O SUS apesar dos embates na sua materialização e na sua constituição, a sua manutenção, como foi explicitado em todo o trabalho, representa uma concepção de saúde que vai além da assistência médica, do assistencialismo e das ações curativas. E acreditar na efetivação das diretrizes da Lei 8.080/90 e na Lei 8.142/90, como também na Constituição Federal vigente é acreditar no potencial dos indivíduos e no seu poder reivindicatório, pois direitos não são impostos, mas conquistados e estes, não basta estar legitimados, porém devem passar das esferas institucionais e fazer parte do cotidiano populacional.

O Serviço Social no espaço da política de saúde, ou de qualquer outra política setorial, por meio de uma direção crítica clara e consciente, pode contribuir na concretização e democratização de seus princípios, ao atuar na defesa permanente dos direitos sociais e humanos, considerando estes como conquistas da sociedade e herança das lutas e movimentos sociais.

E a práxis do Assistente Social por meio da participação e da socialização das informações, se consolida não apenas para realizar apontamentos sobre as dificuldades da aplicabilidade das ações e da legitimação das Leis em vigência no cotidiano das relações sociais, porém muito mais importante do que apontar falhas é propor soluções para a emancipação humana, como condição inerente do trabalho concreto da categoria profissional.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. SUS: O Que Você Precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. V-I. São Paulo: Atheneus, 2006.

BRASIL. Constituição Federal (1988). **Constituição da Republica Federativa do Brasil:** promulgada em 05 de outubro de 1988. 16ª Edição contendo Emendas Constitucionais nº 1, de 1992, a 31, de 2000, e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº1 a 6, de 1994. Câmaras dos Deputados, coordenação de Publicações, Brasília, 2001.

BRASIL. Lei Organiza de Saúde. *In:* Assistente social: ética e direitos. **Coletânea de Leis e resoluções.** Conselho Regional de Serviço Social - 7º R-RJ. 4ª ed –5ª reimpressão. Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Emenda 29: **Mais dinheiro e estabilidade para a saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRAVO. Maria Inês. As Políticas Brasileiras de Seguridade Social: Saúde. *In:* **Capacitação em Serviço Social e Política Social.** Módulo 3. Brasília. UNB Centro de Educação a Distância, 2000.

BRAVO, Maria Inês; PEREIRA Potyara Amazoneide. (org). **Política Social e Democracia.** São Paulo: Cortez, 2002.

BRAVO, Maria Inês. (org). **Política Social e Democracia.** São Paulo: Cortez, 2001.

BRAVO, Maria Inês Política de Saúde no Brasil. *In:* MOTA, Ana Elisabete *et al.*. **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. p. 88-135.

BRAVO, Maria Inês. **Serviço Social e a Reforma Sanitária:** lutas sociais e prática profissional. São Paulo: Cortez, 1996.

BEHRING, Elaine Rossetti. Fundamentos de Política Social. *et al.* *In:* Mota, Ana Elisabete **Serviço Social e Saúde:** Formação e trabalho Profissional. São Paulo; Cortez, 2006. p.13-37.

CASCAVEL. **História de Cascavel.** Disponível em <http://www.cascavel.pr.gov.com.br>. Acesso em 20/ set/ 2008.

CASCAVEL. **Manual de Norma e Rotinas**. Unidade Básica de Saúde – Pacaembu. Secretaria de saúde de Cascavel: 1995.

CASCAVEL. **Plano Municipal de Saúde**. Revisado e ampliado em 2006-2009.

CERQUEIRA FILHO, Gisálio. **A Questão Social no Brasil**: crítica do discurso política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social. Código de Ética profissional. *In: Coletânea de leis e resoluções*: Assistência social: ética e direito. 7º R, Rio de Janeiro: CRESS, 2006a.

CORREIA, Maria Valeria Costa. Controle Social na Saúde. *et al* (org). *In: Mota, Ana Elisabete. Serviço Social e Saúde*: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez. 2006. p.111-136.

CORTES, Soraya Maria Vargas. Conselhos Municipais de Saúde: Possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. *In: Revista Saúde da Família*. Ciência e Saúde Coletiva. Brasília, 2007.

DESEMPREGO. **Conceito de desemprego estrutural**. Disponível em: <www.wikipédia.com.br> Acesso em: 15/ago/2008.

FALEIROS, Vicente de Paula. Natureza e Desenvolvimento das Políticas Sociais no Brasil. *In: Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Modulo 3. Brasília:UNB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distancia, 2000, p. 41-55.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Política social do estado capitalista**: as funções da previdência e assistência. São Paulo: Cortez, 1991.

GRICOLI, Rômulo. Precariedade nos serviços de saúde no município de cascavel. *In: Jornal Gazeta do Paraná*. De 27/jun/2008. Cascavel: 2008.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em <http://www.ibge.gov.com/cidadeshtm>. Acesso em:15/ago/2008.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1985.

MEDEIROS, Francisco Ary de. Informação para a Comunidade: estratégia para a intervenção do Serviço Social. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. nº35. São Paulo: Cortez, 1991.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (org). Ciência, Técnica e Arte. O desafio da pesquisa social. In: **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 3 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MOTA, Ana Elizabete. Seguridade social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: MOTA, Ana Elizabete **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho Profissional**. São Paulo; Cortez, 2006. p. 40-48.

NETTO, José Paulo. Construção do projeto ético político do Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete. **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 141-160

NETTO, José Paulo. O Materialismo Histórico como Instrumento de Análise das Políticas sociais. In: NOGUEIRA, Mary Guimarães *et al* (org). **Estado e Políticas Sociais: Brasil – Paraná**. Cascavel: Gráfica Universitária - EDUNUOESTE, 2003. p.12-28.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeira; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde - SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabete **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. p.13-37.

PARANÁ. Ministério da Saúde. **Instituto de saúde do Paraná**. Centro Formador de Recursos humanos Caetano Munhoz da Rocha. Curitiba-PR: Ministério da Saúde do Paraná, 2006.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. As metamorfoses da questão social e a reestruturação social das políticas sociais. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Modulo-1. Brasília: UNB Centro de Educação a Distancia, 2000.

PLANO PLURIANUAL. Conceito. Disponível em: www.planobrasil.gov.br. Acesso em 08/set/2008.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera pública e Conselhos de Assistência Social – Caminhos da Construção Democrática**. São Paulo: Cortez, 1998.

RAICELIS, Raquel; WANDERLEY, Luiz Eduardo. Desafios de uma Gestão Pública Democrática na Integração Regional. *In: Revista Social e Sociedade*. nº 78. jul. São Paulo: Cortez, 2004.

RAICHELIS, Raquel. Democratizar a Gestão das Políticas Sociais – Um desafio a ser Enfrentado pela Sociedade Civil. *In: MOTA, Ana Elisabete. Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho Profissional*. São Paulo: Cortez, 2006.

RIOS, Dermival Ribeiro. **Mini dicionário escolar da língua portuguesa**. São Paulo: DCL, 1999.

RODRIGUEZ, Eleotério Netto. **Saúde: promessas e limites da Constituição**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

ROJAS COUTO, Berenice. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2004.

SAÚDE PÚBLICA. Conceito. Disponível em www.scielo.com.br. Acesso em 10/ago/2008.

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2007.

TELLE, Vera da Silva. **Historia Versus Natureza: O lugar da Pobreza na sociedade Brasileira**. *In: Direitos Sociais: Afinal do que se Trata?* Minas Gerais. UFMG, 1999.

VIEIRA, Evaldo. **Democracia e política social**. Coleção polêmicas do nosso tempo; v.49. São Paulo: Cortez, 1992.

WEISSHAUPT, Jean Robert. **As funções Sócio-institucionais do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1985.

APÊNDICES

APÊNDICE –I FORMULÁRIO APLICADO AOS FUNCIONÁRIOS

APÊNDICE –II FORMULÁRIO APLICADO AOS USUÁRIOS

**APÊNDICES – III TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E/OU
TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS**

ANEXOS

ANEXO – I PARECER 313/2008 – COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA- CEP

ANEXO – II PORTÁRIA SESAU Nº. 028/2007.

**ANEXO -III INFORMATIVO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE DE
CASCAVEL-EDIÇÃO 001/08**

