



**UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL**



IRACY MARTINS DE ALMEIDA ROSA

**GESTÃO DEMOCRÁTICA DA SAÚDE PÚBLICA:
REFLEXÃO SOBRE OS BENEFÍCIOS QUE O SUS DISPONIBILIZA
AOS USUÁRIOS NO MUNICÍPIO DE MARILUZ**

MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO

**GOIOERÊ
2011**

IRACY MARTINS DE ALMEIDA ROSA



**GESTÃO DEMOCRÁTICA DA SAÚDE PÚBLICA:
REFLEXÃO SOBRE OS BENEFÍCIOS QUE O SUS DISPONIBILIZA
AOS USUÁRIOS NO MUNICÍPIO DE MARILUZ**

Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Especialista na Pós Graduação Gestão Pública Municipal, Modalidade de Ensino a Distância, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR – *Campus Curitiba*.

Orientador(a): Prof. Luci Inês Bassetto.

GOIOERÊ

2011



TERMO DE APROVAÇÃO

GESTÃO DEMOCRÁTICA DA SAÚDE PÚBLICA: REFLEXÃO SOBRE OS BENEFÍCIOS QUE O SUS DISPONIBILIZA AOS USUÁRIOS NO MUNICÍPIO DE MARILUZ

Por

Iracy Martins de Almeida Rosa

Esta monografia foi apresentada às.....h do dia.....de..... de 2011 como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista no Curso de Gestão Pública Municipal, Modalidade de Ensino a Distância, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná, *Campus* Curitiba. O candidato foi argüido pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho

Prof^a. Luci Inês Bassetto
UTFPR – *Campus Curitiba*
(orientadora)

Prof: Moisés Francisco Farah Junior
UTFPR – *Campus Curitiba*

Profa
UTFPR – *Campus Curitiba*

Dedico este texto a todos os brasileiros que acreditam que
“os desejos humanos são infindáveis.
São como a sede de um homem que bebe água salgada,
não se satisfaz e a sua sede apenas aumenta”.
(Texto Budista)

AGRADECIMENTOS

À Deus pelo dom da vida, pela fé, perseverança para vencer os obstáculos e pela dádiva de conceder o discernimento de ser uma pessoa consciente dos meus direitos e de respeitar o direito do outro.

À minha família, pela paciência, carinho e por se fazerem presentes em minha vida.

À minha orientadora professora Luci Inês Bassetto, pelo empenho, paciência e credibilidade, obrigada por tudo.

Ao Doutor Luiz Lucacin por acreditar na comunidade mariluzense e dela fazer moradia permanente e que gentilmente me forneceu dados sobre a saúde do município, dados estes onde obtive elementos para esta monografia.

Ao Sr. Acácio Nogueira da Silva e Sr^a. Eunice Maria da Silva, pelo carinho com que me receberam e alegremente relataram a história da saúde de Mariluz.

Agradeço aos tutores presenciais e a distância que nos auxiliaram no decorrer da pós-graduação.

Enfim, sou grata a todos que contribuíram de forma direta ou indireta para realização desta monografia.

“Quando uma criatura humana desperta para um grande sonho
E sobre ele lança toda a força de sua alma,
Todo o universo conspira a seu favor”.
(Johann Goethe)

RESUMO

ROSA, Iracy Martins de Almeida. Gestão Democrática da Saúde Pública: Reflexão sobre os benefícios que o SUS disponibiliza aos usuários no município de Mariluz. 34 f. Monografia (Especialização em Gestão Pública Municipal). Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Goioerê, 2011.

Este trabalho teve como temática a gestão democrática da saúde pública, apresenta uma abordagem teórica reflexiva sobre a saúde pública brasileira, tendo como foco a Secretaria Municipal de Saúde do município de Mariluz. Discute sobre a construção dos Direitos Universais, a trajetória da saúde no Brasil, reflete sobre a Legislação pertinente e os serviços de saúde ofertados atualmente. Com base na literatura pertinente ao tema, discute a qualidade dos serviços prestados. O estudo verificou problemas que afligem o cotidiano brasileiro e traz como resultado de estudo reflexões sobre os princípios da gestão democrática na saúde pública e como esta vem sendo conduzida para a efetivação dos Direitos historicamente conquistados pelo homem.

Palavras-chave: Direitos Humanos. Desafio. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

ROSA, Iracy Martins de Almeida. Democratic Management of Public Health: Reflections on the benefits available to SUS users in the city of Mariluz. 34 f. Monografia (Especialização em Gestão Pública Municipal). Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Goioerê, 2011.

This work had as its theme the democratic management of public health, presents a theoretical approach reflective of the Brazilian public health, focusing on the Municipal Health Secretariat of the city of Mariluz. Discusses the construction of universal rights, the trajectory of health in Brazil, reflects on the relevant legislation and health services currently offered. Based on the literature relevant to the topic, discusses the quality of services provided. The study found problems that afflict the Brazilian daily life and brings the study as a result of reflections on the principles of democratic management in public health and how it is being conducted for the realization of rights historically conquered by man.

Keywords: Human Rights. Challenge. Unified Health System

LISTA DE SIGLAS

Amerios: Associação dos Municípios do Entre Rios.

CAPs: Caixas de Aposentadoria e Pensões

CEME: Central de Medicamentos

CISA: Consórcio Intermunicipal de Saúde

DNS: Departamento Nacional de Saúde

Funrural: Programa de Assistência ao Trabalhador Rural

IAPS (Instituto de Aposentadoria e Pensões

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

INPS: Instituto Nacional de Previdência Social

IPARDES: Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social

LOS: Lei Orgânica do SUS

MPAS: Ministério da Previdência e Assistência Social

OMS: Organização Mundial da Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

PSF: Programa Saúde da Família

SNS: Sistema Nacional de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

TFD: Tratamento Fora do Município

SUMÁRIO

1 PRIMEIRO CAPÍTULO	11
1.0 INTRODUÇÃO	11
2 SEGUNDO CAPÍTULO	13
2.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA	14
2.2 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	16
3 TERCEIRO CAPÍTULO	24
3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA	24
4 QUARTO CAPÍTULO	25
4.1 A COMUNIDADE DE MARILUZ	25
4.2 FONTE DE ESTUDO: SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MARILUZ	26
4.3 ANÁLISES DOS DADOS.....	29
5 QUINTO CAPÍTULO	30
5.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	30
5.2 CONCLUSÃO.....	31
REFERÊNCIAS	31

1. PRIMEIRO CAPÍTULO

1.1 INTRODUÇÃO

Os Direitos Humanos são direitos historicamente construídos e correspondem a construções e significados sociais e que estão em contínuos movimentos e aprimoramento. Inicialmente eram definidos como direitos individuais, onde são privilegiados os direitos civis e políticos.

Os direitos humanos são direitos históricos que emergem gradualmente das lutas que o homem trava por sua própria emancipação e das transformações das condições de vida que essas lutas produzem. (BOBBIO, 1992, p. 5)

Atualmente estudiosos desta área vem chamando a atenção para a questão dos Direitos Humanos como universais e indivisíveis, o que implica em assumir que os direitos do homem devem ser aliados aos direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais, entendendo assim os direitos como sendo direitos coletivos. Dentre esses direitos coletivos considera-se que o direito a garantia de atendimento a saúde deve ser uma das prioridades nas políticas públicas.

Sabe-se que o movimento pelos direitos humanos surgiu após a Segunda Guerra Mundial. O Decreto das Nações Unidas lançado em 1945 estabeleceu a promoção e o incentivo ao respeito dos direitos humanos como uma das principais propostas das Nações Unidas e sendo esta reconhecida na Declaração Universal dos Direitos do Homem:

Considerando que os povos das Nações Unidas reafirmaram, na Carta, sua fé nos direitos do homem e da mulher, e que decidiram promover o progresso social e melhores condições de vida em uma liberdade mais ampla.

[...]

A Assembléia Geral das Nações Unidas proclama a presente declaração Universal dos Direitos do Homem como o ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações, [...] (PREÂMBULO DA DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DO HOMEM)

Em 1946 a Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou sua própria Constituição contendo a primeira menção da saúde, no plano internacional, enquanto um direito humano:

Os Estados Membros desta Constituição declaram, em conformidade com a Carta das nações Unidas, que os seguintes princípios são basilares para a felicidade dos povos, para as suas relações harmoniosas e para a sua segurança;

[...]

Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social.

A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estrita cooperação dos indivíduos e dos Estados.

Os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e proteção da saúde são de valor para todos.

[...]. (grifo nosso. BIBIOTECA VIRTUAL DOS DIREITOS HUMANOS- USP)

Como pode se perceber ela consagra o usufruto do mais alto padrão de saúde como um direito fundamental, sem discriminação e, considera-se que a União deve defender e efetivar esse direito, com qualidade, a fim de assegurar ao homem um dos seus direitos adquiridos como sendo um Direito Universal do Homem.

No Brasil, a população tem esse direito garantido através do atendimento disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS)¹, considerado como “um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, e o único a garantir assistência integral e gratuita para a totalidade da população”.(REHEM, 2003, p.448).

Com a implantação desse sistema no Brasil a saúde pública passa a ser integral, pois este está consolidado em princípios que garantem os direitos do cidadão.

Com este trabalho, busca-se refletir sobre a atual condição desse direito historicamente construído, com o intuito de identificar os benefícios oferecidos aos brasileiros através da saúde pública.

Como objetivos específicos desta pesquisa apontam-se:

- Identificar através de análise do SUS - Sistema Único da Saúde os benefícios que são disponibilizados para os usuários no município de Mariluz;
- Conhecer a legislação que ampara os usuários.

Para melhor entendimento propõe-se um trabalho pautado na observação e reflexão dos serviços prestados neste setor à população de Mariluz/Paraná através

¹ O Sistema de saúde no Brasil é único porque ele segue a mesma doutrina e os mesmos princípios de organização em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas do governo: Federal, Estadual e Municipal.

do Sistema Único da Saúde (SUS) disponibilizado pelo município, paralelo ao de pesquisa bibliográfica.

Tal escolha se deve ao fato de que grande parte da população mariluzense tem a saúde pública como o único recurso disponível para a manutenção e prevenção de sua saúde e, assim, faz-se necessário a identificação dos recursos disponibilizados pelo poder público em relação ao atendimento a saúde e de que forma estes estão sendo gerenciados pelo município.

Considera-se este estudo de vital importância para a gestão pública uma vez que refletirá os serviços de saúde pública disponibilizados e como estes vem sendo conduzidos e oferecidos à população, pretende-se assim identificar e refletir:

- O contexto histórico da saúde pública brasileira;
- A Legislação que ampara os usuários;
- Os recursos disponibilizados pelo poder público para o atendimento a saúde da população de Mariluz;
- Propostas de melhorias para o atendimento à população de Mariluz.

Espera-se com este estudo levantar dados que possam contribuir para a melhoria do atendimento aos usuários do SUS do município de Mariluz e, assim cumprir o que está previsto no Art. 196 da Constituição Federal Brasileira: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, [...]”.

Como resultado desse trabalho, este estudo apresenta-se em cinco capítulos. Tendo como primeiro capítulo a introdução onde será apresentada a garantia de atendimento a saúde como um direito universal e prioritário, evidenciando como este direito é disponibilizado aos brasileiros; breve introdução da justificativa, do propósito e dos objetivos desta pesquisa.

2 . SEGUNDO CAPÍTULO

Neste capítulo será abordada a trajetória histórica da promoção da saúde, culminando com a retrospectiva das políticas de saúde no Brasil, com o intuito de compreender os movimentos de construção no âmbito da saúde pública brasileira.

2.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA

Falar sobre a saúde pública nos remete a uma reflexão do seu contexto histórico para melhor compreender a atualidade, isso se deve ao fato que boa parte da população brasileira tem o sistema público como única alternativa para recorrer em caso de necessidades médicas.

Observando a trajetória histórica do ser humano se percebe que a preocupação com o bem estar e a busca pela melhoria da saúde do homem tem registros desde a existência do homem, a partir do momento em que o homem primitivo se preocupou em socorrer o outro lhe dando cuidados e atenção com o objetivo de promover a sua recuperação.

Já os egípcios, realizavam operações complexas, o que vem comprovar o grande desenvolvimento e inteligência deste povo, que fez grandes avanços na medicina graças ao sofisticado processo de mumificação que, ao abrirem os corpos, conseguiam muitas informações sobre a anatomia humana. “A medicina egípcia desenvolveu-se graças à prática da mumificação. Com o conhecimento da anatomia humana, surgiu a especialização; havia especialista em olhos, estômago e cirurgias”. (PEDRO, 1997, p.22)

Mas foram com os gregos que se obteve os primeiros estudos dos sintomas das doenças e que a natureza humana não era totalmente dependente dos deuses.

Porém no século VI (a.C.), surgiu um novo pensamento (filosófico-naturalista) com o aparecimento dos filósofos-médicos, que, nos séculos seguintes iriam criar escolas médicas e produzir os textos médicos clássicos, hoje conhecidos como “Corpus Hipocraticum”. Assim, os gregos arcaicos foram os introdutores do pensamento racional no âmbito das teorias médicas.[...] Neste período (Clássico, surgiu, entre os filósofos gregos a convicção de que a natureza humana não era exclusivamente dependente dos deuses e que, por esse motivo, era fundamental o conhecimento da essência natural do homem. (BARBOSA; LEMOS, 2007, p.117-118).

Dentre os filósofos médicos gregos destacou-se Hipócrates, conhecido hoje como o Pai da medicina. Graças a ele constatou-se a relação de muitas epidemias com os fatores climáticos, raciais, alimentares e do meio ambiente, deixou também muitas descrições clínicas que possibilitam o diagnóstico da malária, tuberculose, caxumba e pneumonia, assim: “Quando se procura a história da medicina e os primórdios da ciência, o primeiro corpo de doutrina que se encontra é a coleção de

escritos conhecida sobre o nome de Hipócrates. A ciência remonta diretamente a essa origem, e aí mesmo permanece”. (CAIRUS, 1999, p.5).

Na Idade Média os conhecimentos da medicina tiveram poucos avanços, devido a proibição da Igreja. O recurso mais utilizado para a cura de todas as doenças era a sangria². Porém foi nesse período que surgiram os primeiros hospitais, sob a direção da Igreja e, inicialmente estavam destinados a acolher os pobres e doentes. Para Foucault (1982a, p.99-100):

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por essas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. [...] E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação.

Com o advento do Renascimento, a medicina teve um grande avanço, pois neste período a Igreja perde o poder e o direito de dar explicações sobre a criação e a vida e,

com as invenções do papel e da imprensa, os livros passaram a ser copiados muito mais rapidamente do que com o trabalho feito pelos copistas. Isto permitiu que o pensamento renascentista fosse difundido para muito além dos domínios da igreja, e a da universidade por ela condicionada. Este pensamento e as novas descobertas deram origem á reforma protestante, que questionava a autoridade da Igreja e, segundo Ronan (1983), motivou a ruptura entre a ciência e a religião. Assim a ciência no século XV ganha um grande impulso para o seu desenvolvimento e para a sua prática. (PRIMON; JUNIOR; ADAM. 2000, p.45)

E, assim a medicina aos poucos foi evoluindo e dando mais e mais condições ao homem para socorrer o outro em caso de enfermidades, mas é com o surgimento das indústrias que se percebe uma preocupação com a saúde coletiva.

Com o fim do modelo e a expansão comercial, as cidades tornam-se cada vez mais importantes econômica e politicamente. O mercantilismo impulsiona a indústria crescente e a produção torna-se o elemento principal da economia dos países. A máquina a vapor vem impulsionar esse ritmo, as fábricas passam a necessitar cada vez mais de mão de obra e as cidades crescem nas periferias.

² Modalidade de tratamento médico onde há retirada de sangue do paciente para o tratamento de doenças. Na Idade Média esse tratamento era realizado coma utilização de sanguessugas.

As péssimas condições de trabalho chamam a atenção dos administradores, assim o corpo, principal elemento de produção para o capitalismo, será objeto de políticas, práticas e normas. Surgem as primeiras regulações visando a saúde nas fábricas.(FONSECA, 2007, p.39-40)

Dessa forma e diante da crescente urbanização da Europa e da consolidação do sistema fabril, a concepção de causa social passa a fortalecer como interpretação das relações entre as condições de trabalho e o aparecimento de doenças:

Ao lado das condições objetivas de existência, o desenvolvimento teórico das ciências sociais permitiu, no final do século XVIII, a elaboração de uma teoria social da Medicina. O ambiente, origem de todas as causas das doenças, deixa, momentaneamente, de ser natural para revestir-se do social. É nas condições de vida e trabalho do homem que as causas das doenças deverão ser buscadas. (GUTIERREZ; OBERDIEK 2001, p.20)

Diante deste contexto, surge a medicina social.

A medicina social originou-se no século XVIII, na Europa, em um amplo processo de rearticulação social da prática médica que Foucault denominou “nascimento da medicina social”, indicando que o capitalismo socializou o corpo como força de produção e de trabalho, e este fato iria se consolidar por meio da medicina. A medicina, como estratégia biopolítica, tomaria, daí por diante, o espaço da sociedade como seu objeto de trabalho. [...] (MENEGHEL, 2004, p. 1).

Como se pode perceber, a preocupação com a saúde da população em geral surgiu em um momento em que se colocava em risco a economia do país, isso vem comprovar a frágil estrutura em que se mantém a saúde pública, sendo esta, foco de atenção em discursos políticos. No Brasil essa visão não é diferenciada, como será relatado a seguir.

2.2 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

No Brasil colônia o sistema de saúde era inexistente, ficando os problemas de saúde e higiene sob a responsabilidade da população local que tomavam medidas contra as imundícies das ruas e quintais. Contavam também com a sabedoria do pajé que com suas ervas e canto auxiliava no “tratamento” de doenças, bem como de boticários, que viajavam pelo Brasil Colônia. A assistência à população humilde ficava sob os cuidados de filantrópicos e de instituições beneficentes ligadas a Igreja Católica, como as Santas Casas de misericórdia e o restante da população “buscava

socorro dos físicos, médicos, cirurgiões, barbeiros, sangradores, empíricos, curandeiros, parteiras e curiosos” (ANDRADE, 2003, p.1).

Nesse sentido pode-se dizer que a assistência médica neste período ficou relegada a ação de:

[...] médicos, cirurgiões, boticários, barbeiros/sangradores, enfermeiros e parteiras dividiam espaço com curandeiros, feiticeiros e benzedores. O médico era o indivíduo que havia freqüentado a Universidade de Coimbra na metrópole [...] Os médicos e cirurgiões eram em geral brancos e livres, enquanto que a atividade de barbeiros/sangradores e enfermeiros eram exercidas por negros ou escravos. (JESUS, 2005, p. 18)

A história da saúde pública brasileira vai ter início em 1808, com a chegada da família real ao Brasil, pois esta necessitava de atendimentos médicos, porém, o Ministério da Saúde³ só veio a ser instituído em 25 de julho de 1953 com a desvinculação do Ministério da Educação e Saúde. Até então a população brasileira era atendida pelo Departamento Nacional de Saúde (DNS), que possuía o perfil de Secretaria de Estado, entretanto em nada melhorou o atendimento à população brasileira:

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, o que na verdade limitou-se a um mero desmembramento do antigo Ministério da Saúde e Educação sem que isto significasse uma nova postura do governo e uma efetiva preocupação em atender aos importantes problemas de saúde pública de sua competência. (POLIGNANO, s/d, p.12)

Três anos mais tarde é criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais com a finalidade de organizar e executar os serviços de investigação e de combate à malária, leishmaniose, doença de chagas, peste, brucelose, febre amarela e outras endemias existentes no Brasil, que era auxiliado pelo Instituto Oswaldo Cruz cabendo a este a pesquisa e a produção de vacinas.

A desigualdade social dos anos 60 provoca a mobilização em torno das discussões acerca da saúde e do desenvolvimento do cidadão brasileiro, assim verifica-se conquistas importantes registradas neste período, uma delas foi a formulação da Política Nacional de Saúde com o objetivo de redefinir a identidade do Ministério de Saúde, e:

³ Anterior a esta criação surgem em 1923 a Previdência Social no Brasil, com a criação dos Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs); Na década de 30 o IAPS (Instituto de Aposentadoria e Pensões); (FONTE: ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. **Do nascimento da saúde pública ao movimento pré SUS**. Disponível em: florenciaugusto.com/documentos/do_nascimento_saude_publica_movim... Acesso em: 05 de Nov. 2011.

em 1966, o governo criou, aproveitando-se das dificuldades das antigas caixas e institutos de aposentadorias o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) unificando todos os órgãos previdenciários que funcionavam desde 1930, o que criou um sistema “dual” de saúde, pois o INPS deveria tratar dos doentes individualmente, enquanto o Ministério da Saúde deveria, pelo menos em teoria, elaborar e executar programas sanitários e assistir a população durante as epidemias (BERTOLLI FILHO apud FRANCO, 2005, p. 24)

Com a Constituição de 1967 o Estado passou a trabalhar em conjunto com sistema privado, assim o INPS pode firmar convênios com hospitais particulares para o atendimento a trabalhadores, porém devido aos baixos preços pagos pelo governo e a demora no repasse de recursos para o INPS para as entidades conveniadas, os serviços e atendimentos médicos eram precários.

E, segundo Fonseca (2011, s/p):

A década de 70 foi marcada pela criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural), Sistema Nacional de Saúde (SNS), Central de Medicamentos (CEME) e a entrada de capital estrangeiro no setor da saúde através do seguro – saúde.

Nesse período se percebe um avanço significado na saúde pública, entretanto a crise econômica gerada pelo modelo econômico do regime militar afeta também a saúde pública, surgindo assim movimentos populares em busca de liberdade e democracia acelerando o processo de democratização do Brasil.

A crise brasileira agravou-se após a falência do modelo econômico do regime militar, manifestada sobretudo, no descontrole inflacionário, já a partir do final do anos 70. Ao mesmo tempo, a sociedade volta se mobilizar, exigindo liberdade, democracia e eleição direta do presidente da república. (BERTOLLI FILHO apud FRANCO, 2005, p. 25)

Apesar de toda movimentação da população, o quadro de política de saúde pouco se alterou nos anos 80, isso devido a falta de planejamento, descontinuidade dos programas e a ineficiência da educação sanitária, entretanto, ainda na década de 80, surgem projetos com propostas para a reorganização das atividades de proteção e tratamento de saúde individual e coletiva da população.

Moradores da periferia dos grandes centros começam a lutar por melhoria de condições de vida, saneamento básico, criação de hospitais e centros de saúde nas áreas mais pobres, aliado a esses apelos surgem os movimentos de profissionais e

associações deste setor clamando por melhores condições de trabalho, Para Mendes apud Franco (2005, p. 26-27):

As mudanças políticas que se deram na primeira metade da década de 1980 determinaram o esgotamento do modelo médico assistencial privatista sendo que esse pano de fundo econômico determinou os rumos das políticas de saúde e fez emergir na arena sanitária, novos sujeitos sociais portadores de interesses e visões de mundo que foram conformando o projeto sanitário brasileiro.

Dessa forma pode-se dizer que esses movimentos tiveram grande importância na elaboração da Constituição Federal de 1988, marco principal do processo de democratização do país e que proporcionou importantes conquistas para a população brasileira.

Assim, o Artigo 196 da Constituição Federal de 1988 prevê que: “A saúde é um direitos de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Diante do exposto na Constituição, toda a população brasileira sem condições de recorrer a serviços privados passaram a ter acesso aos serviços de saúde em todos os níveis e que antes se submetiam a caridade e filantropia, assim se deu nova forma à saúde no Brasil, estabelecendo-a como um direito universal, esta passou a ser dever constitucional de todas as esferas governamentais. O conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas, a assistência passa a ser de forma integral e definiu-se a gestão participativa como inovação, bem como comando e fundos financeiros únicos para cada esfera de governo.

E a Assembléia Constituinte por entender que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, caracterizou esta como sendo:

de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoas física ou jurídica de direito privado.(ART. 197)

Assim para confirmar o exposto na Constituição cria-se o Sistema único de Saúde (SUS), sendo este descrito no Artigo 198:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade.

Parágrafo único – o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes.

Como se percebe o SUS está oficialmente consolidado por preceitos constitucionais e sua elaboração é norteadada pelos seguintes princípios doutrinários conforme relata Ferreira (2001):

- Universalidade – é a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Desta forma, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde. Saúde passa a ser direito de cidadania e dever dos governos municipal, estadual e federal.

- Equidade – todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema pode oferecer para todos. Aqui se assegura ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requer.

- Integridade – é o reconhecimento na prática dos serviços de que;

- a) cada indivíduo é um todo e assim deve ser visto, na sua totalidade, indivisível e membro de uma comunidade;
- b) as ações de promoção da saúde, proteção e recuperação da mesma formam um todo indivisível e não podem ser compartimentadas.
- c) as unidades de serviço à saúde também formam um todo único e indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral;
- d) o homem é um ser integral, bio-psicosocial, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar a saúde.

Assim, a nação brasileira transforma um sistema centralizado, privatizado, baseado no conceito de saúde como ausência de doença e qualidade de vida, com foco médico hospitalar em um Sistema Único de Saúde (SUS), descentralizado, participativo, universal, atendendo a todos sem distinção.

A institucionalização do SUS, sua regulamentação, diretrizes e modalidades de atuação só foram definidas legalmente com a Lei Orgânica do SUS (LOS), formada por duas leis a Lei nº 8.080/90 e a Lei nº 8.142/91, que, respectivamente, dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e sobre a participação da população na gestão do SUS, o que vem confirmar a alteração da situação até então vigente no Brasil.

Embora a legislação seja clara, as intenções sejam as melhores em relação ao sistema público de saúde no Brasil, os reflexos esperados ainda não se concretizaram. Alguns entraves já se apresentaram logo nos primeiros anos de introdução do SUS, isto é, quanto à forma de organização da atenção à saúde, o SUS tem sérias dificuldades que se estendem até hoje.

A constituição apresenta a Atenção Básica como a principal forma de organizar o atendimento à saúde e de cumprir com os princípios do SUS, assim para que o SUS se concretize, de fato, na prática e no cotidiano da população brasileira é necessário que se priorize ações com foco nas necessidades primordiais da saúde, levando-se em consideração que a Atenção Básica deve ser “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. (BRASIL, 1999, p. 9).

Para melhor organizar o atendimento do SUS, o governo federal vem estruturando a Atenção Básica através da implantação das Unidades Básicas de Saúde⁴ com o objetivo de agilizar a universalização do acesso e a garantia de assistência médica com qualidade. Segundo Silva (2005, p. 21) “a Unidade Básica de Saúde pode resolver 80% dos problemas de saúde da população que a ela recorre, à luz dos princípios do SUS”.

Com a intenção de fortalecer a Atenção Básica em “1990 foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, na Região Nordeste, que resultou no Programa Saúde da Família em 1994”. (LADEIRA, 2010, p. 18).

⁴ Estrutura física básica de atendimento aos usuários do SUS, onde a comunidade local consegue resolver a maioria dos problemas de saúde com maior rapidez.

Vale ressaltar que a criação do Programa Saúde na Família⁵ coincide como o Ano Internacional da Família (1994) ano determinado pela Organização das Nações Unidas (ONU) e que: “Impõem-se, hoje como ontem, que a Família seja colocada no “Centro da Agenda” tanto dos governos como da sociedade civil, encorajando a criação de efectivas políticas de família e o desenvolvimento estratégico de programas de ação. (PARÓQUIAS.ORG NOTÍCIAS). Assim, no Brasil, o Programa de Saúde da Família se destaca como estratégia para Atenção Básica tendo como centro das atenções a promoção da qualidade de vida. Outro ponto importante a se destacar é redução dos altos índices de mortalidade infantil e materna na Região Nordeste após a execução do Programa: “Até 1990, [...], o Brasil contabilizava uma taxa de mortalidade infantil de 52,04 crianças por mil nascidas, e chega a 2010 com um taxa de 19,88/1.000. À época, também, menos de 5% da população feminina tinham acesso a um programa eficiente de prevenção ao câncer cervico-uterino. [...]”. (LADEIRA, 2010, p. 18).

Dessa forma, concorda-se com Souza (2003, p. 30) quando diz que o PSF é:

[...] uma estratégia pra reverter a forma atual de prestação da assistência à saúde, na edificação de um novo modelo, cujo produto, resultado da substituição do processo, é representado pela transformação das Unidades Básicas de saúde em Unidades de saúde da Família [...]

Observa-se que a proposta do PSF vem efetivar as diretrizes do SUS como ponto chave do sistema de saúde, uma vez que os pacientes recorrem primeiramente as Unidades Básicas de Saúde quando necessita de atenção médica.

A Portaria nº 1.886/GM item 8 do Ministério da Saúde (Brasil, 1997), dispõe como Diretrizes Operacionais do FSF os seguintes itens:

- 9.1. Caráter substitutivo das práticas tradicionais das unidades básicas de saúde, complementariedade e hierarquização.
- 9.2. Adscrição de população/territorialização.
- 9.3. Programação e planejamento descentralizados.
- 9.4. Integridade da assistência.
- 9.5. Abordagem multifuncional.
- 9.6. Estímulo à ação intersetorial.
- 9.7. Estímulo a participação e controle social.

⁵ O Programa Saúde da Família (PSF) representa tanto uma estratégia para reverter a forma atual de prestação de assistência à saúde como uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco [...] (REV. SAÚDE PÚBLICA, 2000)

9.8. educação permanente dos profissionais das equipes de saúde da família.

Adoção de instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação.

Observa-se que os itens das Diretrizes Operacionais do PSF conduzem para a reorganização de práticas de trabalho nas Unidades de Saúde da Família.

Para subsidiar o trabalho do Programa Saúde da Família, o Ministério da Saúde define em seu Guia prático (BRASIL, 2001, p. 75) as atribuições comuns a todos os profissionais que integram o PSF, são elas:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas;
- identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais aquela população está exposta;
- elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde e fatores que colocam em risco a saúde;
- executar de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância epidemiológica, nas diferentes fases do ciclo da vida;
- valorizar a relação com o usuário e com a família, para a criação de vínculo de confiança, de afeto e de respeito;
- realizar visitas domiciliares de acordo com o planejamento;
- resolver os problemas de saúde no nível de atenção básica;
- garantir acesso a continuidade do tratamento dentro de um sistema de referência e contra-referência para os casos de maior complexidade ou que necessitam de internação hospitalar;
- prestar atenção integral a população adstrita, respondendo a demanda de forma contínua e racionalizada;
- coordenar, participar e/ou organizar grupos de educação para a saúde;
- promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados;
- fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e as suas bases legais;
- incentivar a formação e/ou participação ativa da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de saúde;
- auxiliar na implantação do Cartão Nacional de Saúde.

Diante do exposto percebe-se que a equipe do PSF tem também um papel de conscientizador dos direitos que cada cidadão tem o que vem propor mudanças significativas no sistema de saúde, uma vez que a população sabe exatamente quais são seus direitos sem esquecer seus deveres e obrigações.

Para isto, os agentes do Programa também se tornam um educador à medida que contribuem para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde e de como atuar para prevenir o aparecimento de doenças, pois:

Considerar a educação em saúde como disciplina de ação significa dizer que o trabalho será dirigido para atuar sobre o conhecimento das pessoas, para que elas desenvolvam juízo crítico e capacidade de intervenção sobre suas vidas e sobre o ambiente com o qual interagem e, assim, criarem condições para se apropriarem de sua própria existência. (LEVY, 2002, p.4)

Diante do exposto considera-se que o PSF é o início para o fortalecimento de um sistema de saúde pública com propostas sólidas e, que principalmente, vem consolidar a seriedade que se faz necessária para a manutenção com qualidade dos Direitos Humanos.

3. TERCEIRO CAPÍTULO

Neste capítulo serão explicitados os pressupostos da pesquisa e detalham-se os instrumentos utilizados para a realização desta pesquisa.

3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

A saúde é a condição mínima que o homem necessita para se desenvolver e, embora esta seja uma das prioridades dos Direitos Humanos ainda se percebe algumas falhas no sistema para que essa necessidade seja contemplada a contento, nesse sentido há necessidade de se refletir sobre o tema, para isso necessitamos de utilizar a pesquisa.

A pesquisa é uma prática que investiga o homem e o mundo que o cerca, assim, após a observação e reflexão que faz sobre os problemas levantados, estes tem condições de intervir de modo que possa solucionar ou alterar o problema encontrado.

Dessa forma, como Demo (apud TERSI, 2003, p. 23) entende-se que:

A pesquisa é a atividade pela qual descobrimos a realidade sendo que partimos de que a realidade não se desvenda na superfície [...]. É um fenômeno de aproximações sucessivas e nunca esgotado, não uma situação definitiva, diante da qual já não haveria o que descobrir.

Nesse sentido, para o estudo sobre a Gestão Democrática da Saúde Pública: Reflexão sobre os Benefícios que o SUS disponibiliza aos usuários no município de

Mariluz, realizou-se um trabalho embasado em pesquisa bibliográfica descritiva, acompanhada de investigação através da observação exploratória e estudo de caso: com observação participante e documental dos serviços de saúde pública prestados aos munícipes de Mariluz-Paraná. Para melhor compreensão da real situação há a necessidade de se conhecer a comunidade mariluzense.

4. QUARTO CAPÍTULO

O capítulo quarto contextualizará o ambiente desta pesquisa, por meio de descrição das características históricas e econômicas do município de Mariluz/Paraná, bem como a evolução história da saúde disponibilizada aos munícipes, finalizando com as análises dos dados coletados.

4.1 A COMUNIDADE DE MARILUZ⁶

O município de Mariluz, situado no noroeste do Estado do Paraná, foi criado em 1963, pertence a 12^a Regional de Saúde de Umuarama. Possui 10.224 habitantes, sendo que 8.467 residem na zona urbana e 1.757 residem na zona rural e está classificado em nível médio no Estado do Paraná, segundo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)⁷ A maioria da população do município é composta por trabalhadores rurais, os bóias-frias.

O município de Mariluz participa do CISA: Consórcio Intermunicipal de Saúde⁸ – Amerios - 12^o R.S. (Amerios-Associação dos Municípios do Entre Rios).

A economia de Mariluz baseia-se na agropecuária, com a predominância da lavoura de cana-de-açúcar, soja e criação de gado. Cultivam-se também pequenas

⁶ Texto elaborado através da análise de dados do IPARDES (Disponível em: www.ipardes.gov.br – acesso em 20 de dez 2011).

⁷ Segundo o IPARDES, o município de Mariluz tem registrado um IDH de 0,675. (Disponível em www.ipardes.gov.br. Acesso em 20 de dez de 2011).

⁸ O CISA é composto por 21 municípios da região noroeste do estado do Paraná, sendo realizados todos os atendimentos no município de Umuarama.

lavouras de algodão, milho, pupunha e feijão. A geração de empregos predomina-se no corte de cana.

Há no município um número significativo de famílias que pertencem ao movimento dos sem terra (cerca de 250 famílias, com aproximadamente 1200 pessoas), as quais já estão assentadas e as mesmas desenvolvem trabalho agrícola em sua terra ou trabalham como diaristas rurais.

O comércio não possui grandes lojas e, não absorve a demanda de jovens trabalhadores, provocando, assim, o êxodo dos jovens mariluzense para centros maiores. Atualmente há um número considerável de jovens que trabalham em abatedouros de frango nas cidades de Umuarama e Cafelândia, o que contribuiu para aumentar o índice de evasão escolar, pois os mesmos trabalham em horários que dificultam conciliar trabalho e escola.

Analisando, hoje, a conjuntura sócio-econômica de Mariluz observa-se que a falta de empreendimentos dificulta o atendimento à população carente e a maioria da população encontra-se num quadro onde as características são: pobreza, desemprego, analfabetismo, famílias desestruturadas, mães adolescentes sem cônjuge, grande número de mães separadas, evasão escolar, marginalização, falta de perspectivas dos políticos em como executar projetos de desenvolvimento da qualidade de vida da comunidade de Mariluz.

Diante deste contexto, verifica-se que a maior parte da população de Mariluz necessita buscar auxílio público para manutenção e prevenção às doenças. Assim, a Prefeitura Municipal, dentro de suas possibilidades, procura executar um trabalho visando beneficiar os munícipes, bem como lhes proporcionar o atendimento necessário para o bem estar da comunidade.

4.2 FONTE DE ESTUDO: SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MARILUZ⁹

A história da saúde do município de Mariluz teve início no mesmo ano de sua emancipação política, assim em 1963 inicia-se a construção do primeiro hospital

⁹ Texto elaborado a partir de diálogo (setembro de 2011) com o Dr. Luiz Lucacin (Médico que construiu o primeiro hospital de Mariluz) e leitura de documentos do Departamento Municipal de Saúde.

com a denominação de Hospital Mariluz¹⁰. Em 1969, o município contempla a construção de mais um hospital, este com a denominação de Hospital São Lucas, porém estes hospitais eram do setor privado, ficando a população mais carente sob os cuidados médicos de farmacêuticos, curandeiros e benzedadeiras, em casos mais graves, os pacientes eram atendidos pelo município de Cruzeiro do Oeste. Os casos de extrema gravidade eram encaminhados para o município de Marília, São Paulo. Segundo relato dos pioneiros do município, senhor Acácio Nogueira da Silva¹¹ e senhora Eunice Maria da Silva,

a população de Mariluz era basicamente atendida na única farmácia de que dispunha o município. Os partos eram feitos pelo Sr. Acácio. Quando do atendimento domiciliar, como havia ausência de automóveis, este ia de bicicleta, carroça, mas fazia de tudo para chegar até o local solicitado para atender os cuidados de que a pessoa necessitava. (SILVA, 2011)

Ao serem indagados sobre os serviços de atendimento à população carente, estes responderam que: “para eles todos que chegassem a farmácia e necessitassem de atendimento ou remédios, eram atendidos, não importava se tinham dinheiro ou não, o que importava era salvar a vida da pessoa”.

Como se pode perceber a história da saúde do município de Mariluz não difere da história registrada no Brasil. Felizmente o município pode contar com pessoas solidárias que não faziam distinção em relação às condições financeiras.

A Saúde pública do município inicia-se, de fato, com a abertura do primeiro posto de saúde, entre os anos de 1969 a 1970. Devido à necessidade de um lugar mais amplo para melhor atendimento dos munícipes, em 1990 ocorre a construção de um novo posto de saúde, que está em funcionamento até os dias de hoje.

Para efetivar a Legislação vigente em 12 de março de 1992 a Câmara Municipal sanciona a Lei nº 1.026 e institui o Conselho Municipal de Saúde que, de acordo com o Art. 1º da referida lei, atuará “em caráter permanente, como órgão deliberativo do Sistema Único de Saúde – SUS, no âmbito municipal”, e que segundo o inciso I do Art. 2º este Conselho deveria “definir as prioridades de saúde”.

Diante do exposto observa-se que Mariluz, como parte da unidade federativa brasileira, também recebe benefícios do SUS, que segundo o Ministério da Saúde

¹⁰ Hospital onde funciona o Pronto Atendimento 24 horas.

¹¹ Dono da primeira farmácia de Mariluz. O senhor Acácio não possui habilitação acadêmica para exercer os cuidados com saúde, porém este detém experiência e prática suficiente para o atendimento, condição esta que muito favoreceu a população mariluzense na época de sua fundação. (diálogo realizado em outubro de 2011)

(2002, p. 16) “O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população”.

No ano de 2004 foi desativado o Hospital Mariluz. Segundo o proprietário, Dr. Luiz Lucacin, esta ação fez-se necessária uma vez que este sendo pertencente ao setor privado não mais atendia as expectativas financeiras necessárias para sua manutenção. Este foi reaberto pela Prefeitura Municipal em 2008 como Pronto Atendimento. A partir desta data a população mariluzense passa a utilizar apenas do atendimento de Saúde Pública Municipal e Governamental¹².

De acordo com o Plano Municipal de Saúde (2011) atualmente a população de Mariluz, na área de saúde pública, conta com:

- 1 pronto atendimento 24 horas;
- Posto de saúde com atendimento nas áreas de: fisioterapia, odontologia, vacinação e controle dos hipertensos do município.
- 3 equipes de PSFs (2 urbanos e 1 rural);
- 3 consultórios dentários;
- 1 consultório de psicologia;
- 1 consultório de fisioterapia;
- 1 farmácia;
- 1 equipe de vigilância em saúde.

A população conta ainda com os projetos:

- Saúde bucal;
- Saúde mental: mentes brilhantes;
- Gestantes: luz do amanhã;
- Drogas (em andamento).

Analisando as Diretrizes da Política Municipal de saúde pode se observar que esta procura: “Assegurar acesso, acessibilidade, qualidade e humanização em todo o atendimento prestado ao cidadão, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde é compromisso primordial da atual gestão” (MARILUZ, 2011, p. 25)

¹² Texto elaborado a partir de diálogo (setembro de 2011) com o Dr. Luiz Lucacin, Médico proprietário do Hospital Mariluz

A consolidação do sistema de saúde no município prevê o redirecionamento de seu eixo para a atenção básica, fortalecendo-a, conforme preconizado pelo pacto pela saúde, garantindo a concretização dos princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social estabelecidos pelo SUS. Tem ainda como meta:

Garantir todos os investimentos necessários para que a Estratégia de saúde da família de fato cumpra o seu papel enquanto responsável pela sua área de abrangência, utilizando sistematicamente o planejamento de seu trabalho bem como a avaliação do resultado deste trabalho para que novas ações seja implementadas. (MARILUZ, 2011, p. 25).

Para atingir a meta acima exposta, o município conta com uma equipe de profissionais que assegura o atendimento da demanda, seja ela programada ou espontânea. Assim, o município de Mariluz, compreendendo e respeitando os Direitos Humanos, oferta à população um serviço na área da saúde com seriedade e competência e cumprindo com as determinações que regem o Sistema Único de Saúde, estabelece um trabalho que venha garantir à integralidade da assistência a saúde com qualidade para todos.

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados apresentados anteriormente foram coletados mediante observação de documentos que se encontram nos arquivos da Secretaria Municipal de Saúde e diálogo com profissionais da área.

De posse desses dados pode-se melhor refletir a situação do serviço público de saúde disponibilizado pelo município de Mariluz, e o observado foi o seguinte:

Apesar de o município apresentar uma estrutura econômica pobre e a falta de perspectivas em melhoria da situação econômica da maioria da população, Mariluz é um município que conta com um atendimento a saúde dentro dos padrões estabelecidos pelo SUS.

Percebe-se que o trabalho desenvolvido pelos profissionais é sério e comprometido, uma vez que as lideranças políticas se preocupam em oferecer a toda a comunidade de Mariluz serviço de atendimento a saúde, priorizando assim o princípio da universalidade, bem como se percebe também a inserção dos outros

princípios doutrinários do SUS (equidade e integridade) basta observar os esforços para o atendimento integral e a prática dos serviços disponibilizados aos munícipes.

Desta forma afirma-se que esta unidade municipal cumpre com o estabelecido, de acordo com o que descreve Ottoni (2005, p.5): “Todo brasileiro tem direito a ser atendido pelas instituições que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim reza a Constituição promulgada em 1988, abolindo as exigências que, na prática, marginalizavam quem não tinha carteira de trabalho ou prova de vínculo empregatício”.

5. QUINTO CAPÍTULO

No capítulo quinto procede-se aos resultados, discussões e considerações finais, seguidas das referências utilizadas na pesquisa.

5.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise dos resultados obtidos passou-se a reflexão sobre o serviço de saúde pública disponibilizado pelo município de Mariluz. O município possui, na área de saúde, infra-estrutura e profissionais para exercerem o atendimento que a população necessita, em casos de média e alta complexibilidade, os munícipes são atendidos em Umuarama¹³ e outros atendimentos especializados que não são atendidos pelo CISA são encaminhados para o TFD (Tratamento Fora do Município), geralmente em Curitiba, capital do Estado.

Diante deste contexto, pode-se afirmar que a população de Mariluz conta com um sistema de saúde que atende as necessidades básicas do homem e oferece a sua população a garantia de seus direitos como cidadão.

¹³ 12ª Regional de Saúde, maior centro hospitalar da região, fica a 38 km do município de Mariluz.

5.2 CONCLUSÃO

Após conhecer e refletir sobre o contexto histórico da saúde pública brasileira, compreende-se que o sistema de saúde após a implantação do SUS se fortaleceu, sabe-se, porém que esse sistema, ainda que generoso, comprometido com a saúde das pessoas e com a melhoria da qualidade de vida ampla, ainda não avançou tanto quanto se esperava.

Entretanto, esse sistema deixa expresso em suas diretrizes, que tem como finalidade alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde. Em se tratando do serviço disponibilizado pelo município de Mariluz Paraná na área de saúde observa-se que este tem como meta tornar-se um mecanismo de promoção de equidade no atendimento das necessidades de saúde a população, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades do cidadão, independente de seu poder aquisitivo.

Dessa forma, constata-se que o Serviço Municipal de Saúde de Mariluz corresponde às expectativas da Legislação, uma vez que este garante um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos, de promoção e de ordenação do acesso ao atendimento a saúde, garantindo aos munícipes seus direitos conquistados ao longo da história da humanidade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luiz O. M. **Gestão e Financiamento do Sistema Único de Saúde à luz das Normas Operacionais Básicas**. Disponível em: <http://www.saudedafamilia.hpg.ig.com.br/psf/gestaosus.htm>. Acesso em 29/05/2003.

BARBOSA, D.F., LEMOS, P.C.P. **A medicina na Grécia antiga**. Rev Med (São Paulo). 2007 abr.- jun.; 86(2):117-9.

BRASIL. Lei nº 8.080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. (DIÁRIO OFICIAL DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL – 20 de set. 1990; SEÇÃO I, Pt.1, p. 18055-59).

_____, Ministério da Saúde. **Portaria 1886/GM**. Em 18 de dezembro de 1997a.

_____, **Constituição Federal**. Brasília: Imprensa Oficial, 1998.

_____, Ministério da Saúde. **Manual para Organização da Atenção Básica**. Brasília, jan. 1999.

_____, Ministério da Saúde. **Guia Prático do PSF**. Brasília, 2001b.

_____. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Lei nº 8.142/91. Dispõe sobre a participação na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá providências. Disponível em: [HTTP://www.soleis.adv.br/suscomunidade/recursos.htm](http://www.soleis.adv.br/suscomunidade/recursos.htm). Acesso em: 05 de Nov de 2011.

BOBBIO, N. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992. Trad. Carlos Nelson Coutinho.

CAIRUS, Henrique. **O Hipócrates de Littré**. ANPUH, 1999. Trabalho apresentado no Congresso da ANPUH em 1999. Henrique Cairus (UFRJ)

Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946. Disponível em: www.direitoshumanos.usp.br/.../OMS.../constituicao-da-organizacao- Acesso em: 05 de Nov. de 2011.

Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em: portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm. Acesso em: 05 de Nov. de 2011.

FERREIRA, Sibebe Maria Gonçalves. Atenção Básica à Saúde. In: **O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. São Paulo, Associação Paulista de Medicina, Vol. II, 2001.

FONSECA, Angélica Ferreira (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: A formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 1. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

FONSECA, Emilio Prado da. **20 anos de SUS: Construindo a Gestão Democrática dos Serviços Públicos de Saúde**. Divinópolis/MG, 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Pública dos Serviços de Saúde). Faculdades Integradas de Jacarepaguá, Núcleo de Estudos à Distância (NEAD).

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982a.

FRANCO, Elaine Cristina Dias. **Análise do Programa de Saúde do Município de Quartel Gera-MG**. 2005. 110 f. Dissertação (Mestrado em Programa de saúde) – Universidade de Franca, Franca.

GUTIERREZ, P. R. & OBERDIEK, H. I. **Concepções sobre a saúde e a doença**. In: ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A. & CORDONI JUNIOR, L. (Orgs.) Bases da Saúde Coletiva. Londrina: UEL, 2001.

JESUS, Nank Maria. **Os remédios cruéis da colônia**. Revista Nossa História. Ed. Vera Cruz, ano 2, n. 21, jul. 2005.

LADEIRA, Fernando. Financiamento do SUS – Um cobertor curto. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Brasília: departamento de Atenção Básica – DAB. Ano XI, n. 25, p. 12-26, jan - mar 2010.

LEVY, Sylvain Hahum et al. **Educação em Saúde** – histórico, conceitos e propostas. Ministério da Saúde. Disponível em www.datasus.gov.br/cns/temas/educacao_saude.htm. Acesso em: 05 de Nov de 2011.

MARILUZ. Lei nº 1.026 de 12 de março de 1992. Institui O Conselho Municipal de Saúde e dá outras Providências. Prefeitura Municipal de Mariluz, 1992.

MARILUZ. **Plano Municipal de Saúde** – período: 2010 – 2013. Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde de Mariluz, 2011.

MENEGHEL, Stela Nazareth. **Medicina Social** – Um Instrumento para Denúncia ano 2 - nº 15 - 2004 - Cadernos IHU Idéias

OTTONI, J. **SUS** - modo de usar. Suplemento Hospitais do Paraná - Gazeta do Povo. Curitiba: RPC, fev2005.

Paróquias de Portugal. **Ano Internacional da Família - 1994-2004**. Disponível em: www.paroquias.org/noticias.php?n=4042. Acesso em: 05 de Nov de 2011.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil: Uma pequena revisão**. Disponível em: WWW.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saudenobrasil.rtf. Acesso em: 31 de out. de 2011.

PEDRO, Antonio. **História da Civilização Ocidental: geral e Brasil, integrada**. PRIMON, A. L. de M.; JÚNIOR, L. G. de S.; ADAM, S. M. **História da Ciência: da idade média à atualidade**. Psicólogo informação. Ano 4, nº4, jan/dez. 2000.

PROGRAMA Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**. Vol. 34 n. 3 São Paulo, jun. 2000. Disponível em: WWW.scielo.br/scielo.php. Acesso em: 05 de Nov de 2011.

REHEM, Souza Renilson. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. In: **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravine, 2002.

SILVA, Marysia Alves. **SUS de A a Z** – terminologia do Sistema Único de Saúde. Goiânia: UCG, 2005. São Paulo: FTD, 1997.

SILVA, Acácio Nogueira da; SILVA, Eunice Maria da. **Exposição oral**. Out. 2011.

SOUSA, M. Fátima. **A COR-AGEM do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2003.

TERSI, F. G. **O modelo de assistência público em saúde bucal no município de Franca**. 2003 -144f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) Universidade de Franca, Franca.