

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO - UFRPE
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DOMÉSTICAS - DCD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONSUMO, COTIDIANO E
DESENVOLVIMENTO SOCIAL - PGCDs

ANDRÉ PAES VIANA

FATORES QUE SE INTERPÕEM À QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
PRESTADOS PELAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO COMO MEIOS
DE CONSUMO COLETIVO

RECIFE

2017

ANDRÉ PAES VIANA

**FATORES QUE SE INTERPÕEM À QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
PRESTADOS PELAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO COMO MEIOS
DE CONSUMO COLETIVO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social - PGCDS/UFRPE, como requisito complementar para obtenção do grau de mestre em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social.

ORIENTADORA: Prof^a Dra. Joseana Maria Saraiva

RECIFE

2017

ANDRÉ PAES VIANA

**AVALIAÇÃO DOS FATORES QUE SE INTERPOEM À QUALIDADE DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE PRESTADOS PELAS UNIDADES DE PRONTO
ATENDIMENTO COMO MEIO DE CONSUMO COLETIVO**

APROVADA EM: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a Dra. Joseana Maria Saraiva
Presidente - Docente do Programa de Pós-graduação em Consumo, Cotidiano e
Desenvolvimento Social – Universidade Federal Rural de Pernambuco – UFRPE

Prof^a Dr^a Celiane Gomes Maria da Silva
Examinadora Interna
Docente do Programa de Pós-graduação em Consumo, Cotidiano e
Desenvolvimento Social – Universidade Federal Rural de Pernambuco – UFRPE

Prof^a Dr^a Fabiane Alves Regino
Examinadora Interna
Docente do Curso de Bacharelado em Economia Doméstica
Universidade Federal Rural de Pernambuco – UFRPE

Prof^a Dr^a Maria Ilk Nunes de Albuquerque
Examinadora Externo
Docente do Departamento de Enfermagem da UFPE

DEDICATÓRIA

À minha querida avó Eulália Paes (*in memoriam*) que incansavelmente doou sua vida a enfermagem cuidando com amor e zelo de todos(as) que dela necessitaram.

AGRADECIMENTOS

Através desta produção acadêmica, gostaria de expressar meus sinceros agradecimentos a todas as pessoas que de alguma forma estiveram envolvidas durante o processo de elaboração desta dissertação. Em nome de todos(as) sou especialmente grato:

A **Deus**, pelo dom da vida e por me permitir chegar ao final desta jornada com a minha **FÉ** inabalada;

À **UFRPE**, ao **Departamento de Ciências Domésticas** e ao **Programa de Pós-graduação em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social**, por ter me propiciado a oportunidade de concluir o referido mestrado;

À **Prof^a. Doutora Joseana Maria Saraiva**, orientadora deste estudo, pela competência, dedicação, amizade e pelas críticas, análises e esclarecimentos que foram fundamentais para construção desta dissertação. Agradecer ainda pelo aprendizado no que se refere a aprender a pensar criticamente, a sistematizar o conhecimento e a construir teórico e metodologicamente um trabalho científico. Muito obrigado e serei eternamente grato pela dedicação e competência;

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Caps**, pela bolsa concedida que possibilitou a realização deste trabalho;

A todos(as) **professores(as) e demais profissionais do Programa de Pós-graduação em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social** pelos ensinamentos, apoio e amizade;

A todos(as) **colegas do Programa de Pós-graduação em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social** que compartilharam dias de alegrias e de adversidades durante esses anos de mestrado;

Meu agradecimento especial a todos(as) **usuários(as) das UPAs de Recife**, sem os quais não seria possível a realização deste trabalho. A todos(as), meu muito obrigado!

Aos meus pais, **Aloisio e Marli**, pelo apoio e incentivo incondicional, por sempre acreditarem no meu potencial e permanecerem ao meu lado nos momentos mais difíceis, colaborando com a minha formação de maneira ímpar;

À **minha família e aos(as) amigos(as)**, que, com insetivo, zelo e atenção, mantiveram-se sempre presente instigando a realização não só deste trabalho, mas de todas as realizações da minha vida compreendendo as ausências necessárias para construção deste trabalho.

À minha **querida irmã Herika**, que mesmo passando pelo mesmo processo de mestrado, nunca se opôs a ajudar-me em todos os momentos que a ela recorri;

À **Jeniffer**, que durante este processo de mestrado foi minha namorada, noiva e tornou-se minha esposa. Agradeço por compreender os momentos de ausência, sempre ter as palavras corretas para as minhas dúvidas e por me fazer bem todos os dias;

RESUMO

Os estudos mostram um interesse crescente pela avaliação da satisfação dos(as) usuários(as) do setor saúde com a qualidade da prestação de serviços que consomem. Essa avaliação é entendida como de extrema importância, visto que a população que utiliza estes serviços é a razão da existência do sistema de saúde. Nessa perspectiva, a realização de pesquisas voltada para investigar a percepção dos(as) usuários(a) dos serviços de saúde de forma geral, torna-se um importante componente no sentido de condensar informações confiáveis com vista subsidiar a melhoria da qualidade da prestação dos serviços públicos de saúde, fortalecendo dessa forma a cidadania e a democracia. Nessa direção, esse estudo tem como objetivo analisar e compreender, a partir das representações sociais dos(as) usuários(as) das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) do Recife-PE, os fatores se interpõem ou influenciam a problemática das expressivas limitações e contradições em relação à qualidade da prestação dos serviços de saúde oferecidos pelas UPAs em seus vários aspectos, como meios de consumo coletivo. Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa, de caráter explicativo, cujo método de análise se constitui das representações sociais, que tem como figura central Serge Moscovici. Método bastante utilizado nas pesquisas qualitativas, por permitir encontrar elementos do discurso social trazidos pelos sujeitos para melhor compreensão do fenômeno investigado. Os resultados mostram que a maioria dos profissionais é do sexo feminino, com maior concentração da faixa etária dentre 18 a 37 anos e 38 a 47 anos, configurando a população como adulta e economicamente ativa. Os salários proveniente do trabalho formal e informal via de regra são baixos, variando de menos de 1 a 2 salários mínimos para 72% dos(as) entrevistados(as), classificando-os(as) na linha de pobreza conforme IBGE (2015). O processo de análise das representações dos(as) usuários(as) das UPAs propiciou a apreensão das concepções, visões, valores e experiências individuais desses sujeitos, permitindo desvendar a associação de ideias de como esses(as) usuários(as) elaboram suas representações sobre saúde, saúde pública, direito, direito à saúde pública, qualidade, qualidade da saúde pública e questão central, como percebem a qualidade dos serviços de saúde prestados por estas Unidades de Pronto Atendimento. Constata-se que a apreensão dessas categorias teóricas pelos sujeitos da pesquisa é influenciada diretamente pelas visões e experiências. Os usuários(as) revelam conhecer as categorias teóricas investigadas na pesquisa, muito mais fundamentados no senso comum, do que no conhecimento científico, numa condição estática e fragmentada ao invés de dinâmica, consciente e crítica. A falta do conhecimento acerca desses conceitos tem levado a redução da participação dos(as) usuários(as) as instancias responsáveis pelo controle social das políticas públicas caracterizadas como meios de consumo coletivo. A compreensão de que a saúde pública é dever do Estado e que deve garantir e efetivar este direito a todos igualmente, sem distinção fez a diferença nos resultados da pesquisa, à medida que fazem menção aos princípios da universalização e da equidade. A grande maioria dos(as) entrevistados(as) compreende que a saúde pública é de graça e nesses termos não se constitui como retorno ao pagamento de impostos e que deve ser usufruído como direito. De um modo geral os sujeitos da pesquisa se mostram insatisfeitos(as) com a qualidade dos serviços prestados pelas UPAs, indicando como fatores que se interpõem a prestação dos serviços, as condições oferecidas relacionadas a conforto, infraestrutura, atenção e cortesia, tempo de espera para atendimento, inadequado atendimento por parte dos(as) profissionais de saúde, falta de material descartável, de equipamentos e de recursos humanos qualificados para o trabalho. Concomitantemente, os(as) usuários(as) atribuem esta situação a desresponsabilização do Estado como provedor social dos serviços públicos de saúde, resultando em indignação e descontentamento por parte dos sujeitos da pesquisa. Essas informações para o sistema de saúde podem servir para avaliar a estrutura, o processo e os resultados, por conseguinte, a qualidade na prestação dos serviços, efetivando dessa forma o que garante a legislação como direito de todos – a condição da qualidade.

Palavras-chave: Unidade de Pronto Atendimento; Qualidade na prestação de serviços de saúde; fatores que se interpõem a qualidade.

ABSTRACT

The studies show a growing interest in the evaluation of the satisfaction of the users of the health sector with the quality of the services they consume. This evaluation is understood as extremely important, since the population that uses these services is the reason for the existence of the health system. In this perspective, research aimed at investigating the perception of the users of health services in general, becomes an important component in the sense of condensing reliable information with a view to subsidizing the improvement of the quality of health services. Public health services, thus strengthening citizenship and democracy. In this direction, this study aims to analyze and understand, from the social representations of the users of the Emergency Care Units (UPAs) of Recife-PE, the factors interpose or influence the problematic of the significant limitations and Contradictions regarding the quality of the health services offered by the UPAs in their various aspects, as means of collective consumption. It is a case study, with a qualitative approach, of an explicative character, whose method of analysis is constituted of social representations, whose central figure is Serge Moscovici. This method is widely used in qualitative research, since it allows us to find elements of social discourse brought by the subjects to better understand the phenomenon investigated. The results show that the majority of professionals are female, with a higher age group ranging from 18 to 37 years and 38 to 47 years, making the population as adult and economically active. Wages from formal and informal work are usually low, varying from less than 1 to 2 minimum wages to 72% of the respondents, classifying them in the poverty line according to IBGE (2015) The process of analyzing the representations of the users of the PAUs allowed the apprehension of the conceptions, visions, values and individual experiences of these subjects, allowing to unveil the association of ideas of how these users elaborate their Representations on health, public health, law, right to public health, quality, quality of public health and central issue, how do they perceive the quality of the health services provided by these Emergency Care Units. It is observed that the apprehension of these theoretical categories by the subjects of the research is influenced directly by the visions and experiences. The users reveal the theoretical categories investigated in the research, much more grounded in common sense, than in scientific knowledge, in a static and fragmented condition rather than dynamic, conscious and critical. The lack of knowledge about these concepts has led to the reduction of the participation of the users (the) responsible for the social control of the public policies characterized as means of collective consumption. The understanding that public health is the duty of the state and that it must guarantee and realize this right to all equally, without distinction has made a difference in the results of research, as they make reference to the principles of universalization and equity. The vast majority of respondents understand that public health is free and in these terms it does not constitute a return to the payment of taxes and that it should be enjoyed as a right. In general, the research subjects are dissatisfied with the quality of the services provided by the PAUs, indicating as factors that interfere with the provision of services, the offered conditions related to comfort, infrastructure, attention and courtesy, waiting time For inadequate care by the health professionals, lack of disposable material, equipment and qualified human resources for work. At the same time, the users attribute this situation to the State's responsibility as a provider Social health services, resulting in indignation and discontent on the part of the research subjects. This information for the health system can serve to evaluate the structure, process and results, therefore, quality in the provision of services, thereby effecting what ensures legislation as the right of everyone - the condition of quality.

Keywords: Early Care Unit; Quality in the provision of health services; Factors that interfere with quality

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Relação das UPAs do Estado de Pernambuco (2017)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Localização geográfica das UPAs em Recife-PE (2017)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição das características socioeconômicas e demográficas dos(as) participantes da pesquisa usuários(as) das UPAs da cidade do Recife-PE, 2016

Tabela 2. Representações Sociais dos(as) usuários(as) das UPAs sobre o conceito de saúde e de política pública de saúde – Recife-PE, 2016

Tabela 3. Representações sociais dos(as) usuários(as) participantes da pesquisa sobre direito e direito à saúde pública – Recife-PE, 2016

Tabela 4. Representações sociais dos(as) usuários(as) participantes da pesquisa sobre qualidade e qualidade na saúde pública – Recife-PE, 2016

Tabela 5. Representações Sociais dos(as) usuários(as) participantes da pesquisa acerca da qualidade dos serviços prestados pelas UPAs – Recife-PE, 2016

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
AIS – Ações Integradas de Saúde
CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensões
CDSS – Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde
CEME – Central de Medicamentos
CF – Constituição Federal
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CTM - Comissão Técnica Mista
DATAPREV – Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DDT – Dicloro-Difenil-Tricloroetano
DENERu – Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNS – Departamento Nacional de Saúde
ESF - Estratégia de Saúde da Família
EUA – Estados Unidos da América
FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FMI – Fundo Monetário Internacional
FNS – Fundo Nacional de Saúde
FUNABEM – Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor
HTRI – Hospital Tricentenário
IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão
IAPAS – Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPB – Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários
IAPC – Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciantes
IAPI – Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários
IAPM – Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos
IAPSE – Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Servidores do Estado
INPS – Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPAS – Instituto Pernambucano de Assistência e Saúde
LBA – Fundação Legião Brasileira de Assistência
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MES – Ministério da Educação e Saúde
MESP – Ministério da Educação e Saúde Pública
MS – Ministério da Saúde
MT – Ministério do Trabalho
MTIC – Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OS – Organização Social
OMS – Organização Mundial da Saúde
PAB Variável – Piso de Atenção Básica Variável
PAEG – Programa de Ação Econômica do Governo
PEC – Proposta de Emenda à Constituição
PIB – Produto Interno Bruto
PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMS – Pesquisa Mundial de Saúde
PNH – Plano Nacional de Humanização
PREVSAUDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
QualiSUS – Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde
RAU – Rede de Atenção às Urgências
RMR – Região Metropolitana do Recife
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial
SALTE – Plano de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia
SESP – Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SES/PE – Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco
SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SNP – Segurança Pública Nacional

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SUCAM – Superintendências de Campanhas de Saúde Pública

SUDS – Sistema Unificado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento

TCU – Tribunal de Contas da União

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	17
1. INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO 2.	27
2. CONTEXTUALIZAÇÃO SOCIOHISTÓRICA E CULTURAL DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	27
2.2. Saúde pública no Brasil Império	35
2.3. Saúde pública no Brasil República	42
2.3.1. Saúde pública no Brasil na República Velha (1889-1930)	44
2.4. A Era Vargas (1930-1945) e as Políticas Públicas de Saúde	54
2.5. O contexto político, econômico e social da democratização e seus reflexos na Saúde Pública	65
2.6. Saúde pública na conjuntura de Ditadura Militar (1964-1985)	72
2.7. Do SUS às Unidades de Pronto Atendimento	84
CAPÍTULO 3.	95
3. Equipamentos e serviços de saúde como meio de consumo coletivo	95
3.1. Meios de Consumo Coletivo: fundamentos conceituais, provisão e contradições	95
CAPÍTULO 4.	105
4.1. METODOLOGIA.....	105
4.1.1. Abordagem e Tipologia do Estudo.....	105
4.1.2. Universo e amostra da pesquisa.....	106
4.1.3. Método de Análise	108
4.1.4. Instrumento e técnica de coleta de dados	109
CAPÍTULO 5.	111
5.1. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	111

5.1.1. Tabela 1 – Distribuição das características socioeconômicas e demográficas dos(as) participantes da pesquisa usuários(as) das UPAs da cidade do Recife-PE, 2016	111
5.1.2. Tabela 2 – Representações Sociais dos(as) usuários(as) das UPAs sobre o conceito de saúde e de política pública de saúde – Recife-PE, 2016.....	117
5.1.3. Tabela 3 – Representações sociais dos(as) usuários(as) participantes da pesquisa sobre direito e direito à saúde pública – Recife-PE, 2016.....	130
5.1.4. Tabela 4 – Representações sociais dos(as) usuários(as) participantes da pesquisa sobre qualidade e acerca dos fatores que determinam a qualidade da saúde pública – Recife-PE, 2016	140
5.1.5. Tabela 5 - Representações Sociais dos(as) usuários(as) participantes da pesquisa acerca da qualidade dos serviços prestados pelas UPAs – Recife-PE, 2016.....	156
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	164
REFERÊNCIAS.....	171
APÊNDICES	186

CAPÍTULO 1

1. INTRODUÇÃO

Os motivos que me levaram a desenvolver este estudo implicam fazer referências a minha formação, como Administrador. Na graduação, quando estudante do curso de Administração de Empresas sempre me despertou interesse as discussões que abordavam o direito a saúde e a questão da qualidade dos serviços de saúde. A partir de leituras nesse campo de estudo, publicações de trabalhos, participação em eventos de natureza científica, percebi que existia uma enorme contradição, entre o que garante a legislação pertinente a saúde pública - a Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS/1990) e a Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS/2006) - em relação ao direito a saúde e sua efetivação na prática. Mais especificamente, chamava-me à atenção a incoerência entre a conjuntura promissora de avanços no campo dos conceitos e da legislação pertinente a saúde pública e os estudos que identificavam a existência de situações que limitam esses avanços e a efetivação da garantia do direito a saúde pública com qualidade.

Algumas indagações me perseguem: por que o SUS com base nos preceitos constitucionais e a Política Nacional de Promoção a Saúde garante que todas as pessoas têm direito ao acesso e ao atendimento aos serviços de saúde com qualidade e os estudos mostram que na prática isto não acontece? Por que na contramão destes preceitos legais os serviços de saúde se apresentam como limitados e ineficientes?

Nesse contexto, os estudos e as análises das experiências dos serviços de saúde chamam à atenção para os avanços na legislação, na contramão as limitações e as deficiências de natureza diversas. A exemplo do atendimento nos hospitais públicos, nas unidades básicas de saúde, nas unidades de pronto atendimento, nas unidades de saúde da família, dentre outras estratégias se evidenciam, problemas relacionados à demora do atendimento, a falta de

medicamentos, o número de profissionais disponíveis insuficiente, inadequação da infraestrutura física e material dos equipamentos e dos serviços prestados, dentre outras deficiências, a limitação de recursos financeiros, que redundam diretamente na baixa qualidade dos produtos e dos serviços de saúde oferecidos aos(as) usuários(as). Indagações persistem, por que isto ocorre? Que fatores se interpõem ou influenciam a provisão com qualidade dos serviços de consumo coletivo de saúde?

A partir de minha inserção no Programa de Pós-graduação em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social / Departamento de Ciências Domésticas/UFRPE, tive a oportunidade de cursar a disciplina Consumo Coletivo e Serviços Público e Privado na Sociedade. Essa disciplina me apresentou elementos que contribuíram para compreensão da saúde pública como meio de consumo coletivo e das relações de consumo na sociedade no âmbito da ordem do capital e do Estado. Nessa mesma direção o entendimento acerca das contradições que se apresentam à provisão dos meios de consumo coletivo - os serviços sociais básicos – mais, especificamente, a lógica e à racionalidade capitalista que fundamenta o Estado na providência dos serviços coletivos públicos. Ademais os modelos de implementação, de avaliação e de controle aplicados às estratégias de intervenção para efetivação dos direitos sociais por meio das políticas públicas.

O interesse do pesquisador, a atualidade da questão e sua significação na área da saúde e das ciências sociais, consolidou este estudo, na perspectiva de compreender, a partir das representações sociais dos(as) usuários(as) das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) do Recife-PE, os fatores que se interpõem ou influenciam a problemática das expressivas limitações e contradições em relação à qualidade da prestação dos serviços de saúde oferecidos pelas UPAs em seus vários aspectos, como meios de consumo coletivo, a partir do que os estudos mostram acerca da importância de se avaliar a qualidade e os fatores que se interpõem a não efetivação dessa qualidade.

O ponto de partida é a percepção dos(as) usuários(as) dos serviços de saúde prestados por estas unidades, visando, mais especificamente, entender os fatores que limitam o funcionamento das UPAs, como estratégias que visam

desafogar os grandes hospitais e facilitar a vida da população no acesso mais adequado, rápido e de qualidade à saúde pública como direito e a quem ou a que se pode atribuir esta situação. Parte-se do princípio que, segundo o Ministério da Saúde (Portaria nº 1.020/2009), as UPAs devem possuir estrutura física, material, recursos humanos e tecnologia compatíveis com seu importante papel de prestar com qualidade serviços de assistência à saúde da população usuária (BRASIL, 2009).

A produção bibliográfica sobre o estudo da saúde pública no País (Japiassu, 1976; Machado, 1978; Campos, 1987; Mantovani, 1987; Pimenta, 1998; Polignano, 2001; Scliar, 2002; Bertolli Filho, 2003; Vasconcelos, 2006; Edler, 2010, entre outros), aborda os problemas de saúde e das políticas públicas de saúde existentes atualmente, como resultado das relações econômicas, sociais, culturais e ambientais que o Brasil estabeleceu ao longo do tempo e no espaço. Daí a importância de analisar os determinantes históricos para compreender a realidade.

Isto significa afirmar que a crise que passa hoje o sistema de saúde no Brasil está presente no passado e se constata no presente através dos estudos e pesquisas e dos fatos amplamente divulgados pela mídia e vividos no dia a dia dos brasileiros(as) usuários(as) do sistema de saúde pública. Do Brasil Colônia, ao Império e ao República, a saúde pública enfrentou grandes obstáculos, devido a vários fatores, sobretudo, escassez de recursos financeiros, que se manifesta em carências materiais e humanas para manter os serviços de saúde operando com eficácia e eficiência.

Os recursos destinados para os serviços de saúde sempre foram insignificantes, desde o Brasil Colônia. Os estudos são unânimes em afirmar que à época, já não existia uma preocupação efetiva em relação à saúde, as decisões eram esporádicas e limitadas, voltadas em certa medida para atender as demandas de saúde restritas a corte, classe dominante. As populações menos favorecidas eram contempladas com medidas que se referiam apenas a normalização dos cemitérios, do controle público no abastecimento de água, na destinação do lixo e dejetos tendo em vista, unicamente, o controle das doenças pestilenciais, o que não acontecia devido à falta de condições sanitárias.

A desigualdade social nesse contexto era enorme, embora, ainda continue na contemporaneidade, em pleno século XXI. Aos brancos e ricos era conferido o privilégio de consumir produtos caros e importados, além dos remédios, alimentos e bebidas e tratamentos médicos realizados na Europa, enquanto aos pobres eram destinadas as enfermarias das Santas Casas de Misericórdia, cuja falta de higiene e a precarização dos serviços, levava a morte da maioria dos pacientes. A fase imperial da história brasileira encerrou-se sem que o Estado solucionasse os graves problemas de saúde da coletividade, os quais só se agravaram com o passar do tempo. A falta de um modelo sanitário para o país deixava as cidades brasileiras à mercê das epidemias e de diversas doenças como varíola, malária, febre amarela e a peste, afetando a vida das pessoas, a economia e o comércio local e exterior com grandes prejuízos.

Contudo, não se pode negar que apesar dos grandes obstáculos, enfrentando inúmeras carências, importantes iniciativas no Brasil República foram realizadas, sobretudo, com a implantação das políticas públicas de saúde no País. Outros acontecimentos como, a criação das faculdades de medicina e o avanço dos estudos e das pesquisas para controle das doenças tropicais e epidêmicas, quando o país era considerado um dos países mais insalubres e com graves problemas de saúde do planeta.

Contudo, apesar dos grandes avanços, o que se constata nas primeiras quatro décadas do século XX, é que, a intervenção do Estado no quadro sanitário do País, herdado ainda do período colonial, caracterizava-se como sanitarista e campanhista. Apesar de não incidir efetivamente na causa dos problemas de saúde, este modelo propiciou, de certa forma, o controle das doenças epidêmicas, principalmente erradicar, à época, a febre amarela, particularmente no Rio de Janeiro, fortalecendo o modelo sanitarista e campanhista proposto, tornando-o hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva, particularmente até a década de 1960, utilizado, amplamente pela Sucam no combate a diversas endemias, posteriormente incorporado à Fundação Nacional de Saúde e ainda hoje utilizado pelo sistema de saúde, como estratégia de combate as mesmas epidemias e endemias.

Nesse processo, a industrialização e a urbanização manifestam a flagrante situação de desigualdade social, que se expressam nos altos índices de pobreza, miséria, migrações, desemprego, auto-emprego, que evidenciam, enfim as contradições do sistema capitalista. Diante desse quadro, uma das funções atribuídas à saúde pública foi o da higienização e da disciplinarização das cidades e de seus habitantes, auxiliando na promoção da ordem frente à reorganização dos modos de se viver nas cidades, principalmente na mudança de hábitos, tendo em vista a promoção da saúde, de um povo saudável e produtivo, principalmente, realizado por meio de propagandas sanitárias, serviços de higiene infantil, fiscalização hospitalar e combate as epidemias.

A escassez de recursos financeiros, associado a outras questões de ordem política e econômica, fizeram com que a maioria das ações de saúde pública fossem reduzidas a simplesmente aspectos normativos, sem efetivação no campo prático de soluções para os grandes problemas sanitários existentes no país como já se esperava em função do caráter assistencialista e imediatistas das ações do Estado frente aos problemas existentes.

A despeito da criação de vários órgãos como o Ministério da Saúde, o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), a lei Orgânica da Previdência Social, a implantação do Instituto Nacional de Previdência social (INPS), uma efetiva preocupação em atender aos graves problemas de saúde pública não aconteceu. Criam na realidade as condições institucionais necessárias ao desenvolvimento do complexo sistema médico-industrial de tendências privatistas, o INPS, que acabou na criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Entra em crise o modelo econômico implantado pela ditadura militar em função da crise internacional do capitalismo e da diminuição do fluxo de capital estrangeiro para mover a economia nacional, por conseguinte diminuiu o ritmo de crescimento do PIB, que havia chegado a 10%, tornando o crescimento econômico insustentável.

A ideia de que era preciso fazer crescer o bolo (a economia) para depois redistribuí-lo para a população não se confirma no plano social. Os pobres ficaram mais pobres e os ricos mais ricos, o país apresenta um dos maiores índices de

concentração de renda do mundial. Debelada pela política econômica e pela repressão, a população passou a conviver com o desemprego e as suas graves consequências sociais - a marginalidade, as favelas, a mortalidade infantil.

Nesse contexto, devido à escassez de recursos para a sua manutenção, ao aumento dos custos operacionais, o modelo de saúde previdenciário começa a mostrar as suas mazelas, sendo incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias, e os indicadores de saúde em alta.

Após a redemocratização do País, com a Constituição de 1988, a saúde começa a trilhar novas perspectivas com a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, que tem como uma de suas principais propostas à universalização do serviço de saúde, que garante a população, seja rica ou pobre, o direito a saúde pública, gratuita e de qualidade, cabendo ao Estado o papel de efetivar este direito, sem distinção e restrição de acesso dos cidadãos brasileiros.

Nessa perspectiva, o SUS passaria a atender de maneira unificada a toda população independente de classe social, raça ou de contribuições sindicais. Contudo, os estudos são unânimes em identificar a existência de um paradoxo, apesar da conjuntura promissora de avanços dos conceitos, dos modelos e da legislação referente aos direitos sociais a saúde pública no Brasil, com a redemocratização do País, se constata a precarização nos serviços de saúde prestados à população observando-se a escassez de recursos financeiros, seja de profissionais, equipamentos, materiais, medicamentos, dificuldades de acesso, entre outros, são fatores que passam a determinar o baixo padrão de qualidade da saúde pública.

Além desses fatores, o crescimento populacional e o aumento da violência urbana e suas consequências, afetaram o sistema de saúde que não conseguiu suprir a demanda de atendimentos, sendo necessária a elaboração de novas estratégias para o atendimento médico populacional. São pensadas as Unidades de Pronto Atendimento, como estratégias para desafogar os grandes hospitais e para facilitar a vida da população no acesso mais adequado, rápido e de qualidade à saúde pública.

No entanto, estudos realizados em vários estados do Brasil (Oliveira et al., 2015; BRASIL, 2015;) evidenciam que o atendimento nas UPAs é demorado, causa estresse, não só para o paciente que aguarda, quanto para a equipe, devido a vários fatores como estrutura física, material, recursos humanos e tecnológicos inadequados. Além disso, o perfil dos(as) profissionais que atuam nas UPAs, de acordo com as dimensões abordadas, tem como características: alto percentual de profissionais jovens, entre 20 e 40 anos, em torno de 70%; baixa qualificação dos(as) profissionais em termos de residência, especialização ou pós-graduação nas diferentes áreas do conhecimento, ademais, 34% dos(as) médicos(as) não realizaram nenhum tipo de qualificação específica para atuação nas UPAs.

Matéria publicada no site do Sindicato dos Médicos de Pernambuco - SIMEPE em 28 de outubro de 2012, faz denúncias referente aos serviços prestados pelas UPAs, cujo conteúdo se refere ao reduzido quadro de médicos nestas unidades. Segundo o referido sindicato, este fato estava prejudicando o atendimento dos(as) usuários(as) da Zona Oeste de Recife, refletindo o modelo de terceirização do sistema de saúde, cujo lucro prevalece mais do que a qualidade do atendimento do SUS.

Resultados também evidenciados no Relatório Anual de Gestão 2013/2014 das UPAs de Recife, apresentado a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco pelas Organizações Sociais que administram estas Unidades de Pronto Atendimento, apresentam problemas de várias ordens, de maneira geral relacionados à prestação dos serviços, principalmente em relação à demora do atendimento, falta de medicamentos, número de profissionais disponíveis insuficiente para o volume de atendimentos e a gravidade dos(as) usuários(as), atendimento inadequado, equipe e infraestrutura física e material inadequada (PERNAMBUCO, 2015).

A partir do exposto pode-se afirmar que a experiência brasileira apresenta, sem dúvida, conquistas e avanços significativos no campo dos conceitos e da legislação em relação ao direito a saúde pública em quantidade e qualidade. Contudo, os estudos mostram a existência de agravantes expressivos, dificuldades e contradições em relação a efetivação desse direito, não só em

relação ao não atendimento da demanda, mas, no que se refere à qualidade dos serviços prestados envolvendo os vários aspectos que compreendem este conceito na saúde pública.

Diante dessa problemática, este estudo tem como objetivo geral analisar e compreender, a partir das representações sociais dos(as) usuários(as) dos serviços prestados pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) do Recife-PE, que fatores se interpõem ou influenciam a problemática das expressivas limitações e contradições em relação à qualidade da prestação dos serviços de saúde oferecidos por estas unidades em seus vários aspectos, como meios de consumo coletivo.

O ponto de partida é a percepção dos(as) usuários(as) dos serviços de saúde prestados por estas unidades, visando, mais especificamente, entender os fatores que limitam o funcionamento das UPAs, como estratégias que visam desafogar os grandes hospitais e facilitar a vida da população no acesso mais adequado, rápido e de qualidade à saúde pública como direito e a quem ou a que se pode atribuir esta situação. Parte-se do princípio que, segundo o Ministério da Saúde (Portaria nº 1.020/2009), as UPAs devem possuir estrutura física, material, recursos humanos e tecnologia compatíveis com seu importante papel de prestar com qualidade serviços de assistência à saúde da população usuária (BRASIL, 2009).

Nessa direção, elencou-se os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico dos(as) usuários(as) dos serviços prestados pelas UPAs do Recife-PE;
- Compreender as representações sociais dos(as) usuários(as) dos serviços prestados pelas UPAs do Recife-PE acerca do significado do conceito de saúde e de políticas públicas de saúde;
- Compreender as representações sociais dos(as) usuários(as) dos serviços prestados pelas UPAs do Recife-PE sobre direito e direito a saúde pública;
- Compreender as representações sociais dos(as) usuários(as) dos serviços prestados pelas UPAs do Recife-PE acerca do significado da qualidade na saúde pública e sobre os fatores que a determinam;

- Compreender as representações sociais dos(as) usuários(as) das UPAs do Recife-PE acerca da qualidade dos serviços prestados pelas UPAs.

Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa, de caráter explicativo, cujo método de análise se constitui das representações sociais, selecionado por permitir encontrar elementos do discurso social trazidos pelos sujeitos para melhor compreensão do fenômeno investigado.

Nesta direção, o estudo visa subsidiar a discussão que vem sendo feita sobre a efetivação do direito universal à saúde como consumo coletivo, considerando o acesso, utilização em quantidade e qualidade satisfatória dos serviços sociais básicos, na perspectiva do(a) usuário(a) ou do(a) consumidor(a), particularizando as Unidades de Pronto Atendimento.

A partir destas premissas, pretende-se com este estudo agregar conhecimentos, estimular novas reflexões, proporcionar a troca de ideias, e, particularmente, dá visibilidade aos determinantes que configuram a problemática da efetivação do direito ao acesso mais adequado, rápido e de qualidade à saúde dos(as) usuários(as) das Unidades de Pronto Atendimento de Recife-PE.

Ademais, subsidiar o interesse cada vez mais intenso do debate que vem sendo feito no Programa de Pós-graduação em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social / UFRPE acerca da saúde pública como meio de consumo coletivo, da qualidade dos serviços prestados e das relações de consumo na sociedade no âmbito da ordem do capital e do Estado no que concerne a condição qualidade como um direito de todos(as) e não de poucos(as). E nesse sentido, subsidiar o planejamento das políticas de saúde, em especial, assegurar o direito dos(as) usuários(as) a consumir serviços de qualidade.

A dissertação se encontra estruturada em seis capítulos, abordando como questões explicativas à percepção das representações sociais dos(as) usuários(as) das Unidade de Pronto Atendimento do Recife-PE, acerca dos fatores que se interpõem ou influenciam a problemática das expressivas limitações e contradições em relação à qualidade da prestação dos serviços de saúde oferecidos por estas unidades em seus vários aspectos, como meios de consumo coletivo.

O primeiro trata da introdução que integra a justificativa, o problema de pesquisa, objetivos e importância do estudo.

O segundo capítulo apresenta questões centrais em torno da contextualização sócio-histórica e cultural das políticas de saúde, no Brasil Colônia, Império e República.

O terceiro capítulo trata dos fundamentos conceituais sobre os equipamentos e serviços de consumo coletivos, no âmbito do Estado e da lógica econômica do capital na provisão das políticas de saúde, entendidas como consumo coletivo.

O quarto capítulo caracteriza o percurso metodológico e os demais passos empregados, detalhando-se os procedimentos metodológicos, a abordagem e tipologia do estudo, o universo e a amostra, o instrumento de coleta e o método de análise.

O quinto capítulo apresenta os resultados e as discussões sobre as representações sociais dos(as) usuários(as) manifestadas sobre o fenômeno investigado, particularizando, a análise e discussão dos fatores que se interpõem ou influenciam a problemática das expressivas limitações e contradições em relação à qualidade da prestação dos serviços de saúde oferecidos por as UPAs em seus vários aspectos, como meios de consumo coletivo.

O sexto capítulo traz as considerações finais do estudo atendendo ao problema de pesquisa e aos objetivos propostos. Ademais, encontram-se contidos os principais confrontos, consensos e contradições extraídos das representações sociais dos(as) usuários(as) dos serviços prestados pelas acerca da qualidade e dos fatores que se interpõem a efetivação desta condição.

Na sequência, na última parte deste estudo, encontram-se as referências bibliográficas e os apêndices indispensáveis.

CAPÍTULO 2.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO SOCIOHISTÓRICA E CULTURAL DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

O presente carrega traços do passado, da trajetória dos indivíduos, assim também acontece com o conhecimento produzido acerca dos fenômenos econômicos, políticos, sociais e culturais. Nessa perspectiva, Campos (1987), afirma:

O estudo da evolução histórica de um determinado campo de conhecimento ou fenômeno social permite sempre uma melhor compreensão dos problemas a ele afetos. Fornece além de disso, subsídios para a formação de uma visão mais crítica acerca da realidade, ensejando prognósticos sobre o curso dos acontecimentos (CAMPOS, 1987, p.16)

Os registros proporcionam a possibilidade da (re) construção de uma realidade a qual não se viveu e é capaz de explicar muitos dos fenômenos da realidade contemporânea considerando a interdisciplinaridade entre as mais diversas áreas do conhecimento científico. Silva e Magalhães (2007) parafraseando Paulo Freire citam que “estar no mundo sem fazer história ou produzir conhecimento sem ser ancorado na história é uma pregação sem fundamentos”.

Para compreender o desenvolvimento das políticas de saúde pública no Brasil, exige delimitar historicamente a evolução deste fenômeno. O conceito de saúde pública na sua constituição histórica vem evoluindo ao longo do tempo e no espaço. Para ser compreendido faz-se necessário estabelecer vinculação com as demandas e as exigências sociais de cada período na história brasileira.

Segundo Japiassu (1976, s/p) como em outras áreas do conhecimento científico, o estudo da saúde pública também se constitui como interdisciplinar. Nessa perspectiva, este capítulo trata a discussão do desenvolvimento das políticas de saúde pública no Brasil, considerando as várias dimensões que a compreende e a multiplicidade de interpretações numa sociedade em constantes

mudanças, destacando aspectos essenciais que determinam e conformam a saúde pública na contemporaneidade.

2.1. Saúde pública no Brasil Colônia

Os problemas de saúde no Brasil se fizeram presentes na história desde o Brasil Colônia, como resultado das novas relações econômicas, sociais e ambientais que se estabeleceu entre contingentes populacionais díspares. Nas longas travessias do continente europeu para América ou para as Índias, muitos dos tripulantes morriam nos navios e aqueles que conseguiam desembarcar trouxeram consigo diversas doenças, o que tornou o Brasil, desde os primórdios, um país de pessoas muitas doenças (CAMPOS, 1987, p.22).

Antes da presença dos europeus, os índios que viviam no Brasil tinham um modo de vida extremamente saudável, devido, sobretudo, ao estilo de vida natural, eram saudáveis, fortes, nutridos, alimentavam-se bem, não eram sedentários e sofriam de poucas ou quase nenhuma doença. Contudo, os indígenas com pouca resistência a infecções que até então não conheciam, em contato com outros povos com diversos tipos de doenças, tornam-se bastante susceptíveis ao acometimento de enfermidades (SCLIAR, 2002, p. 45).

No Século XVI, no período caracterizado como Brasil Colônia, com a chegada dos europeus ao Brasil, se desenvolverá diversos tipos de problemas de saúde. Conforme Scliar (2002, p. 47) apesar dos índios serem bastante ativos e saudáveis, era uma população com baixo nível de imunidade, além disso, a falta de infraestrutura higiênico-sanitária também contribuiu enormemente para propiciar à disseminação e a proliferação de agentes infecciosos.

Um exemplo desta suscetibilidade indígena é narrado em documentos pelo cronista Simão de Vasconcellos em 1552 que descreve na Bahia, a incidência de uma “peste terrível de tosse e catarro mortal”, assemelhada a uma patologia conhecida do europeu – a gripe. Scliar (2002, p.48), ressalta que essas doenças eram assunto preferencial dos primeiros escritores médicos no país, a exemplo de Simão Pedro Morão que escreveu um Tratado único sobre a bexiga e

o sarampo (1683) e de João Ferreira da Rosa que lançou em 1694, o seu Tratado único acerca da constituição pestilencial de Pernambuco (SCLIAR, 2002, p.48).

Febres, disenterias, tétano, bexiga, sarampo, males de Luanda e de Lázaro, pleurisias, obstruções, máculos ou achaques de bicho, fraturas, bronchoceles, tifo, tracomas, icterícias, infecções e tantas outras doenças e agravos foram corriqueiras e, em grande medida, fatais nos primeiros séculos de existência da Colônia, acometendo todas as etnias, todos os tipos de trabalho, e todos que vinha do Congo incluindo o governador. Junto com os escravos africanos, aportou também a malária em solo americano. Diversas foram as formas de entender e curar as enfermidades num período anterior às noções de saúde pública, medicina social ou mesmo de clínica (EDLER, 2010, p.26).

Segundo Scliar (2002, p.48) as doenças eram encaradas pelos índios, população nativa do Brasil, como castigo ou provação, cujas causas eles reconheciam como reflexo da vontade de um ser sobrenatural, ação de astros e dos agentes climáticos ou força de uma praga ou feitiço. Dentro das concepções empíricas, místicas e mágicas da doença quando os índios adoeciam, recorriam aos pajés, que exorcizavam os maus espíritos e utilizava plantas e substâncias diversas no tratamento dos enfermos.

Assim, durante os três primeiros séculos da colonização brasileira, a sociedade branca recorreu também às formas de cura trazidas da Europa ou àquelas a que diversas etnias, com as quais se manteve em constante contato, utilizavam para lutar contra os males que as acometiam. Mesmo os portugueses opulentos, muito embora se tratassem com seus médicos, cirurgiões e barbeiros vindos de Portugal, não hesitavam, quando precisavam curar suas feridas, em se servir do óleo de copaíba utilizado pelos indígenas para esse fim. Depois, com a vinda dos escravos africanos, aderiram igualmente a curas relacionadas com as magias, simpatias e a superstição, como revela a documentação das visitas inquisitoriais do Santo Ofício (EDLER, 2010, p.31).

Entretanto, os colonizadores portugueses, não endossavam esse tipo sistema de atendimento, sobretudo, porque tinham como objetivo converter os indígenas ao cristianismo (“salvar essa gente”, nas palavras de Caminha) e isso significava neutralizar a influência do pajé, e talvez, principalmente, cuidar da

saúde dos habitantes da terra descoberta. Os padres jesuítas tiveram papel importante na assistência aos doentes, levando medicamentos, por eles manipulados em suas boticas, e alimentos aos pacientes, além de aproveitarem aquele momento para a catequese (BRASIL, 2005, p.12).

A inexistência de uma assistência médica estruturada, fez com que proliferassem pelo país os boticários (farmacêuticos) e as boticas. Estas últimas foram, o que se pode chamar de às primeiras farmácias do Brasil Colônia, sob a responsabilidade dos jesuítas era o local onde se encontrava drogas e medicamentos vindos da Europa e também produzidos no país. Os remédios eram, em grande maioria medicinal, preparados com plantas nativas e serviam para combater vários tipos de doenças, curar ferimentos e neutralizar picadas de insetos. Embora os doutores e cirurgiões à época condenassem, direta ou indiretamente, a ação dos práticos, curandeiros, mezinheiros e boticários que atuassem pela cura em detrimento das prescrições médicas, ainda que fosse corriqueiro o recurso a esses empíricos, importantes boticas surgiram a partir do século XVI, na Bahia, Olinda, Recife, Maranhão, Rio de Janeiro e São Paulo, sob a direção dos jesuítas que possuíam um receituário particular, onde se encontravam não só as fórmulas dos medicamentos, como seus processos de preparação (VIOTTI, 2012, p. 10).

A saúde, neste período tratava os males do corpo pela ação de curandeiros e práticos de modesto conhecimento, por empíricos que se valeram de uma ou outra técnica utilizada pelos doutos e por parteiras que em suas atuações agiam com princípios supersticiosos.

Pautados em depoimentos como de bispo do Grão-Pará e do Maranhão no século XVI, os médicos-historiadores, proferiam:

Ser “melhor tratar-se a gente com um tapuia do sertão, que observa com mais desembaraçado instinto, do que com um médico de Lisboa”, afirmam que os poucos licenciados que aqui ousaram medicar, valendo-se de um saber estrangeiro, nem sempre tinham condições – ou conhecimentos – para socorrer os pobres colonos (VIOTTI, 2012, p.15).

Para esta autora, num período anterior às noções de Saúde Pública, de medicina social e de clínica médica, diversas formas de entender e curar as enfermidades subsistiam no Brasil. Uma medicina plural, colonial, brasileira,

fundada no empirismo e no conhecimento acadêmico importado da Europa, que utilizava materiais diversos em prol da cura, desde excrementos a simpatias, as prescrições de plantas nativas para sanar as enfermidades, as doenças, epidêmicas ou não, que modificavam a dinâmica da vida do ser humano – além de, muitas vezes, determinarem seu fim.

A imensa maioria dos doentes recebia tratamento em casa. Não eram apenas os pobres que faziam tal opção, as pessoas de posse também cuidavam de suas doenças em casa, com médicos e cirurgiões, ou então com curiosos e curandeiros, enquanto as ordens religiosas ou laicas tratavam de seus próprios irmãos. Os brancos pobres, a gente de cor, escrava ou forra, soldados, marinheiros, forasteiros em geral, quando em estado de indigência, recebiam assistência espiritual e médica nos hospitais da Irmandade da Misericórdia (PONTE, 2010, p.35).

Neste contexto, a percepção dos religiosos sobre os doentes fundamentava-se na assertiva de que o que está manifesto no exterior seria, na verdade, espelho das chagas da alma. Apesar de todo empenho na preparação dos fármacos para sanar as enfermidades, uma espécie de medicina teológica era o que predominava para cura das doenças. De nada adiantaria cuidar dos males do corpo se a alma ainda padecesse, especialmente em razão de vícios morais ou da falta de assiduidade no exercício do catolicismo (Op. cit. 2012, p. 19).

Em obras como a de Ângelo de Sequeira (1754) escrita em pleno século das luzes, os princípios deste tipo de medicina se evidenciava:

[...] é Maria Santíssima a verdadeira botica preciosa, suas obras deixam a perder de vista a todas as ciências, e prodígios da natureza. Nas Minas do Sabará, as águas de uma lagoa santa é o mais frutuoso remédio contra toda sorte de achaques (SEQUEIRA, 1754, p.5).

Apesar de todo empenho dos jesuítas na assistência e cura aos doentes, a ação dos religiosos, era intensamente combatida pelos homens de ciência. Segundo Peixoto (1931, p. 322) os doutores não conferiam legitimidade àqueles que, partindo de qualquer princípio alheio aos livros e procedimentos correntes, intentavam eliminar a doença “pronunciando palavras mágicas [...] fazendo

caretas para infundir medo e confiança [...] apalpava todo o corpo [...] seguia-se a terapêutica [...] com folhas queimadas [...] costumavam esfregar, chupar e defumar os doentes nas partes lesas [...]”.

Conforme Viotti (2012, p. 22) para os doutores se fazia necessário denunciar os malefícios do trabalho dos charlatães, homens que, sem estudos, e sem conhecimento da arte de curar a exercem, distribuindo como específicos remédios de sua invenção, e enganando nas encruzilhadas o público, para se enriquecer às custas deles.

Segundo Ponte (2010, p.33) desde 1430 o Rei de Portugal já exigia que todos os que praticassem medicina fossem examinados e aprovados pelo médico da colônia portuguesa, denominado físico. Em 1448, o regimento do cirurgiãomor, sancionado em lei do Reino, explicitava, entre os encargos da função, a regulamentação do exercício da medicina e cirurgia por meio de licença, legalização e inspeção de farmácias.

Em 1521, surge a divisão das atribuições entre as duas maiores autoridades da saúde: o físico-mor e o cirurgião-mor. A principal preocupação da Coroa com a saúde da Colônia era de fiscalização, como forma privilegiada de articular a atividade médica no poder soberano. A chamada Fisicatura, órgão máximo para as questões de saúde, era na verdade, um tribunal, com leis, alvarás, regimentos e poder restrito a regulamentação das profissões, que visava punir os infratores com o objetivo de reserva para medicina o espaço da doença (REGIMENTO,1744).

Ainda no século XVI, tem-se notícia da designação de licenciados para o cargo de físico (médico) na cidade de Salvador. Onde não houvesse um físico examinador, delegado do físico-mor, os praticantes da arte de curar deviam requerer carta ao físico-mor, com atestado das câmaras locais que comprovasse sua experiência e saber. Se aprovados em exame, recebiam licença para exercer a medicina apenas na localidade em que praticavam, e por determinado tempo. Cartas de lei, alvarás e regimentos respondiam a situações particulares, como infrações à legislação sanitária e aos abusos contra os interesses dos súditos. Em 1595 com as Ordenações Filipinas – compilação jurídica que constituíram a base

do direito Português – também ditaram regras sobre os ofícios de médicos, cirurgiões e boticários (MACHADO, 1978, p.37).

Cabia ao físico-mor fiscalizar, com o auxílio de boticários aprovados, as boticas, a qualidade e os preços dos medicamentos. A lei estabelecia ainda que a separação entre físicos, cirurgiões e boticários era completa, cada qual com atribuições restritas ao seu domínio. A definição de limites ao exercício de cada atividade obedecia ao estabelecimento gradual de uma hierarquia de importância entre elas (PONTE, 2010, p. 34).

Ainda segundo Ponte (2010, p.34), toda legislação, que procurava fazer a Fisicatura próxima e presente através de uma pesada burocracia, e as constantes queixas sobre o arbítrio dos comissários revelam que a preocupação central da Coroa era com o fisco (arrecadação de impostos). A administração da justiça na área médica esmerava-se, então, tanto em fiscalizar os fiscalizadores (que deveriam, entre outras funções, zelar pela arrecadação de impostos sobre o exercício da profissão) quanto em punir os infratores.

No século XVII, a colônia portuguesa era identificada como o “inferno”, onde os colonizadores brancos e os escravos africanos tinham poucas chances de sobrevivência. Os conflitos com os indígenas, as dificuldades materiais de vida na região e, sobretudo, as múltiplas e frequentes doenças eram os principais obstáculos para o estabelecimento dos colonizadores. Apesar da existência dos cargos de Físico-mor e Cirurgião-mor, a população colonial fosse rica ou pobre, tinha medo de submeter-se aos tratamentos dos médicos formados na Europa e preferia utilizar os remédios recomendados pelos curandeiros negros ou indígenas, uma vez que a prática médica era baseada em conhecimentos tradicionais e não “científicos”. A estratégia de controle da saúde utilizada baseava-se no afastamento ou no confinamento dos doentes nas Santas Casas de Misericórdia, cuja função era mais assistencialista do que curativa (PONTE, 2010, p.36).

Em Pernambuco, a calamidade era extrema, os próprios médicos e os cirurgiões, todos insígnias nas suas faculdades, mostravam que se não acertavam a cura dos enfermos, também erravam a sua própria cura (PITA, 1976, p. 325). Assim, se, por exemplo, o doente botasse ferrugem pela boca, a recomendação

do cirurgião era clara: que se preparasse o enterro, pois para o doente já não haveria esperança de vida – e, muito menos, contato com o médico (A FEBRE, 1971, p. 77).

Como visto o conhecimento em saúde era limitado e, o mínimo que os médicos sabiam não conseguia aplicar nem a si mesmo. Com a chegada de povos oriundos de outras regiões, uma nova leva de enfermidades de fato acometia praticamente toda a população e fazia com que até os próprios doutos – homens instruídos - que pertenciam ao quadro dos agentes de saúde fossem “pegos” por tais enfermidades. A este período eram incorporados tratamentos muitas vezes de maneira empírica, pois os médicos e cirurgiões que vieram de além-mar, mesmo possuindo cursos em faculdades de medicina eles desconheciam muitas das enfermidades que por aqui se instalaram.

Assim, nas práticas médicas leigas brasileiras combinavam-se elementos da medicina popular europeia, indígena e africana em doses díspares, dependentes da influência exercida por estes povos em determinada região e época. Esta medicina híbrida foi exercida nos rincões mais distantes e não obstante existirem estas características regionais, houve relativa uniformidade nas condutas (GURGEL, 2010, p.113).

A relação do médico com o enfermo era apenas consequência da busca da cura da doença no sentido de promover a redução das doenças infectocontagiosas, principalmente às chamadas pestilenciais. Conforme Emerson Merhy (1993, p.179), o cuidado médico individual não teria a saúde como objeto, mas a doença. É neste sentido que se percebe a limitação dos médicos europeus, pois buscavam apontar ou mesmo mostrar o problema sem buscar o motivo pelo qual o problema em si era gerado.

Diante deste dilema, em 1782 a Lei promulgada pela Rainha D. Maria I, extingue as funções de Físico-Mor e Cirurgião-Mor do Reino e cria a Junta do Protomedicato¹ que consistia em coibir a ação de charlatães e assegurar não

¹ Junta do Protomedicato que deveria ser constituída por sete deputados, nomeados por um período de 3 anos. Determinava que o Presidente deste órgão seria o médico mais antigo; estabelecia a existência de dois escrivães e um porteiro; extinguiu as funções de Físico-Mor e Cirurgião-Mor do Reino. Determinava a existência de reuniões entre a Junta do Protomedicato três vezes por semana e o horário a cumprir. Nomeou os deputados da Junta de Protomedicato: Joaquim Pedro de Abreu, Manoel da Silva Moreira Paizinho, Joseph Inácio da Costa Freire e

apenas a presença de licenciados, mas de diplomados avaliados e aprovados para curar a população. Neste ponto podemos observar o embate da evolução médica e o conhecimento empírico dos curandeiros. No tocante ao regulamento da medicina estes seriam os grandes méritos dessas medidas, uma vez que ao menos no papel, as medidas régias colaborariam para a legitimação do discurso do médico como autoridade inquestionável no que concernia ao conhecimento dos males e nas medidas para seu tratamento (Op. cit. 2010).

Nesse processo, o Brasil Colônia transcorre sem dispor de um modelo de política de saúde para a população, a atenção à saúde limitava-se aos recursos naturais e aqueles que por conhecimentos empíricos desenvolviam as suas habilidades na arte de curar. Segundo Salles (1971) *apud* Polignano (2001, s/p) a carência de profissionais médicos era enorme, para se ter uma ideia em 1789 só existiam quatro médicos exercendo a profissão no País.

Só em 1808, com a vinda da família real portuguesa para o Brasil se fomentou a implantação das políticas públicas de saúde no País, sua implementação enfrentou muitos obstáculos, sobretudo, devido a carência de profissionais qualificados e o medo da população em relação ao tratamento oferecido por esses profissionais, preferindo serem tratados por curandeiros.

A necessidade de organização de uma estrutura sanitária mínima, capaz de dá suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro, forçaram a corte a criar as duas primeiras escolas de medicina do país: o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro a primeira organização nacional de Saúde Pública no Brasil (PIMENTA, 1998, p. 2; POLIGNANO, 2001, s/p).

2.2. Saúde pública no Brasil Império

No período colonial praticamente inexistiram ações de Saúde Pública para o combate as doenças, porém, com a chegada da corte ao Brasil, em 1808 importantes iniciativas sanitárias foram tomadas, sobretudo, no Rio de Janeiro, o

Antônio Soares de Macedo Lobo (médicos da Casa Real); Domingos de Carvalho Queiroga (Cirurgião da Câmara) e Florindo António de Sousa (Cirurgião da Casa Real). Determina que seja auferido por ano um ordenado de 240 mil reis por cada um destes elementos (VIOTTI, 2012, p.23).

centro das intervenções sanitárias, onde funcionava a sede do Império português e principal porto do país.

Segundo (GAZÊTA, 2006, p.36) neste mesmo ano foi criada a primeira instância voltada para a Saúde Pública no Brasil, a Provedoria-Mor de Saúde, responsável pela salubridade da corte e pela fiscalização dos navios. Em 1811 D. João pela relevância que a varíola adquiria, criou a Junta Vacínica da Corte, responsável pela vacinação jenneriana (base da imunização atual, desenvolvida por Edward Jenner, o “pai” da imunologia). A varíola desempenhou, portanto, neste contexto, motivo importante para a história da estruturação das políticas de Saúde Pública no Brasil.

Em 1815, o Brasil foi elevado à categoria de reino, deixou de ser colônia de Portugal e ganha um novo status político, de Império. A corte portuguesa, já estabelecida no País compreendeu que era necessário empreender esforços no sentido de investir em medidas de saneamento tendo em vista erradicar ou controlar várias doenças de massa. Nessa direção, a vinda da família real para o Brasil impulsionou a necessidade de organização de uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte as demandas da corte que se instalava na cidade do Rio de Janeiro (CAMPOS; SANTO; MANTOVANI, 1987, p.20).

Dentre outras demandas da corte, havia o interesse em efetuar o controle sanitário dos produtos a serem comercializados e consumidos e dos estabelecimentos comerciais, assim como, combater a propagação de doenças, principalmente as epidêmicas, bem como, resolver questões relacionadas ao saneamento e fiscalizar a prática profissional na área da saúde.

Segundo Bertolli Filho (2003, p.8) uma hipótese – “nem sempre verdadeira” – era a de que os navios vindos do estrangeiro seriam os principais causadores de doenças como a febre amarela² e a cólera³. As doenças infectocontagiosas acometiam os povos da capital e do interior do país e de maneira muito rápida se disseminavam. Somando-se a isto, os médicos do Império não sabiam muito bem

²Doença infectocontagiosa causada por vírus transmitido ao homem pela picada de mosquito. Caracteriza-se por um começo brutal, com febre de quarenta graus, dores violentas nas costas e na cabeça e vômitos, podendo levar à morte (BERTOLLI Filho, 2003, p.8).

³Infecção intestinal aguda e contagiosa causada pelo bacilo *Vibrio cholerae*, presente em águas poluídas. É caracterizada por diarreia abundante, vômitos e câimbras; se não tratada rapidamente, pode levar a morte num período de 12 a 36 horas (BERTOLLI Filho, 2003, p.8).

como combater essas doenças que de uma maneira muito rápida acometiam os povos que viviam no interior do país.

Como medida de controle destas doenças, os portos ganham uma estrutura própria, com uma autoridade central, o Provedor-Mor dos Portos, e Guardas Mores em cada província portuária, que tinham a função de fiscalizar as quarentenas de recém-chegados, e inspecionar os alimentos de bordo, visando reduzir os casos epidêmicos (CAMPOS; SANTO; MANTOVANI, 1987, p.24).

As epidemias geravam muitos entraves econômicos ao Brasil, tornando-se necessário tomar decisões para minimizar os impactos negativos, economicamente gerados a partir das enfermidades epidêmicas. Uma estratégia adotada foi à utilização das quarentenas, prática muito comum utilizada na Idade Média. As quarentenas segundo Rosen (1994):

[...] evitava a entrada da peste no país. Para se alcançar esse objetivo, e assim salvaguardar o grupo, usava-se o método de isolar e observar pessoas e objetos por um período específico e sob condições rigorosas – até se estabelecer que não estivessem com a peste. Assim nasceu a quarentena, contribuição fundamental à prática da saúde pública (ROSEN, 1994, p.63).

As quarentenas eram realizadas numa ilha próxima a baía de Guanabara, organizadas pela Inspetoria de Saúde e todas as pessoas que desembarcavam eram obrigadas a passar pelo processo de quarentena a fim de se certificar quanto à saúde dos passageiros (BERTOLLI Filho, 2003, p.8).

Este tipo de ação fiscalizadora se constituía como uma estratégia política, que ratificava a intervenção do Estado na saúde e na vida da população. Subordinada a Fisicatura, tinha como principal função fiscalizar de maneira ativa toda e qualquer ação que estivesse relacionada a atividade médica.

Em 1832, além da intervenção na entrada das pessoas que chegavam pelos portos, o Código de Postura do Rio de Janeiro estabeleceu pela primeira vez no país, a obrigatoriedade da vacina, a não vacinação era passível de multa. O Estado obriga a população a tomar a vacina contra a varíola. Contudo, esta disposição não foi cumprida, porque a população tinha fortes suspeitas em relação à sua eficácia, mas, mediante solicitação dos proprietários rurais, os

vacinadores iam às fazendas aplicar os imunizantes aos escravos (SCLIAR, 2002, p.49).

Após a Independência do Brasil, em 1822, os serviços de saúde pública passaram a ser da competência das câmaras municipais – atendendo à proposta de descentralização do poder – que, em conjunto com as iniciativas particulares, estimularam a criação de instituições locais para o controle epidêmico. Em 1846, foi criado o Instituto Vacínico do Império, órgão central que atuava nas localidades e era responsável pela vacinação na corte. Também foi estabelecida a obrigatoriedade da vacinação em crianças de até 3 meses e em grupos determinados, exigindo-se o atestado de vacinação para a admissão em algumas instituições.

De acordo com Campos; Santo; Mantovani (1987, p.25), o recurso destinado para os serviços de saúde era insignificante, apenas 1% do orçamento público. Na verdade, não existia uma preocupação efetiva em relação a saúde, as decisões eram esporádicas e limitadas, voltadas em certa medida para atender as demandas de saúde restritas a corte. A sociedade era contemplada com medidas que se referiam apenas a normalização dos cemitérios, do controle público no abastecimento de água, na destinação do lixo e dejetos tendo em vista o controle das doenças pestilenciais.

Ocorre neste período a descentralização do poder. O Governo Imperial transfere para cada província a responsabilidade por assumir seus próprios atos políticos-administrativo.

Em 1824 é promulgada a primeira Constituição do Império do Brasil (oficialmente denominada Constituição Política do Império do Brasil), encomendada pelo Imperador Dom Pedro I (até então príncipe real do Reino Unido de Portugal, Brasil e Algarves). Em 1834 esta constituição teve uma emenda, a única, que ficou conhecida como o Ato Adicional de 1834, aprovado pela Lei nº. 16 de 12 de agosto de 1834.

Segundo Castanha (2016) nos 32 artigos, o Ato foi considerado um marco uma vez que desencadeou diversas discussões acerca da centralização e descentralização do poder no Brasil Imperial. Estabeleceu mudanças significativas, principalmente no que se referiu as atribuições dos Conselhos

Gerais de Província. Estes foram extintos e em seu lugar criou-se as assembleias legislativas provinciais com poderes para legislar sobre economia, higiene, justiça, educação, entre outros. Fator determinante na definição das políticas, cada província, a partir de então passou a ter autonomia para governar de forma mais independente.

Isso não foi suficiente para resolver os grandes problemas de saúde da população. Segundo Edler (2010, p. 45) “havia uma acentuada desigualdade social e cultural herdada do período Brasil Colônia” e isto refletia nas condições sociais, econômicas e de saúde das famílias. Em função disso, o acesso aos produtos das farmácias, das boticas e drogarias, muitos deles importados, era quase sempre uma prerrogativa dos brancos ricos. Ficando a maior parte da população com acesso apenas aos remédios produzidos pelos curandeiros e rezadeiras.

Veblen (1857-1929), em sua Teoria da Classe Ociosa, considerava esta condição como “ostentatório”, uma vez que promovia os fidalgos e nobres portugueses a uma posição honorífica na sociedade. Conferia a estes o privilégio de consumir produtos caros e importados, além dos remédios, alimentos e bebidas e tratamentos médicos realizados na Europa ou nas cidades serranas. “Restava aos pobres os internamentos nas enfermarias das Santas Casas de Misericórdia, cuja falta de higiene e a precarização dos serviços, levava a morte da maioria dos pacientes” (BERTOLLI Filho, 2003, p. 10).

Em 1850, por ocasião da segunda grande epidemia de febre amarela que se alastrou no País e atacou, ricos e pobres sem distinção, matando inclusive os nobres, foi criada a Junta Central de Saúde Pública, embrião do Ministério da Saúde. Lima (2002) ressalta:

O impacto da epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro, de 1849 a 1850, alterou sensivelmente a vida pública da população. O fato de ter feito vítimas fatais na elite favoreceu a compreensão do quadro sanitário do Brasil como um problema científico e político importante, ampliando a repercussão das polêmicas médicas sobre o assunto (LIMA, 2002, p.39).

Sob o impacto das epidemias de cólera e de febre amarela, realizou-se em Montevidéu, em 1873, uma Convenção Sanitária em que se firmou uma ata pelo Brasil, Argentina e Uruguai determinando medidas comuns de prevenção em

relação a doenças como o cólera asiático, febre amarela, peste e tifo. Os princípios que nortearam a elaboração dessa legislação internacional podem ser resumidos em três pontos:

(a) aplicação de medidas preventivas contra o cólera-morbo, a febre amarela e a peste do Oriente, consideradas doenças exóticas; (b) estabelecimento de medidas que atendessem aos interesses da saúde pública e do comércio exterior; (c) emprego, em comum acordo, das quarentenas e dos lazaretos como meio de isolar pessoas e mercadorias contaminadas por essas doenças (CHAVES, 2013, p.416).

Em 1887, realizou-se, no Rio de Janeiro um novo colóquio entre esses países onde se estabeleceu a Convenção Sanitária do Rio de Janeiro⁴. Este colóquio objetivava fundamentalmente suprimir os obstáculos que se opunham ao comércio e aos transportes, e proteger a região contra as denominadas epidemias exóticas. A partir desses eventos, mudanças políticas sanitárias começam a ser realizadas, interferindo na dinâmica econômica dos países envolvidos, proporcionando repercussões no Novo e no Velho mundo (VERONELLI; TESTA, 2002, p. 11; CHAVES, 2013, p.416).

Inicia-se os trabalhos de pesquisa, referentes, sobretudo, ao que era conhecido à época como medicina tropical. De acordo com Scliar (2002, p.50) grandes potências europeias tinham colônias em regiões tropicais da Ásia, da África e da América, despertando não apenas o interesse médico e sanitário, mas, econômico e político em estudar as doenças epidêmicas características dessas regiões.

O interesse econômico do Brasil no controle das epidemias se dava no momento em que se firmava economicamente a cafeicultura, nesse sentido era importante manter uma população sadia para que houvesse cada vez mais mão de obra no Império a fim de que a produção de café pudesse ser exportada em sua maior parte para os países da Europa.

Essa conjuntura foi marcada pela chegada de muitos imigrantes europeus que vinham em busca de melhores condições de vida, uma vez que a Europa estava devastada devido as guerras e os conflitos. Os imigrantes europeus

⁴ Adoptar en 1887 la Convención Sanitaria de Río de Janeiro, la Argentina, el Brasil y el Uruguay inauguraron la cooperación panamericana en pro dela Salud Pública.

substituíram a mão de obra escrava, principalmente na lavoura do café. Scliar (2002, p.50) afirma que existia uma intensão, embora nem sempre declarada, de “branquear” a população, constituída de grandes contingentes de negros, índios e mestiços.

Diante deste cenário, aparentemente favorável, o Brasil não havia conseguido ainda controlar as doenças epidêmicas, e em consequência, “muitos dos imigrantes que aqui chegaram e que não tinham imunidade para as doenças tropicais – doenças que ainda estavam sendo estudadas pelos pesquisadores – morriam” (SCLIAR, 2002, p.53).

Combater as doenças epidêmicas não era apenas um objetivo humanitário, era uma questão de sobrevivência econômica do País, a mão de obra sem doenças era essencial para o desenvolvimento econômico. Na ocasião pelos interesses políticos, econômicos e sanitários, Edler (2010, p.45) afirma que a perseguição aos curandeiros foi intensificada a partir de 1870, quando o poder público ampliou o cerco contra as práticas e concepções populares de cura nos principais centros urbanos.

O final do Século XIX presenciou o desenvolvimento da chamada revolução pasteuriana – a impressionante série de descobertas realizadas por Louis Pasteur, seus colaboradores e seus discípulos, de agentes patogênicos causadores de doenças, de soros e de vacinas destinadas a evitar ou controlar esses agentes. O soro antirrábico, que projetou o nome do pesquisador e de seu Instituto é um exemplo enfático desta revolução. Scliar (2002, p.51) chama atenção para o fato que o Imperador Dom Pedro II admirava tanto os estudos e descobertas de Pasteur que destinou uma contribuição financeira significativa para suas pesquisas.

É válido ressaltar que o Imperador Dom Pedro II é sempre lembrado na história como um grande incentivador das pesquisas científicas, conforme ressalta Bertolli Filho (2003, p.10), O Imperador foi muito elogiado pela imprensa estrangeira em 1886, por ter doado uma expressiva quantia à França, para que lá fosse montado um sofisticado laboratório de pesquisas sobre as doenças tidas como tropicais.

Apesar de todo o entusiasmo do Imperador quanto ao desenvolvimento dos estudos e das pesquisas para controle das doenças tropicais e epidêmicas, o final do Segundo Reinado apresenta um Brasil ainda considerado um dos países mais insalubres do planeta, sendo comum, inclusive, orientações aos viajantes que evitassem visitar os portos nacionais. “Os prejuízos econômicos decorrentes do progressivo abandono dos portos brasileiros pelos navios cargueiros que desviavam seus carregamentos para portos menos perigosos foram enormes” (SILVA,1996, p.13). A fase imperial da história brasileira encerrou-se sem que o Estado solucionasse os graves problemas de saúde da coletividade, os quais só se agravaram com o processo ao passar o tempo.

2.3. Saúde pública no Brasil República

Com a proclamação da república em 1889, o Brasil estampou na bandeira nacional o lema positivista “ordem e progresso” que significava buscar através de um novo modelo de gestão do sistema, conquistar o progresso do País. Isto se daria por meio de uma população sadia e educada para o trabalho. Acreditava-se que a saúde e a educação eram as forças propulsora que levariam ao progresso do Brasil. A capacitação física e intelectual dos operários e dos camponeses seriam o caminho indicado para alterar a história do país, considerado no exterior como região bárbara (BERTOLLI Filho, 2003, p.12).

Nesta direção, com o projeto de modernização do País, a medicina passa a ter papel fundamental para o desenvolvimento do Brasil, principalmente tendo em vista garantir a saúde individual e coletiva da população. As faculdades de medicina pouco a pouco vão definindo um novo campo de estudos voltados para a prevenção de doenças e para controle das epidemias. Segundo Bertolli Filho (2003, p.13) foi a partir desta conjuntura que se definiu uma área científica chamada de *medicina pública*, *medicina sanitária*, *higiene* ou simplesmente *saúde pública*.

Apesar de antes da Proclamação da República em 1889 ter sido criada a Diretoria Geral de Saúde Pública – que dividiu o litoral brasileiro em três distritos sanitários, com sedes no Rio de Janeiro, em Recife e em Belém, para controle

dos portos, considerados prioridade para o desenvolvimento econômico - é somente nos primeiros anos da República (1889-1900), que nasce a política de saúde, com as cidades ainda permanecendo sobre forte ataque das doenças epidêmicas.

A falta de um modelo sanitário para o país deixava as cidades brasileiras à mercê das epidemias. Segundo Polignano (2001, s/p) no início do século XIX, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam à população, como a varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente a peste. Esta situação gerou sérias consequências tanto para saúde coletiva quanto para outros setores da economia como o do comércio exterior, que em função da situação sanitária existente na cidade, os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro, acarretando grandes prejuízos econômicos.

À época, Rodrigues Alves, então presidente do Brasil, nomeou Oswaldo Cruz, como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que se propôs a erradicar a epidemia de febre-amarela na cidade. Para esta ação foi instituído um exército com mais de 1.500 pessoas que passaram a exercer atividades de desinfecção no combate ao mosquito, vetor da febre-amarela, contudo, não se atacava a causa principal. Vale ressaltar que a falta de conhecimentos, de esclarecimentos e as arbitrariedades cometidas pelos guardas-sanitários eram tão extremas, ao ponto de causar revolta a população.

Para Polignano (2001, s/p) dentro do modelo capitalista proposto para o País, de um modo geral os problemas de saúde somente se tornavam foco de atenção dos governos, até mesmo no campo do discurso, quando se apresentavam na forma de epidemias e deixavam de ter importância quando os mesmos se transformavam em endemias.

Nesta ótica, para este autor, a evolução histórica das políticas de saúde no Brasil sempre esteve diretamente relacionada a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los. A lógica do processo evolutivo sempre obedeceu à ótica do avanço do sistema capitalista na sociedade brasileira, sofrendo a forte determinação do capitalismo a nível internacional. Dessa forma, a saúde nunca ocupou lugar central dentro da política

do estado brasileiro, sendo sempre deixada na periferia do sistema, como uma moldura de um quadro, tanto no que diz respeito a solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor saúde, por conseguinte os problemas históricos enfrentados.

2.3.1. Saúde pública no Brasil na República Velha (1889-1930)

Enquanto o Brasil buscava solucionar os problemas referentes ao quadro sanitário e epidemiológico, a microbiologia de Louis Pasteur, na Europa, dava os primeiros passos mostrando a possibilidade de enfrentar, pela primeira vez, as doenças infecciosas de maneira eficaz. “Ao provar não só a existência de microrganismos, como também sua importância em inúmeros processos de adoecimento, Pasteur cria um novo paradigma que com o passar dos anos se torna hegemônico” (PONTE, 2010, p.56).

Entre os estudos de Pasteur, o novo paradigma criado por ele que se tornou o ponto mais relevante e modelo para o mundo, foi a pertinente reflexão de que os micróbios eram verdadeiros mediadores das relações humanas, que segundo Finkelman (2002):

Os micróbios poderiam mesmo promover a indistinção das barreiras sociais entre ricos e pobres [...] o médico norte americano Cyrus Edson, em fins do século XIX, também apresentou o micróbio como "nivelador social". Esses fatos já eram observados desde 1829, pelo programa dos higienistas na França: a medicina não teria por objeto apenas estudar e combater as doenças; ela apresentava fortes relações com a organização social (FINKELMAN, 2002, p.33).

No Brasil, as ideias de Pasteur contribuíram para o rompimento com as ideias que se tinha sobre a teoria dos miasmas, que resultava da compreensão de que pequenas partículas invisíveis seriam as causadoras das doenças, e do clima como responsáveis pelo aparecimento das enfermidades. No século XIX inicia-se a fase bacteriológica que de acordo com Ponte (2010) se constituíram de práticas que foram amplamente incorporadas ao cotidiano das populações, tais como:

[...] a esterilização de chupetas e outros utensílios domésticos, o hábito de ferver o leite ou ainda a limpeza de ferimentos, nos revelam a presença da medicina pasteuriana na sociedade atual. Entretanto, antes de se tornarem hegemônicas, as teorias pasteurianas sofreram fortes resistências (PONTE, 2010, p.56).

Adolfo Lutz e Oswaldo Cruz, médicos, à época, aderiram às teorias de Pasteur na perspectiva de buscar combater as doenças na cidade portuária de Santos em 1889. No quadro das principais doenças da história da humanidade, a peste bubônica indubitavelmente ocupou um lugar de destaque.

Jaime Benchimol e Luís Teixeira (1993), citados por Ponte (2010) ressaltam que:

Com a missão de verificar a natureza dessa doença e as medidas necessárias para combatê-la, foram enviados a Santos especialistas em diagnósticos bacteriológicos: Adolfo Lutz, por São Paulo e Oswaldo Cruz, pela União. O diagnóstico identificou a doença como a temida peste bubônica que no passado havia varrido a Europa deixando atrás de si um rastro de milhões de mortos (PONTE, 2010, p.57).

Entretanto, os resultados dessa significativa experiência foram questionados por líderes locais que acreditavam que as consequências decorrentes de tais resultados poderiam comprometer a imagem dos portos brasileiros, acarretando grandes prejuízos econômicos. Ideias diretamente relacionadas ao projeto reformador e civilizador proposto para o País. Posteriormente, outros experimentos realizados em Hong Kong (China) descobriram o soro antipestoso como mostra a ANVISA (2007):

Ao voltar da Europa, Oswaldo Cruz encontrou o Porto de Santos assolado por violenta epidemia de peste bubônica, e logo se engajou no combate à doença. Para fabricar o soro antipestoso, foi criado, em 25 de maio de 1900, o Instituto Soroterápico Federal, utilizado pelo governo brasileiro em combate ao quadro epidemiológico vivido pelo País. Em 1902, Cruz assumiu a direção geral do novo Instituto. Este, por sua vez, ampliou suas atividades, não mais restringindo-se à fabricação de soro antipestoso, mas dedicando-se também à pesquisa básica aplicada e à formação de recursos humanos (Almanaque de Vigilância Sanitária - ANVISA, 2007, p.10).

É nesse cenário, de grande valorização da ciência e das pesquisas, que se inicia a gestão de Rodrigues Alves (1902-1906), um representante da

oligarquia⁵ cafeeira paulista que, inclusive, havia perdido uma filha vitimada pela febre amarela e também por isso, demonstrava muito interesse pelo avanço da ciência no campo do combate as doenças epidêmicas e pela Saúde Pública (SCLIAR, 2002, p. 52; PONTE, 2010, p.60).

Do ponto de vista de Bertolli Filho (2003, p. 16), “tratava-se, na verdade, de definir estratégias para melhorar as condições sanitárias das áreas vitais para o desenvolvimento da economia nacional – as cidades e os portos”. Nesse sentido, as oligarquias da República Velha buscaram apoio na ciência da higiene para examinar detidamente o ambiente físico e social das populações urbanas visando intervir na situação para combater as epidemias em prol da sobrevivência dos trabalhadores e do desenvolvimento econômico do País.

As oligarquias possuíam alto poder aquisitivo destinaram grandes verbas para a área da Saúde Pública. Segundo este autor, foram as maiores quantias já investidas na Saúde Pública, em relação ao total de recursos anuais aplicados por um estado brasileiro. Estes recursos foram empregados para a aquisição de equipamentos e pagamento de funcionários especializados com vista a proporcionar um serviço sanitário de maior controle nas fiscalizações das ruas, casa, fábricas, hospitais, no combate as epidemias.

Nessa condição, apenas os médicos que eram habilitados poderiam tratar da saúde da população, fato este que promoveu, assim, a institucionalização da medicina. É nessa conjuntura que a medicina começa a ganhar forte poder de intervenção na sociedade, diferenciando-se, cada vez mais, do vasto grupo de pessoas (curandeiros, parteiras, benzedeadas, entre outros) que se dedicavam a cura e ao combate dos enfermos (PONTE, 2010, p.62).

Segundo Lopes e Polito (2007, p. 603-604)) nesse período no Brasil ganha impulso os estudos sobre a vacina. Em 1804 a vacina chega pela primeira vez ao Brasil mandada pelo governo de Portugal e em 1828, após seu melhoramento pelos membros da Junta Vacínica, acontece sua introdução. Contudo, há muito tempo a Europa já desfrutava dos benefícios da vacina e

⁵Oligarquia: Grupo social formado por grandes capitalistas, geralmente latifundiários, que detêm amplo controle político e econômico de um estado ou de uma região (BERTOLLI Filho, Claudio. 2003, p.16).

arrancava à morte milhares de inocentes, condenados a serem vítimas do terrível flagelo das bexigas.

Edward Jenner (1749-1823), médico inglês, após anos de estudos apresentou no ano de 1796 os excelentes resultados que tivera após suas experiências de inoculação com matéria vacinal. “devido aos bons resultados relatados em um artigo publicado por ele em 1798 a difusão pelo mundo se tornou espantosamente rápida” (ROSEN, 1994, p. 151).

Porém, o governo de Portugal nunca se lembrara de transmitir ao Brasil a mais útil das descobertas humanas, quando, aliás, nenhum país mais do que ele carecia deste salutar invento ou se atendesse às vantagens da população ou ao perdimento de imensas somas na mortandade contínua de escravos, que este flagelo devorava (LOPES; POLITO, 2007. p.603-604).

No alvorecer do Século XX, as enfermidades como a varíola, a febre amarela e a peste bubônica ainda assolavam as principais cidades brasileiras. Com o objetivo de controlar as endemias tendo em vista potencializar as exportações brasileiras, segundo Ponte (2010, p.60), as campanhas de vacinação de massa funcionaram como estratégia fundamental da Saúde Pública e tinham como objetivo a busca pelo controle da salubridade local, não somente, nas cidades portuárias como as do Rio de Janeiro e em São Paulo.

Segundo Polignano (2001, s/p) este modelo de intervenção ficou conhecido como campanhista, e foi concebido dentro de uma visão militar em que os fins justificam os meios, e no qual o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação. Os trabalhos de desinfecção realizados pelo serviço municipal de queimar os colchoes e roupas dos doentes causavam revoltas na população. Isto levou o próprio presidente Rodrigues Alves chamar Oswaldo Cruz ao Palácio do Catete, para, apesar de acreditar no acerto da estratégia do sanitarista, não continuar com a medida de queimar os colchões e as roupas dos doentes, uma vez que a população se sentia humilhada e revoltada.

Ainda segundo o mesmo autor, nesta mesma conjuntura, a onda de insatisfação se agrava com outra medida de Oswaldo Cruz, a Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, que instituiu a vacinação anti-varíola obrigatória para

todo o território nacional. Surge, então, um grande movimento popular de revolta que ficou conhecido na história como a Revolta da Vacina.

Apesar de ser chamado de Revolta da Vacina, na verdade a população pobre já não suportava todas as medidas coercitivas a que era submetida e a reação, em especial, se deu devido aos abusos da repressão diária.

Scliar (2002, p.83), acrescenta que era a demonstração de que os pobres urbanos também sabiam que as leis vigentes tinham dois pesos e duas medidas e que a violência do cotidiano pouco diferia daquela experimentada no **Império escravidão**⁶. A nova ordem republicana continuou vendo-os negativamente, de “costumes bárbaros” e origem africana.

Contudo, apesar das arbitrariedades e dos abusos cometidos, o modelo campanhista obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas, conseguindo inclusive erradicar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro, o que fortaleceu o modelo proposto e o tornou hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva durante décadas.

Neste período, Oswaldo Cruz procurou organizar a Diretoria Geral de Saúde Pública, criando uma seção demográfica, um laboratório bacteriológico, um serviço de engenharia sanitária e de profilaxia da febre-amarela, a inspetoria de isolamento e desinfecção, e o instituto soroterápico federal, posteriormente transformado no Instituto Oswaldo Cruz (POLIGNANO, 2001, s/p).

Nas primeiras décadas do Século XX, a saúde ordenada pelo governo se caracterizou como sanitarismo campanhista⁷ que visava combater as epidemias para atender as demandas das exportações de café, produto de destaque na economia brasileira. O Brasil vivia basicamente da monocultura do café e o campanhismo trazia consigo a ideia de que a mobilização dirigida para finalidades específicas poderia obter vitórias expressivas contra as doenças que fossem foco de sua atenção (PONTE, 2010, p.104).

⁶ *Grifo próprio.*

⁷ As campanhas eram organizadas segundo rígidos padrões que seguiam moldes militares. As brigadas sanitárias esquadriavam o cenário de guerra, estendendo suas ações a todos os recantos do território a ser conquistado. Essa modalidade de intervenção no quadro sanitário e epidemiológico de determinada região marcou profundamente a trajetória da saúde pública nacional, ficando conhecida como *sanitarismo campanhista* (PONTE, 2010, p.104).

Para Silva (1996, p.13) a conjugação das doenças pestilenciais com as doenças de massa gerava um grave quadro de morbidez, a tal ponto que passou a interferir nas possibilidades de desenvolvimento da economia cafeeira. Nesta direção, a intervenção do Estado no quadro sanitário do país, herdado ainda do período imperial, vai se dá através de órgãos centrais, que buscam intervir nas doenças coletivas da população visando o desenvolvimento da economia do café.

A industrialização brasileira nesse período ainda estava vinculada à produção cafeeira e aos capitais derivados dela. O café constituía praticamente o único produto brasileiro de exportação, conseqüentemente exercia grande importância para a economia do país. Com a crise de 1929 que atingiu principalmente os cafeicultores houve grande desemprego, por conseguinte provocou o êxodo rural que intensificou o crescimento dos centros urbanos. Diante desse processo, a indústria brasileira começou a diversificar-se, no entanto, limitava-se somente à produção de produtos que empregava pouca tecnologia, como setor têxtil, alimentício, além de fábricas de sabão e de velas” (BENTES, 2012, p.22).

O processo de industrialização e as migrações aumentaram consideravelmente não apenas a quantidade de consumidores nos grandes centros urbanos, mas, novas demandas, maior produção de bens (produtos) de consumo para população. Segundo Levy (1974, p.54) nesse período a chegada de imigrantes europeus no Brasil em busca de trabalho contribuiu para o processo de urbanização e o crescimento industrial.

Para Saraiva (2015, p. 30) a urbanização modifica as relações de produção sem ser suficiente, entretanto, para transformá-las, dando lugar a novas contradições. No seu entendimento, o modelo de desenvolvimento que se processa no país a partir da década de 30, mais especificamente após a Segunda Guerra Mundial, tem por característica a qualidade de ser superexcludente, principalmente porque o tipo de tecnologia empregada é poupadora de mão de obra, gerando uma quantidade de empregos industriais bastante diminuta.

Em conseqüência o capitalismo se expande transformando apenas pequenas parcelas da força de trabalho em trabalhadores assalariados, liberando grande parte da mão de obra vinculada às relações de produção tradicionais, que não consegue se transformar em assalariada.

Com a intensificação do processo industrial, essa mão de obra passa a fazer parte das atividades integrantes do setor terciário da economia, de modo especial, as ocupações autônomas do comércio de mercadorias, os pequenos serviços de reparação e manutenção e os empregos domésticos. Além dos desempregados, dos subempregados e dos trabalhadores ocasionais que caracterizam o cenário urbano (SARAIVA, 2015, p.31).

A autora ressalta ainda que as consequências do processo elitista nacional de desenvolvimento, em suas vinculações com o processo urbano-industrial são facilmente visíveis. Nos primórdios da industrialização e até a atual etapa das cidades globais, são flagrantes as manifestações da desigualdade social, que se expressam na multiplicação dos “aglomerados subnormais”, nos índices de pobreza, miséria, migrações, desemprego, auto-emprego, que evidenciam, enfim as contradições do sistema capitalista.

Segundo Levy (1974, p.54) diante desse processo, uma das funções atribuídas à Saúde Pública nesse período foi o da higienização e da disciplinarização das cidades e de seus habitantes, auxiliando na promoção da ordem frente à reorganização dos modos de se viver nas cidades.

Com a justificativa de construir um povo saudável e produtivo, nos primeiros anos da década de 1920 a corrente médico-sanitária distinguiu o papel de atuação da medicina e da Saúde Pública, conforme esclarece Merhy e Queiroz (1993):

Medicina e Saúde pública eram entendidas como campos distintos; a primeira para curar através de clínica, patologia e terapêutica, e a segunda para prevenir doenças, prolongar e promover a saúde através da higiene e da educação sanitária (MERHY e QUEIROZ, 1993, p.178).

O Estado, então, assume o problema da Saúde Pública Nacional, a fim de minimizar os impactos econômicos gerados a partir das endemias. Conforme Ponte (2010, p.113) “o Estado chama para si a responsabilidade pelo combate aos males que travavam o desenvolvimento do setor agroexportador”.

Carlos Chagas comandou a Reforma Sanitária (1921-1923) promovida pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, cujas atribuições consistiam em realização de propagandas sanitárias, serviços de higiene infantil, saneamento urbano e rural, fiscalização hospitalar e combate as epidemias rurais (SILVA,

1996, p.14). Para Campos; Santo e Mantovani (1987), a frente do Departamento Nacional de Saúde (DNS), Carlos Chagas:

Procurou dotá-lo de serviços que atendessem, por um lado, às demandas sanitárias do progresso econômico; e por outro, às reivindicações das classes populares urbanas, com seus interesses filtrados pelas ideias dos sanitaristas (CAMPOS; SANTO; MANTOVANI, 1987, p.28).

Neste período, de reforma sanitária, tem início a organização da proteção social com o surgimento das Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAPs, que se configuram como sendo o embrião do Seguro Social, correspondendo ao primeiro período da história da Previdência brasileira.

A seguridade social passa a ser mais uma alternativa da organização dos movimentos operários no Brasil, pois conforme Silva (1996):

Antes disso no Brasil não havia nenhum tipo de obrigação do empresariado de amparar seus funcionários que, em casos de doenças recorriam por conta própria ao auxílio prestado por instituições assistencialistas e filantrópicas, como as, Santa Casas de Misericórdia (SILVA, 1996, p.24).

Essa política de seguridade social se voltou para a concessão de benefícios pecuniários, como aposentadorias e pensões, e da prestação de serviços médico-assistenciais, conforme a autora citada. Anterior a este movimento existia no Brasil o mutualismo⁸.

O seguro social, então, contemplava apenas o trabalhador formal e tinha como objetivo principal muito mais o fato de impedir o surgimento de tensões políticas e sociais dos movimentos dos trabalhadores que beneficiar os trabalhadores.

Posteriormente, através da Lei Eloy Chaves⁹, Decreto nº 4.682 de 24 de janeiro de 1923 tem-se o marco inicial da Previdência Social através das

⁸ Forma embrionária de organização operária que surgiu no final do séc. XIX e início do séc. XX. Inicialmente com objetivos assistenciais, evoluiu para reivindicações mais amplas como melhoria das condições gerais de vida dos trabalhadores (Possas, 1989, p.197).

⁹ A Lei Eloy Chaves, nome do deputado por São Paulo que a propôs, determinava que cada empresa ferroviária do país criasse um fundo de aposentadoria e pensão, uma CAP, sendo apontada como marco inaugural da previdência no país. Em 1926 essa determinação se estende a outras categorias, como marítimos e portuários (REIS, 2010, p.123).

chamadas CAPs (CAMPOS; SANTO; MANTOVANI 1987, p.28). Conforme corrobora Ponte (2010):

Com a promulgação da Lei Eloy Chaves, proliferou as Caixas de Aposentadoria e Pensões, vinculadas a grandes empresas, destinava-se a fornecer serviços de assistência médica e de seguridade social aos trabalhadores e seus dependentes, em troca de contribuições mensais efetuadas pelos empregados e empregadores (PONTE, 2010, p.118).

A primeira CAP criada foi a dos ferroviários, explicado pela importância que este setor desempenhava na economia do país à época e pela capacidade de mobilização que a categoria dos ferroviários possuía. Dessa forma, através do Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923 ficou estabelecido, em seu texto, no Art.1º. “Fica *creada* em cada uma das *empresas* de estradas de ferro existentes no *paiz* uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados¹⁰” (BRASIL, 1923).

As CAPs possuíam administração própria para os seus fundos, “era formada por um conselho composto de representantes dos empregados e empregadores e tratava-se de um sistema formado por empresas, restrito ao âmbito das grandes empresas privadas e públicas” (POSSAS, 1981, s/p). Dessa forma, as CAPs eram administradas por uma comissão composta por três representantes de empresas, um dos quais assumia a presidência da comissão, e os outros dois eram representantes dos empregados, eleitos diretamente a cada três anos.

No final desta mesma década o Estado efetivou uma parceria com a Fundação Rockefeller, dos Estados Unidos, para o combate as grandes endemias. Scliar (2002, p.56), destaca que a Fundação tinha uma linha de ação voltada para o controle de doenças transmissíveis como febre amarela, malária e parasitoses, com ação pontual apenas na região Norte do país. Além do controle de doenças a fundação oferecia assistência pré-natal às gestantes, cuidados de puericultura, realizava campanhas, vacinas e outros serviços que contribuíram de forma significativa para a redução das doenças parasitárias (SCLIAR, 2002, p. 57).

¹⁰ Texto original e na íntegra do Art.1º - Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923.

Doutora em História das Ciências e da Saúde, Gazêta (2006, p.52) endossa essa afirmação assinalando que no final da década de 1920, além do combate as grandes endemias o país vivia um período de profundas mudanças no cenário nacional, o Brasil vivenciou um processo de urbanização, industrialização acelerado e no campo da economia, as periódicas crises do café provocavam as constantes desvalorizações de nossa moeda e ampliando as divergências políticas, à medida que colocava em campos opostos cafeicultores e industriais.

No campo da política, a organização oligárquica que surgiu no início da República começou a ser minada pela ação das camadas médias urbanas, que passavam a ver com maus olhos o poderio rural e começavam a reivindicar mudanças na estrutura oligárquica coronelista da nação (GAZÊTA, 2006, p.52).

Neste contexto de crise política e de desenvolvimento urbano-industrial, a Saúde Pública modificou a máquina estatal e incorporou os serviços de atenção à saúde da população. Em 1925, com o Serviço Sanitário de São Paulo, inaugura-se a primeira reforma da fase chamada médico-sanitária, cujo projeto de saúde encontra-se claramente vinculado às ações da Educação Sanitária, realizadas através dos Centros de Saúde (NUNES, 2000, p.259). O Estado passa a atuar, desta forma, através de campanhas governamentais, adotando o formato de ações educativas em saúde. Esta prática torna-se uma das principais contribuições para a Saúde Pública no Brasil, pois através dela criaram-se:

Postos municipais de saúde de atendimento permanente, onde cada posto municipal devia oferecer atendimento abrangente visando o controle sanitário, à prevenção, o controle e tratamento de doenças endêmicas, vacinação e exames laboratoriais. Uma resposta às deficiências das campanhas sanitárias (BERBEL; RIGOLIN, 2011, p.31).

Segundo Finkelman (2002, p. 43-44) as ações de Saúde Pública no período de 1889-1930 assinalado como Primeira República, podem ser identificadas em duas fases, a primeira voltada ao combate às epidemias urbanas e a segunda, ao saneamento rural.

Souto (2004, p.22), ressalta que “as práticas sanitárias, durante o período acima, são consideradas predominantemente campanhistas, consolidando-se por mecanismos coercitivos”. As ações de saúde na República Velha ficam

baseadas, então em leis, decretos, poder de polícia e, sobretudo no campo ideológico, desta forma, não se vê medidas para atacar de fato a verdadeira causa das doenças ocasionadas no período.

É fato que essas ações, em certa medida, mostravam resultados significativos no controle dos agentes etiológicos e de vetores causadores de doenças, porém não se tinha um planejamento de erradicar essas doenças com medidas efetivas como, por exemplo, a implantação de um sistema de saneamento básico.

Entre os principais resultados do movimento de reforma da saúde durante esse período, pode-se destacar a consolidação da imagem de uma sociedade marcada pela presença das doenças transmissíveis, apesar das ações realizadas. O final dos anos 1920 é marcado também pela nova conformação da política brasileira que muda o foco das ações no campo da saúde. A ditadura de Vargas a partir dos anos 1930 priorizará a saúde individual e a aceleração da economia, pois segundo Vargas, “até então, o Brasil era um país semicolonial, agrário, exportador de matérias-primas e importador de manufaturas” (SCLIAR, 2002, p.57). Os problemas de saúde na Era Vargas, serão visto como mera consequência do desenvolvimento econômico.

2.4. A Era Vargas (1930-1945) e as Políticas Públicas de Saúde

A Era Vargas, como é chamada, compreende o governo do político brasileiro Getúlio Dornellas Vargas (1852-1954). Este governo se divide em três períodos distintos. O primeiro conhecido como Provisório (1930-1934), o segundo como constitucional (1934-1937) e o terceiro Estado Novo (1937-1945).

Durante a década de 1930, Vargas comandou um movimento no sentido de romper com a política caracterizada como do café com leite¹¹, movimento este

¹¹ A política do café com leite foi uma política de revezamento do poder nacional executada na República Velha entre 1898 a 1930, por presidentes civis fortemente influenciados pelo setor agrário dos estados de São Paulo - mais poderoso economicamente, principalmente devido à produção de café - e Minas Gerais - maior polo eleitoral do país da época e produtor de leite. Revezavam-se no poder representantes do Partido Republicano Paulista (PRP), e do Partido Republicano Mineiro (PRM), que controlavam as eleições e gozavam do apoio da elite agrária de outros estados do Brasil (OTHON, 2004, p.33).

que ocasionou mudanças na estrutura do Estado. Segundo Polignano (2001, s/p) estas mudanças tinham como objetivo promover a expansão do sistema econômico, a partir do estabelecimento de uma nova legislação que ordenasse a efetivação dessas mudanças. O rompimento com a República Velha se deu, sobretudo, pelo agravamento da crise econômica de 1929 e pelo crescimento das camadas sociais urbanas que exigiam mudanças no sistema eleitoral de modo a acabar com o coronelismo¹², passando a reivindicar maior participação nas decisões governamentais.

Nesse mesmo ano a Saúde Pública foi anexada ao Ministério da Educação, através do Departamento Nacional de Saúde Pública. Com isto, na década de 30, foram criados inúmeros sanatórios para tratamento de doenças infectocontagiosas como a tuberculose e a hanseníase, para onde eram removidos, principalmente, os pobres que não tinham condições de serem isolados em casa. Somando-se a estes os manicômios públicos já existentes, caracterizando a inclusão do modelo hospitalar de assistência médica.

O modelo de assistência manicomial tinha como prática a retirada dos “doentes mentais” do convívio social para colocá-los em local específico, manicômio, cuja legitimação do tratamento, baseado em confinamento era permitido, pois dentro de uma lógica de produção estas pessoas, “doentes mentais”, não faziam parte do sistema produtivo e reprodutivo da sociedade.

Numa sociedade competitiva, sob a égide do modo de produção capitalista, aquele que não produz, não tem rendas e, além disso, carrega o estigma de ser doente mental, não tem inserção social. Então passa a ser visto como ocioso, improdutivo, inútil, sem cidadania (GONÇALVES; SENA, 2001, p.52).

Para Silva Filho (2001, p. 91), a positividade do alienismo "constituiu-se praticamente em responder a uma demanda social e política que objetivava controlar, sem arbítrio, a desordem social configurada no personagem do louco". A função exclusivamente segregadora do hospital psiquiátrico nos seus primeiros quarenta anos de existência, no Brasil, aparece, também na década de 1930 com

¹² Tradição de controle político pelos grandes proprietários de terras que ditavam as normas de exercício do poder que representavam os interesses capitalistas predominantemente agrários (POLIGNANO, s/d, p.4)

o início da privatização dos serviços de saúde, onde será oferecido um tratamento de saúde para dois grupos distintos, sendo o primeiro àqueles que possuam uma categoria profissional, e o segundo configurando-se pelos sem trabalho, ficando a eles destinados um serviço de atendimento de saúde menor qualidade, oferecido pelas casas de caridade.

Neste mesmo período, na Era Vargas, foram implantados também os Departamentos Estaduais de Saúde, precursores das futuras Secretarias Estaduais de Saúde, implantando-se, progressivamente, uma rede de postos e centros de saúde estaduais, voltados ao controle das doenças endêmicas e epidêmicas (CHIORO; SCAFF, s/d, p. 3). Assim como, a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões e os Institutos de Previdência que conforme Bertolli Filho (2003, p.33) “sob a tutela do Estado, esses órgãos garantiam assistência médica a uma parcela da população, sem gastar verbas da administração federal”.

Durante o segundo governo, Vargas conduziu o país praticamente através de decretos e no ano de 1937 foi instituída a ditadura do Estado Novo que durou até o final da Era Vargas em 1945, marcado, no campo político, como um governo ditatorial, no qual adotou como doutrina oficial o corporativismo (REIS, 2010, p.p.130-132). Através da chamada Carta de 37, imposta por Vargas, em 10 de novembro de 1937 Othon (2004), relata que:

Acabava com o sistema republicano federativo, extinguiu os partidos políticos e o parlamento, restringia a manifestação do pensamento, intensificava a repressão aos crimes contra a segurança nacional, previa a nomeação de interventores para as unidades federativas, punia os estados que não arrecadassem o suficiente para manutenção dos seus serviços, transformando-os em territórios, e instituiu o corporativismo e o sindicalismo profissional urbano, rompendo, assim, com a tradição liberal imperial de 1824 e a liberal republicana de 1891 (OTHON, et al. 2004, p.89).

No intuito de disfarçar seu autoritarismo, o governo utilizou-se das políticas populista, a fim de se justificar perante a sociedade. Este modelo de política é geralmente associado a governos tido como “demagógicos” ou “manipuladores de conflitos”. Vargas é tradicionalmente considerado o exemplo mais típico do populismo brasileiro.

Apesar de ter governado o Brasil por praticamente duas décadas, Getúlio Vargas é sempre o mais lembrado para exemplificar o populismo, posto que é marcado por episódios simbólicos de vulto, como a campanha da Petróleo Brasileiro S.A (Petrobras), a criação do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDE), a greve dos “300 mil”¹³, a ascensão de João Goulart como Ministro do Trabalho e sua demissão, por pressão do “Manifesto dos Coronéis”, sem contar a radicalização política cujo desfecho foi seu suicídio (FONSECA, 2011, p.57).

Conforme Bertolli Filho (2003, p. 30) Vargas buscou centralizar a máquina governamental e também bloquear as reivindicações sociais. Para isso recorreu a medidas populistas, através das quais o Estado se apresentava como pai, como tutor da sociedade, provendo o que julgava ser indispensável ao cidadão.

Para Arretche (1998, p.35-36) uma parcela significativa da população brasileira à época era analfabeta, não tinha direito a voto e nem de reivindicar suas demandas, cabia ao Estado tomar as decisões que considerava cabíveis ao povo. Nessa condição, o governo que rompeu com a ditadura da República Velha e discursava a favor da participação popular, na verdade, defendia os interesses de uma minoria da sociedade, ficando a cargo da elite dominante tomar as decisões políticas e econômico-sociais do país.

Nessa direção, dadas às dimensões da pobreza brasileira e, portanto, da população-alvo dos programas sociais a responsabilidade pública pela gestão de políticas sociais passou a ser um dos elementos da barganha federativa. O Estado Novo foi sustentado, portanto, por um projeto social de recorte autoritário, com ações voltadas para a arena dos direitos sociais, entendidos como necessários ao processo de industrialização em curso no país (SARAIVA, 2015, p.70).

Para realizar esse projeto o Governo Vargas, decretou uma nova Constituição (1937), que difere basicamente da Constituição de 1934, pela possibilidade de intervenção direta do Estado no exercício desses direitos, a partir do projeto econômico e social do Estado Novo. Para atender os objetivos do projeto social, é dada ênfase a área trabalhista. São ampliados os benefícios às

¹³ A “greve dos 300 mil” abrangeu metalúrgicos, têxteis, marceneiros, gráficos, carpinteiros, operários nas indústrias de borracha, cristais, vidros, papéis, massas alimentícias e outras categorias, e durou quase um mês, sendo encerrada com a assinatura de um acordo em 23 de abril de 1953 (ALVES, 2015, p.386)

classes menos favorecidas, o governo centra suas políticas públicas aliadas às políticas populistas, atribuindo a Vargas o apelido de “pai dos pobres” (BERTOLLI Filho, 2003, p.34).

Conforme Hochman (2005, p.2) o Estado Vargas produziu ativamente a identidade dos “trabalhadores do Brasil”. Associando trabalho e direitos de cidadania e enfrentando como prioridade a “questão social”, construiu o mito de Vargas como “pai dos pobres” e uma política que supunha um Estado forte que intervém e organiza os interesses sociais em conflito, produz compromissos, constituindo-se como ente mais autônomo em relação à sociedade.

Mesmo com todo déficit apresentado no campo da saúde, a atuação do Governo Vargas obteve avanços significativos se comparado aos períodos anteriores. Diante disto, como já dito anteriormente, o presidente foi intitulado de “pai dos pobres” já que em certa medida o seu governo conseguiu atender a uma camada da população que antes era completamente desamparada e sem garantias legais de acesso aos serviços de saúde.

Segundo Saraiva (2016, p.70) em nome da proposta trabalhista e social, posteriormente seguindo esta proposta, é regulamentado o salário mínimo, e criada a CLT (1943) – Consolidação das Leis do Trabalho, que reúne toda a legislação trabalhista. Entre os direitos garantidos, estão o salário mínimo, a carteira de trabalho, a jornada de oito horas, férias remuneradas, a previdência social e o descanso semanal. A CLT regulamentou ainda o trabalho da mulher e do menor e estabeleceu a obrigatoriedade do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS).

Paralelo a esta situação, a conjuntura de crescente êxodo rural e do processo migratório de nordestinos para a região centro-sul do país, acelerou o processo desordenado de urbanização, desencadeando a formação de favelas nas grandes cidades como São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte e, por conseguinte de pobreza. “Esse processo reforça a importância econômica e financeira da região Sudeste, contudo, agravam os problemas sociais e os desequilíbrios regionais vigentes ainda nos dias atuais” (AGUIAR, 2011, p.23).

Devido ao crescimento do processo de urbanização e da industrialização nas grandes cidades, aumentam-se os riscos e problemas de saúde do

trabalhador urbano que muitas vezes vindo da zona rural e estabelecido em locais sem saneamento adequado e com poucas condições de infraestrutura para moradia, enfrentam conforme Aguiar (2011, p.24), “os problemas mais antigos de saúde da população (doenças endêmicas e epidêmicas), que foram, também, acrescidos outros, tais como: estresse, desnutrição, verminoses, entre outros”.

No campo específico da Saúde Pública, segundo Scliar (2002, p. 57), o Governo Vargas muda o foco de interesse da Política Pública de Saúde, do coletivo para o individual. Já não é mais a saúde coletiva que conta, mas a individual. Há uma separação clara entre Saúde Pública - centrada na erradicação de doenças infectocontagiosas, endemias ou epidemias - e assistência médica previdenciária, de caráter individual, destinada aos indivíduos acometidos por doenças que lhes impediam de trabalhar.

Amélia Cohn et al., (2015, p.18) reforça que havia uma grande dicotomia neste período, principalmente no que se refere a divisão de responsabilidades público *versus* privado com a Saúde Pública. Ao Estado ficam reservadas as medidas coletivas de saúde, particularmente as de controle daquelas endemias que se configuram como sério obstáculo para o florescimento das atividades econômicas agroexportadoras. E a assistência médica individual, cabia a responsabilidade do seguro social em sua quase totalidade, financiada por recursos advindos das contribuições.

A assistência individual, no entanto, não estava sob o controle do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), mas, do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC). Fato que confirma as transformações ocorridas neste período, mas, especialmente no campo da economia, resultando num acelerado processo de industrialização e de urbanização, onde todas as estratégias de governo eram voltadas para atender as demandas do setor econômico.

Nessa perspectiva, para Scliar (2002):

As medidas propostas por Getúlio (salário mínimo, codificação da legislação trabalhista, pensões e aposentadorias) não foram realizadas para ter impacto direto na área da saúde. Aos poucos, porém, os vários Institutos de Aposentadoria e Pensões (dos industriários, comerciários, bancários, marítimos) foram introduzindo serviços de assistência médica,

o que se destinava tanto a preservar a higidez da classe trabalhadora como a proporcionar retorno político (SCLIAR, 2002, p.58).

Em 1935, Gustavo Capanema¹⁴ frente à gestão do Ministério da Educação e Saúde Pública implementa em 1937 a reforma do MESP, marco definitivo no processo de construção institucional da Política de Saúde Pública. Através dessa reforma, definiu rumos para a Política de Saúde Pública, reformulou e consolidou a estrutura administrativa e adequou aos princípios básicos da política social do Estado Novo. Foi a partir dessa reforma que o Ministério passou a se denominar MES - Ministério da Educação e Saúde (HOCHMAN; FONSECA, 1999, p. 82).

Em 1941 ocorreu a segunda grande reforma com a criação dos Serviços Nacionais¹⁵ que verticalizaram as campanhas de combate a doenças específicas e às grandes endemias. Segundo Hochmam (2005, p. 5) são essas duas reformas empreendidas por Capanema – uma mais geral da estrutura do MESP e outra mais específica nas ações de saúde – que definem e consolidam a estrutura administrativa e institucional da Saúde Pública no país até praticamente o ano de 1953.

Em termos institucionais, foram criadas as Delegacias Federais de Saúde, os Serviços Nacionais e a instituição das Conferências Nacionais de Saúde (CNS). A 1ª Conferência Nacional de Saúde realizou-se num período em que os setores de educação e saúde eram de responsabilidade de um mesmo Ministério de Educação e Saúde (MES) a conferência foi realizada em novembro de 1941,

¹⁴Gustavo Capanema tomou posse como novo gestor da área de educação e saúde e inaugurou uma nova fase na história institucional da saúde no país. Permanecendo no cargo até o final do primeiro Governo Vargas, em 1945, Capanema implementará reformas importantes, consolidando uma nova estrutura administrativa para a Saúde Pública que perdurará, com poucas alterações, até a criação, em 1953, do Ministério da Saúde (FONSECA, 2010, p.138).

¹⁵ Os serviços nacionais instituídos se constituíram dos seguintes: Serviço Nacional da Peste; Serviço Nacional de Tuberculose; Serviço Nacional de Febre Amarela; Serviço Nacional do Câncer; Serviço Nacional de Lepra; Serviço Nacional de Malária; Serviço Nacional de Doenças Mentais; Serviço Nacional de Educação Sanitária; Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina; Serviço Nacional de Saúde dos Portos; Serviço Federal de Bioestatística; e Serviço Federal de Águas e Esgotos. O Serviço de Febre Amarela e o Serviço de Malária do Nordeste antecederam a criação dos respectivos serviços nacionais, pois já haviam sido criados, vinculados às ações da Fundação Rockefeller. Ver Lei nº 378 de 13-1-1937. 30 Arquivo Gustavo Capanema, FGV/CPDOC, GC 34.06.21 F. Pasta VI.

por proposição de Gustavo Capanema, e o decreto de convocação estabelecia que seu objetivo seria:

Firmar princípios e entendimentos que articulem o Ministério da Educação e Saúde com as administrações estaduais, e, por intermédio destas, com as administrações municipais, tudo afim de que a educação e a saúde, em todo território do país, se organizem em termo de serviços públicos nacionais convenientemente racionalizados, mediante a cooperação das três ordens da administração pública, - a federal, a estadual e a municipal, - com a participação ainda dos serviços da iniciativa particular. (BRASIL, 1941).

Em 1942 foi criada a Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), um marco nas ações de Saúde Pública, que possibilitou a interiorização das ações de saúde no Norte e Nordeste do país, financiadas com recursos dos EUA (Estados Unidos da América), através de contrato com a Fundação Rockefeller, cujo interesse era a extração da borracha e do manganês, num momento crucial, de II Guerra Mundial e de descontrole da malária. Scliar (2002, p.57) afirma que:

Mediante acordo entre o governo brasileiro e a Rubber Reserve Co. – órgão do governo americano – o SESP tinha como objetivo principal o saneamento da Amazônia, a profilaxia da malária e a assistência médico-sanitária aos trabalhadores da região. O interesse por trás dessa medida era o de fomentar a produção da borracha, essencial para o esforço de guerra (SCLIAR, 2002, p.57).

Interiorizar a Saúde Pública – agenda clássica do sanitarismo - parecia ser possível com o incremento da presença do MES nos Estados e o formato institucional escolhido foi verticalizar essas ações que seriam especializadas por enfermidade a ser enfrentada, coordenadas por um núcleo central que residiria no Ministério e implementadas de modo hierárquico nos estados e nos municípios. Com intervenções políticas nos Estados, autoritarismo e com crescentes limites constitucionais às autonomias estaduais, seriam removidos os obstáculos para a realização do ideal centralizador do movimento sanitarista da década de 1920 (HOCHMAN, 2005, p.132).

Inicialmente, com a aprovação da Reforma em 1937 (Lei n. 378, 13/01/1937) o território brasileiro foi dividido em oito regiões, contando cada uma delas com uma Delegacia Federal de Saúde. As Delegacias tinham como função supervisionar as atividades necessárias à colaboração da

União com os serviços locais de Saúde Pública e assistência médico-social e com instituições privadas, além da inspeção dos serviços federais de saúde. Estavam assim distribuídas: (1) Distrito Federal e Estado do Rio de Janeiro; (2) Território do Acre e Estados do Amazonas e Pará; (3) Estados do Maranhão, Piauí e Ceará; (4) Estados do Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco e Alagoas; (5) Estados de Sergipe, Bahia e Espírito Santo; (6) Estados de São Paulo e Mato Grosso; (7) Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul e (8) Estados de Minas Gerais e Goiás. Suas sedes foram estabelecidas nas seguintes cidades: Rio de Janeiro, Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, São Paulo, Porto Alegre e Belo Horizonte (HOCHMAN 2005, p.132).

Com orientações desse Ministério, segundo Campos, Santo e Mantovanni (1987, p.29) as Caixas de Pensão agrupam-se por categorias dando origem aos Institutos de Aposentadoria e Pensões IAPs. A partir da criação dos IAPs as categorias profissionais de âmbito nacional, englobam as mais diversas categorias profissionais. Entre as diversas categorias, pode-se destacar segundo Reis (2010, p.123) a criação “dos Institutos de Aposentadoria e Pensão em 1933 dos Marítimos (IAPM), em 1934 dos Comerciantes e dos Bancários (IAPC) e (IAPB), em 1936 dos Industriários (IAPI), em 1938 dos Servidores do Estado (IAPSE)”.

Na perspectiva de Saraiva (2015, p. 69) toda iniciativa do Estado que tivesse como objetivo integrar e controlar a classe operária eram bem-vinda, tanto na concepção dos empresários, bem como dos empregados, pois contribuía para melhorar as condições de trabalho e da produtividade. Nessa direção, a política do governo Vargas centrou-se particularmente nas organizações das ações capital trabalho. Para tanto, criou, 1930 o Ministério do Trabalho (MT) cuja função básica seria harmonizar as relações entre empregadores e empregados. Nesse sentido, também gestadas as condições para instituição e formalização dos sindicatos.

Os IAPs, então formam parte de uma estratégia getulista para captação de indivíduos e Reis (2010, p.128), afirma que “esses órgãos de previdência haviam sido criados para servir aos trabalhadores e oferecer proteção, sinalizando para um importante serviço de garantia de direitos”.

O efeito disso foi uma ampliação significativa nas despesas dos institutos, que abandonam, ao longo desse período, a lógica da capitalização e adotam o regime de repartição financeira, decorrência do

aumento expressivo do número de filiados, do amadurecimento do sistema (pessoas começam cada vez mais a se aposentar e a fazer uso dos serviços), mas também de mudanças que diversificaram e incrementaram os planos de benefícios e serviços (REIS, 2010, p.129).

Os serviços e benefícios eram oferecidos apenas aos trabalhadores de carteira assinada, pois os que não a possuíam ou os que não tivessem uma categoria profissional ficavam a depender do atendimento público. Bertolli Filho, (2002, p.33) registra que “para esse trabalhador, restava à caridade pública, sendo qualificado pelos hospitais filantrópicos como indigente, triste rótulo para quem perdera a saúde e não tinha dinheiro para pagar o tratamento”.

É notória a desvalorização do povo brasileiro e o descaso do governo de Getúlio com a população da década de 1930. Saraiva (2015, p.70) evidencia também que “a posição ocupacional e o rendimento auferido pelo trabalhador, passam a ser critério para a inclusão ou exclusão de benefícios sociais, uma vez que sua vinculação formal de trabalho era a garantia de inserção nas políticas sociais”.

A Constituição de 1934 marca no campo dos direitos sociais algumas conquistas, porém estas conquistas são destinadas em sua maioria para o trabalhador urbano e formal. “Essa ampliação de direitos sociais se deu em relação a: *proibição de diferenças de salário mínimo, jornada de trabalho de oito horas, [...] repouso remunerado, férias anual remunerada, amparo aos desvalidos* (SARAIVA, 2015, p.70). Por traz destas medidas Vargas tinha o interesse de estimular o desenvolvimento econômico e o progresso do processo de industrialização do país.

É importante também observar que no Governo Getulista mesmo com as expansões no campo da Saúde Pública e suas estratégias de ações na interiorização por todo o território brasileiro, o País apresentava resultados não tão positivos. “Apesar da expansão da cobertura médico hospitalar aos trabalhadores urbanos e das novas técnicas no controle das endemias rurais, o Brasil permanecia como um dos países mais enfermos do continente” (BERTOLLI Filho, 2002, p.37).

De maneira precária o governo buscava marcar presença em todo país montando uma rede articulada entre as capitais e os municípios do interior. Esse

movimento se deu em 1937, através do DNS na direção geral de João de Barros Barreto¹⁶. Com base em Fonseca (2010, p.139) “a partir daí, teve início um período de intenso trabalho normativo, com elaboração de leis, regulamentos e códigos sanitários que objetivava padronizar os serviços de saúde”.

A prioridade atribuída pelo governo à especialização profissional servia de forma a impedir que políticos locais prejudicassem o processo de construção e desenvolvimento do país. “O próprio Barros Barreto defendia a especialização técnica como um recurso necessário para que as tarefas relativas à saúde pública fossem executadas somente por sanitaristas” (FONSECA, 2010, p.141).

A Saúde Pública toma caráter de estatização a partir do Estado Novo, último período da chamada Era Vargas. Há neste período uma ênfase nacionalista fortalecida na estrutura centralizadora do Ministério, da normatização dos profissionais mediante a regulação do governo federal, bem como o acompanhamento da formação e especialização dos profissionais do campo da saúde.

Essas preocupações e objetivos não eram exclusivos dos dirigentes políticos brasileiros, encontrando-se também presente em temas e diretrizes discutidos nos fóruns internacionais de saúde. Portanto, as mudanças realizadas gradativamente no campo da Saúde Pública, a partir da criação do (MESP) em 1930, acompanhavam um duplo movimento (FONSECA, 2010, p.143).

Nesse contexto de transformação na estrutura da Saúde Pública Nacional (SPN) atendendo também as diretrizes internacionais, decidiu-se por criar o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP¹⁷) que fora vinculado ao Ministério da Educação e Saúde (MES). Conforme Campos, Santo e Mantovani (1987. p.29) “no período pós-guerra, o SESP torna-se órgão permanente, passando a prestar assistência médico sanitária notadamente em zonas rurais”. As ações do SESP

¹⁶ A liderança de Barros Barreto à frente do principal órgão da área seria um importante fator para assegurar a continuidade das mudanças em andamento e das diretrizes adotadas posteriormente na condução das políticas públicas de saúde (FONSECA, 2010, p.139).

¹⁷ O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado em 1942 e financiado por americanos interessados na exploração da borracha na Amazônia. Além do combate à malária, o SESP desenvolveu outras ações de saúde pública nas regiões norte e nordeste do país e outras áreas de interesse estratégico para a economia (AGUIAR, 2011. p.25)

teriam desdobramentos importantes e deixaram marcas significativas no processo de institucionalização da Saúde Pública brasileira.

É interessante observar que durante esse longo período de Governo Getulista, estabeleceram-se as principais características da institucionalização da saúde no Brasil. No entanto, a Política de Saúde reforçava a dicotomia do sistema assistencial, de um lado as ações coletivas sob os “olhos” do Ministério e do outro as ações individuais sob a tutela dos Institutos. Evidenciando desta maneira o acesso de uma minoria aos serviços privados de saúde.

Nesse sentido, ressalta Cohn (2015):

É a partir desse momento que se tem origem uma característica crucial da saúde em nosso país: a concepção da assistência médica, muito mais restrita que saúde, como pertinente à esfera privada e não pública. Não se constitui, portanto, saúde como direito do cidadão e dever do Estado, mas sim a assistência médica como um serviço ao qual se tem acesso a partir da clivagem inicial da inserção no mercado de trabalho formal e para a qual se tem que contribuir com um percentual do salário, sempre por meio de um contrato compulsório (COHN, 2015, p.18).

É precisamente essa situação com que Bertolli Filho (2003 p.38) finaliza: “Apesar de o presidente – o “pai dos pobres” – declarar que cabia ao Estado preservar a saúde da população”, na prática isso acontecia precariamente. Muitos brasileiros continuavam a morrer sem receber ajuda médica necessária. Fato que ocorre ainda nos dias atuais, onde a população recebe uma saúde precária.

2.5. O contexto político, econômico e social da democratização e seus reflexos na Saúde Pública

Com o fim do Estado Novo de Getúlio Vargas, o Brasil teve seu primeiro processo de transição democrática (1945-1964), depois de oito anos de um governo ditatorial. A democratização ocorre ao mesmo tempo do fim da Segunda Guerra Mundial, com vitória dos Estados Unidos e de países aliados, sobre o nazismo (Alemanha) e fascismo (Itália) e este resultado teve intensa repercussão no mundo inteiro.

Segundo Bertolli Filho (2002, p.7) na ocasião da Segunda Guerra Mundial, de 1939 a 1945, o Brasil participou enviando, inclusive, soldados para o combate

na Europa. Esta situação levou a população questionar Vargas sobre a contradição dos brasileiros irem à guerra lutar contra as ditaduras de Hitler e Mussolini, enquanto em seu próprio país mantinha um governo ditatorial.

Nesse contexto, os regimes ditatoriais são enfraquecidos e um clima de democratização começa a fazer parte do cenário mundial. Não demorou, para que muitas reivindicações populares comessem a ocorrer no Brasil, o que ocasionou, em 29 de outubro de 1945, a deposição de Vargas (AGUIAR, 2011, p. 24).

Como consequências imediatas desta deposição, Skidmore (2003) elenca como mais relevantes que dominaria a política brasileira nos anos vindouros:

Em primeiro lugar, ainda que abandonasse a, cena, o personagem central da recente história do Brasil, a sombra da sua personalidade continuaria a dominar a política brasileira, durante os anos vindouros. Em segundo lugar, o afastamento de Vargas significava a criação de uma nova estrutura legal, para acompanhar a era democrática. Os brasileiros precisavam de uma Constituição para substituir o documento autoritário de Francisco Campos, de 1937. Os partidos políticos – os mais importantes veículos da democracia moderna – teriam que ser fundados e fortalecidos. Em terceiro lugar, a volta da política democrática ofereceria possibilidades para o aparecimento de desacordos e conflitos (SKIDMORE, 2003, p.79).

Em 18 de setembro de 1946 foi promulgada a nova Constituição brasileira, a quarta desde a promulgação da República em 1889. Com ela o Brasil volta à ordem democrática e liberal, contando com a independência dos três poderes e amplas liberdades civis, incorporando os benefícios que Getúlio Vargas já havia estabelecido para a classe trabalhadora durante sua gestão.

Apesar de democrática a Nova Constituição garantia apenas o poder de voto para os alfabetizados, ficando mais uma vez as decisões políticas e econômicas do Brasil por conta da elite dominante. “O eleitorado foi formado com a exclusão de mais da metade do eleitorado brasileiro, os analfabetos, somando-se a este os convocados para as forças armadas” (SKIDMORE, 2003, p.91).

O presidente eleito após a deposição de Getúlio Vargas, Eurico Gaspar Dutra, conservou a aliança estabelecida entre os Estados Unidos e o Brasil, caracterizada como subordinação brasileira aos “irmãos do Norte”. Em obediência a esta aliança e a lógica dos princípios econômicos liberais que vigoravam à

época, um plano de entrada de produtos estrangeiros é proposto visando o desenvolvimento do país. A partir deste plano a classe média e a elite brasileira passaram a consumir produtos importados supérfluos, como automóveis, utensílios domésticos e roupas. Além disso, em 1948 o governo, em nome dessa aliança, criou uma Comissão Técnica Mista (CTM) que teria como objetivo promover o desenvolvimento econômico brasileiro atrelado aos capitais e interesses norte-americanos (BERTOLLI Filho, 2002, p.16).

Em 1950, Dutra lançou o programa governamental de investimento conhecido como Plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia). De caráter econômico, o SALTE tinha como objetivo estimular e melhorar o desenvolvimento de setores de saúde, alimentação, transporte e energia por todo o Brasil, assim ajudar e melhorar as condições e qualidade de vida da população brasileira, através da promoção do desenvolvimento integrado desses setores, sendo a saúde considerada prioridade.

Contudo, segundo Aguiar (2011, p.26) a proposta de prioridade a saúde não se consolidou na prática, os recursos foram destinados para área dos transportes, sobretudo, para a construção da rodovia Rio – São Paulo, que passou a ser chamada de Rodovia Presidente Dutra e a conclusão da Rodovia Rio – Bahia. No setor energético, houve grande apoio financeiro de capital privado para estimular empresas concessionárias, em ascensão com o crescimento urbano. Visando ganhos econômicos para o País, a partir do investimento na eletrificação rural e urbana, o Plano SALTE foi responsável por aumentar em cerca de 40% a capacidade de geração de energia elétrica. À época foi construída a Usina Hidrelétrica de Paulo Afonso-BA, no Rio São Francisco.

Contraditoriamente, no âmbito da saúde, embora o plano tivesse como prioridade elevar o nível sanitário da população, as ações ficaram apenas no campo do combate à malária, doença que castigava as regiões nordestinas. Para tanto, Dutra empenhou uma campanha de erradicação com a compra de inseticidas de ação residual. Sem mais, no Rio de Janeiro, o presidente mandou construir o Hospital dos Servidores do Estado (AGUIAR, 2011, p.26).

Apesar dos grandes feitos, o Plano SALTE acabou fracassando por conta do agravamento da inflação gerada pela intervenção do Estado na economia.

Com um custo de vida maior e menor poder aquisitivo, a população – sobretudo urbana – ficou desgastada com a imagem do presidente Dutra, que se encontrava com uma popularidade muito baixa (SKIDMORE, 2003, p.99).

Diante da ineficiência do Governo, os movimentos sociais em constantes conflitos reivindicavam melhores condições de vida, de saúde, de educação e de trabalho. Além disso, a população urbana continuou a reclamar a falta de aumentos de salários e de fiscalização dos preços dos produtos básicos e dos aluguéis, afora, exigir a melhoria dos serviços de educação, sobretudo, de saúde, extremamente ineficazes (BERTOLLI Filho, 2002, p. 18).

É nesse contexto que se iniciam as discussões para o desmembramento do Ministério que cuidava simultaneamente da educação e da saúde. A população reivindicava a importância de um ministério específico com uma pasta para se discutir as problemáticas relacionadas a saúde. Com a proposta de centralizar as políticas do setor e estruturar melhor as respostas aos muitos problemas sanitários vividos pela população nacionalmente, o então Ministério da Educação e Saúde só vai ser desmembrado após dois no ano de 1953 (HAMILTON; FONSECA, 2013, p.1).

Em 1950 o Brasil inicia um novo período de disputas pela presidência da República. Vargas ressurgiu como candidato no novo cenário democrático brasileiro e conforme Skidmore (2003, p.108) a 3 de outubro travou-se a disputa eleitoral e Getúlio saiu vitorioso, começava em 1951 a chamada “Nova Era Vargas”.

Getúlio buscou em sua nova gestão maior aproximação com o povo, proferindo discursos para as massas como defensor da população carente. Porém, segundo Bertolli Filho (2002, p.25) foram poucas as medidas efetivas tomadas pelo antigo ditador para melhorar as condições de vida da população, sobretudo em se tratando da Saúde Pública. A proposta de separar o Ministério da Saúde do antigo Ministério da Educação e Saúde se concretiza. Segundo Aguiar (2011, p.27) de um lado, havia os defensores da continuidade do modelo do conhecido como sanitarismo campanhista e do outro os defensores do modelo sanitarismo desenvolvimentista.

O consenso em torno da necessidade de criação de uma pasta autônoma para a Saúde Pública estava relacionado ao clima geral de "otimismo sanitário" que se difundiu durante a Segunda Guerra Mundial. Os avanços na elaboração de vacinas e o desenvolvimento de antibióticos, sobretudo a penicilina, e inseticidas, como o Dicloro-Difenil-Tricloroetano (DDT), confirmavam a crença de que a medicina e a ciência levariam a humanidade a dar um grande salto na luta contra os micróbios, motivando uma confiança sem precedentes quanto à erradicação das doenças infecciosas (HAMILTON; FONSECA, 2013, p.2).

Conforme estas autoras, os serviços nacionais de combate às endemias reforçaram as argumentações de médicos e sanitaristas de que o subdesenvolvimento e a pobreza poderiam ser superados com a criação de um ministério específico, desvinculado da Educação, à qual se viam em condição subalterna, sem real autonomia. E que o novo ministério deveria ser comandado por um especialista na área e contar com maiores recursos orçamentários para promover as políticas sanitárias. Os pensadores da Saúde naquela época queriam juntar as ações do setor, antecipando o que muito mais tarde viria a ser o Sistema Único de Saúde. Queriam, por exemplo, reunir numa mesma estrutura os antigos Institutos de Aposentadorias e Pensões (como IAPI, IAPC, IAPTEC entre outros), que prestavam atendimento de saúde aos trabalhadores com carteira assinada, com o DNS, que atendia aos trabalhadores rurais e aos sem-carteira.

Com o desmembramento, caberia ao Ministério da Saúde (MS), preocupar-se em primeiro lugar com as zonas rurais do país, expandindo os serviços de saúde para além do combate às endemias e a assistência médica às populações das áreas interioranas não atendidas pela medicina previdenciária, eminentemente urbana e vinculada ao pagamento de contribuições trabalhistas (PONTE, 2010, p.147).

Segundo este mesmo autor, o que se percebe é que após a criação do novo Ministério a saúde não recebeu ações inovadoras, a atuação permaneceu na mesma perspectiva do antigo Departamento Nacional de Saúde. Para Ponte (2010):

Com suas ações centradas quase em sua totalidade nas zonas rurais, o Ministério que acabara de ser criado, mostrou-se incapaz de dar conta

dos novos desafios impostos pelo processo de modernização da economia e pela intensa urbanização (PONTE, 2010, p.148).

Aguiar (2010, p.27) ressalta que os poucos recursos destinados à pasta da saúde, o repasse de verbas irrisórias, limitavam sua atuação, permanecendo-se a pouca efetividade nas questões relativas à Saúde Pública, resultando na precarização dos serviços de Saúde Coletiva. As cidades contavam com poucos recursos para melhorar e expandir os serviços de água e esgoto, melhorar o saneamento básico que contribuía para a proliferação de doenças. Situação que se reflete na condição da Saúde Pública hoje.

A falta de repasse de recursos financeiros para área de Saúde Pública impedia que o Estado atuasse de forma eficiente e com eficácia na prestação dos serviços da Saúde Coletiva. Nesse contexto, faltavam funcionários especializados, equipamentos apropriados, postos de atendimento e, sobretudo, faltava ânimo dos servidores. Mesmo com o avanço institucional na criação do Ministério da Saúde, o Estado desconsiderava as necessidades e especificidades de atendimento à Saúde da população, seja ela urbana ou rural (BERTOLLI Filho, 2003, p.40). Ainda segundo este autor, outro agravante desta situação era o modelo clientelismo¹⁸, “com esse tipo de interferência política, importantes projetos eram interrompidos”, não tinha continuidade.

A volta de Vargas ao poder, através dos votos dos que o consideravam “pai dos pobres”, foi na verdade um mandato acompanhado por intensos conflitos e descredito da população, pois conforme estabelece Saraiva (2015, p.72-73) a população o elegeu acreditando no cumprimento de um programa na área social que beneficiaria particularmente os mais necessitados. Com o aumento das oposições ao governo e as constantes mobilizações sociais e “sem ver uma saída honrosa, Getúlio suicidou-se em 1954, *saindo da vida para entrar na história*,

¹⁸ Partidos ou líderes políticos trocavam ambulâncias, leitos hospitalares, profissionais de saúde e vacinas – muitas vezes em números bem superiores à demanda de uma região – por votos e apoio em épocas eleitorais. Ao mesmo tempo, outras áreas permaneciam totalmente sem assistência médico-sanitária (BERTOLLI Filho, 2002, p.41).

como mártir do nacionalismo, herói popular e pai dos pobres¹⁹” (AGUIAR, 2010, p.28).

Após a morte de Vargas, em 1956 através do voto, foi eleito Juscelino Kubitscheck que apresentava para o Brasil como *slogan* o lema “cinquenta anos em cinco”. Este *slogan* demonstrava o perfil nacional desenvolvimentista de Juscelino que prometia através de um Plano de Metas, avançar o desenvolvimento do Brasil nas mais diversas áreas do mercado nacional. Entretanto, reservou para os setores sociais apenas 4% para educação e 3% para alimentação (BERTOLLI Filho, 2002, p.38).

Conforme Evaldo Vieira (1995) citado por Saraiva (2015):

A questão social não se configurou uma preocupação central para esse Governo, pois seu plano de metas se referia particularmente à formação profissional como meta social a ser atingida, o que demonstrava sua preocupação, principalmente, concentrada na área da economia (SARAIVA, 2015, p.73).

Tanto Vargas quanto Kubitscheck colocaram em prática uma política ambígua, tonando-se alvos de intensas críticas de seus opositores. A direita os acusava de ceder às pressões dos sindicatos e a esquerda acusava, sobretudo, Juscelino de entregar o País aos interesses imperialistas (BERTOLLI Filho, 2002, p.62).

O governo de Juscelino Kubitscheck caracteriza-se pela ênfase no desenvolvimento e nas políticas sociais como paliativas. É importante salientar que esse desenvolvimento veio acompanhado de um processo inflacionário que teve como repercussão a queda de poder aquisitivo dos salários e também na qualidade de vida dos trabalhadores (SARAIVA, 2015, p.74).

Nesse contexto, a Saúde Pública obtém modestas conquistas e segundo Aguiar (2010, p.28), amplia-se assim o modelo médico-assistencial privatista que se tornou hegemônico a partir dos anos 60. Para Bertolli Filho (2003, p.44) o setor privado da medicina começou a pressionar o Governo Federal e os Governos Estaduais a restringir ou mesmo interromper os planos de construção de hospitais públicos. Os proprietários de casas de saúde defendiam a posição de que o

¹⁹ DULLES, John W. F. Getúlio Vargas: biografia política. 2. ed. Rio de Janeiro, Rennes, 1967. p.351-353.

Estado não deveria competir com a medicina privada, mas, ao contrário deveria apoiá-la por meio de doações e empréstimos a juros baixos para que os empresários criassem uma grande rede de clínicas e hospitais (BERTOLLI Filho, 2003, p.43).

O Estado seguindo a lógica do sistema econômico capitalista prioriza o setor privado em prol do público e a Saúde no Brasil passa a ter intensos investimentos na Saúde privada como afirma Ponte (2010, p.187), “instalasse um verdadeiro processo de drenagem dos recursos públicos que passam a capitalizar as empresas de medicina privada, transformado a Saúde em um negócio bastante lucrativo”.

As demandas sociais nos governos entre 1930 e 1964 são colocadas em segundo plano, pelos governantes, deixando a maior parcela da população sem o devido acesso aos serviços básicos de assistência social, como Educação e Saúde Pública. Ao final do ano de 1964, o Brasil era presidido por João Goulart, que encontrou dificuldades em atender as reivindicações do povo, como também atender as exigências da burguesia. Esses impasses governamentais colaboraram para a ocorrência de um novo período ditatorial, conhecido como o golpe de 64.

2.6. Saúde pública na conjuntura de Ditadura Militar (1964-1985)

O Brasil chegou aos anos 60 com um parque industrial crescente, agricultura forte, riquezas minerais expressivas e inserido no contexto internacional, resultado dos investimentos econômicos em infraestrutura realizados pelos últimos dois governos. Vargas com a teoria desenvolvimentista e Juscelino Kubitschek com o Plano de Metas - “50 anos em 5”.

O Governo Vargas foi marcado pelo protecionismo, uma vez que não defendia a instalação das empresas estrangeiras no País, considerava-as exploradoras de mão de obra. Por outro lado, o Governo de Juscelino (1956 a 1961), buscou no capital estrangeiro os investimentos para equipar as indústrias nacionais, e adotou medidas que privilegiavam empréstimos para sua instalação,

facilitando o envio de lucros ao exterior, e adotando uma taxa cambial favorável a essas operações.

Segundo Ponte (2010, p.181) em consequência dessa situação, ainda no Governo de Juscelino Kubitschek a dívida externa do País havia dobrado, o déficit na balança comercial e, por isso, tornou-se motivo de preocupação, inclusive entre os investidores estrangeiros e a taxa de inflação alcançou níveis elevados. Foi nesse contexto que o FMI (Fundo Monetário Internacional) passou a interferir na economia brasileira, fazendo exigências consideradas descabíveis. É importante ressaltar que o FMI tem como premissa o subsídio econômico, sobretudo, para países em desenvolvimento, não cabendo ao Fundo interferir na política interna dos países para os quais concedesse empréstimos financeiros. Lima (2008) ressalta que:

Por tratar-se de um fundo emergencial de auxílio econômico, seus trabalhos concentram-se na diminuição de efeitos econômicos negativos, não implicando em modificações na estrutura econômica do país membro. O FMI não patrocina interferência direta na economia de país algum, em virtude de não ser essa a natureza de sua ação (LIMA, 2008, p.77).

No entanto, durante o Governo de Juscelino para efetivar o seu plano desenvolvimentista no Brasil, foram concedidos pelo FMI o empréstimo de mais de 37 milhões de dólares. Devido a falta no cumprimento dos acordos para o pagamento do empréstimo o FMI estabeleceu exigências para aquisição de novos empréstimos como, por exemplo, a não liberação de empréstimos a longo prazo, sendo os acordos fechados com prazos reduzidos e inclusive modificações nas taxas cambiais, como afirma Silva (2000):

Com a negativa de Kubitschek em seguir qualquer programa anti-inflacionário, a situação econômico-financeira deteriorou-se bastante nos dois últimos anos de seu Governo. Devido à redução da entrada de créditos externos com longos prazos de amortização ocorreu, então, a ruptura entre o Governo e o FMI, que passou a predominar, a contração de empréstimos a serem amortizados no curtíssimo prazo, grande parte dos quais vencendo no primeiro ano de Governo de Jânio Quadros (SILVA, 2000, p.86).

Os anos que se seguiram foram marcados pela crise política, além da já instalada crise econômica, com inflação, desemprego e elevado nível de pobreza.

Jânio Quadros, sucessor de Juscelino, renunciou em 1961. O governo seguinte, de João Goulart, foi marcado pela entrada em grande escala das empresas multinacionais americanas e europeias no cenário econômico brasileiro. Em 1964, João Goulart foi deposto, e os militares tomaram o poder, com o Marechal Humberto Castello Branco na presidência por meio de um golpe, é instaurado no país o regime ditatorial ou ditadura militar (SKIDMORE, 2003, p.370).

Para Aguiar (2010, p.29) a ditadura militar compreende três fases a primeira institucionalização da ditadura (1964-1968), a segunda o período do milagre brasileiro (1968-1974) e a terceira (1974-1985) corresponde à crise econômica, regime militar e abertura política.

Na primeira fase, com a institucionalização da ditadura, mas, especificamente, com formalização das regras que perdurariam durante toda a vigência do período ditatorial, o Governo estabeleceu eleições indiretas para presidente, cassou mandatos, dissolveu partidos e criou o bipartidarismo²⁰. Para Sarreta (2009, p. 145) a ditadura caracterizou-se pela negação violenta dos direitos civis e políticos, por forte censura, ausência de eleições, centralização administrativa e a repressão violenta aos opositores do governo.

No campo da saúde, durante o Governo da ditadura, em 1964, foi criada uma comissão para reformular o sistema previdenciário, que culminou em 1966 com a fusão, de modo gradual e intenso, dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INPS), órgão público previdenciário federal brasileiro. Esta medida uniformiza os benefícios para todas as categorias de trabalhadores, passando o INPS a uma gestão centralizada com fins de capitalização, retirando de sua gestão a presença dos trabalhadores (COUTO, 2000, p.128).

O modelo de gestão centralizada pode ser compreendido como uma característica do período em que a medicina previdenciária esteve no auge, durante os anos do chamado milagre econômico, vivido no período militar. Outra especificidade que também é do governo militar é a não participação popular e

²⁰ O bipartidarismo referido no Governo Castello Branco fica composto por apenas dois partidos, sendo a Aliança Renovadora Nacional (ARENA) o partido da situação e o Movimento Democrático Brasileiro (MDB) o de oposição. (SKIDMORE, 2003, p.386).

desta forma torna fácil compreender o motivo da retirada do povo na gestão do INPS. No período militar buscou-se, sobretudo o desenvolvimento econômico sendo o aspecto social pouco valorado pelo Governo.

Segundo, Simões (2014):

A medicina previdenciária estava subordinada ao princípio da privatização, apoiada por financiamentos públicos e prevendo inclusive, o pagamento dos serviços médicos pelos trabalhadores, de acordo com uma escala salarial. A privatização era apenas complementar do sistema, mas tornou-se regra (SIMÕES, 2014, p.126).

Conforme o novo regime, o INPS funcionaria como um dispositivo que trataria a saúde de forma individual, seguindo a mesma lógica dos IAPs, ficando o Ministério da Saúde, responsável, pelo menos em teoria, segundo Bertolli (2003, p, 54) a elaboração e execução de programas sanitários, assim como, assistir à população durante as epidemias.

Com a Constituição de 1967, o Estado passa a apoiar as atividades de saúde do setor privado, e sua atuação se daria no sentido de suplementar os serviços prestados pela medicina privada. Segundo Bertolli Filho (2003, p.54), a privatização dos serviços de saúde tem início nessa época. Para se ter ideia, o INPS firmou convênios com 2.300 dos 2.800 hospitais instalados no país, utilizando o setor privado para atender a massa trabalhadora. A perspectiva era na realidade incentivar a iniciativa privada e não beneficiar os trabalhadores.

São dessa época também, a criação do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e o fim da estabilidade no trabalho, o governo beneficiava o trabalhador de um lado, mas, tirava de outro. Na área da Previdência, também foi acionada a extensão dos benefícios aos trabalhadores rurais, sem exigir sua contribuição ou a contribuição dos empregadores, desincumbindo, especialmente os últimos como forma de retribuir seu apoio ao regime, da obrigação de bancar parte dos benefícios sociais aos mesmos. Os benefícios também foram estendidos aos autônomos e aos empregados domésticos (COUTO, 2000 p. 128-130).

Segundo Ponte (2010, p.189), devido à estrutura dependente e altamente vulnerável a fraudes e a má administração, o INPS, muito cedo, começou a dar sinais de esgotamento de suas possibilidades como órgão de atenção à saúde.

Para se ter uma ideia dessa tendência, na primeira década da Saúde Pública brasileira sob o regime militar, foi crescente a abertura de instituições hospitalares e filantrópicas com finalidades na área da saúde. Estas últimas cada vez mais com um caráter empresarial e lucrativo.

Esses estabelecimentos ultrapassam o crescente percentual de 200% em dez anos, conforme ressaltam Bertolozzi e GreCo (1996):

Foi nesse momento que o INPS passou a ter o terceiro orçamento da nação, ocupando o espaço primordial da prestação da assistência médica. Paradoxalmente a esse quadro, houve no INPS, um déficit orçamentário por conta das inúmeras fraudes que ocorreram na compra de serviços privados de assistência à saúde, mascarando, de fato, o volume de unidades de serviço (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p.388).

Conforme, observa Médici (1987, p.49), a partir da Reforma Previdenciária em 1967, ninguém mais acreditava na possibilidade de universalizar a atenção à saúde a partir da previdência social, pois mais de 50% dos trabalhadores brasileiros não contribuía para o sistema devido à situação em que se encontravam as privatizações e desvios de verbas.

O período da ditadura é marcado, também, pela promoção do processo de restauração da ordem na sociedade, modernização no campo da economia com o interesse voltado tanto para o grande capital nacional, como também internacional, seguindo deste modo os ideais das políticas liberais, promovendo nesses anos a tecnoburocracia. Para Bertolli Filho (2003, p.49), sob a ditadura militar, neste período de avanço econômico, a burocracia governamental foi dominada pelos tecnocratas²¹, civis e militares, unidos em torno do lema “segurança e desenvolvimento”. Eles foram os responsáveis em boa parte pelo “milagre econômico”.

O chamado “milagre econômico” foi resultado do Programa de Ação Econômica do Governo (PAEG), criado em 1964, no início do Governo Militar, com objetivos de combater a inflação em nível muito elevado, aumentar os investimentos estatais principalmente em infraestrutura, reformar o Sistema

²¹ Político ou administrador que defende políticas públicas baseadas apenas em princípios e critérios técnicos e econômicos, desprezando os aspectos sociais e políticos (BERTOLLI Filho, 2003, p.49).

Financeiro Nacional e atrair investimentos externos. Este plano permitiu, auxiliado pelo contexto internacional, obter relativo sucesso, combater a inflação, gerar estabilidade econômica, o “milagre econômico” do início da década de 1970. Contraditoriamente, criado, numa conjuntura de ditadura, o plano não tinha por interesse favorecer as classes menos favorecidas da sociedade brasileira, impedidas inclusive de protestar contra qualquer medida governamental.

Ponte (2010, p.184) afirma que “na primeira metade da década de 1970, as taxas de crescimento alcançaram mais de 10% ao ano, chegando a 14% em 1973”. Porém, na contramão do crescimento da economia, o Brasil não obteve nesse período uma regular distribuição de renda da população, pois devido à acelerada entrada de capital externo, o que de fato ocorreu foi um aumento da concentração de renda, devido a crescente presença de multinacionais na economia, bem como pela substituição da agricultura familiar e de subsistência por projetos agroindustriais voltados para exportação. Com a elevação do Produto Interno Bruto (PIB), resultado da modernização da estrutura produtiva, gerava uma falsa ilusão de desenvolvimento nacional. Segundo Bertolli Filho (2003, p.50) esta política desenvolvimentista inibiu as conquistas salariais obtidas nos anos de 1950, reduziu o poder de compra do salário mínimo tornando mais difícil a vida das famílias trabalhadoras.

O modelo de crescimento econômico adotado pelo Governo Militar estabelecia, então, o estímulo ao acúmulo de renda para posteriormente gerar a redistribuição. Finkelman (2002, p.125) relata que a concentração de renda, no entanto, tem custos sociais pesados, e explica que, para compensá-los o Governo implantou uma série de políticas sociais assistencialistas que se evidenciam até os dias atuais.

Para Piana (2009, p.38) as políticas sociais brasileiras sempre tiveram caráter assistencialista, paternalista e clientelista, com o qual o Estado, por meio de medidas paliativas e fragmentadas, intervém nas manifestações da questão social, preocupado, sobretudo, em manter a ordem social. São elas formatadas a partir de um contexto autoritário no interior de um modelo de crescimento econômico concentrador de renda e socialmente excludente.

Finkelman (2002, p. 126) corrobora com a afirmação da autora acima, uma vez que considera que ao longo dos governos militares, as políticas populistas perderam a expressividade que tinham nos governos anteriores e segundo o autor, os militares efetivaram duas linhas políticas principais, sendo a primeira de caráter compensatório, que seria as políticas assistencialistas e a segunda com o caráter produtivista com o foco no desenvolvimento econômico.

Nesse contexto, a redução das verbas destinadas ao Ministério da Saúde foi mais uma ação da falta de interesse do Governo Militar em investimentos na saúde da população, o que tornou a saúde do país cada vez mais precarizada. Bertolli Filho (2003, p.51) afirma que o Ministério da Saúde, teve de se restringir à elaboração de projetos e programas, delegando a outras pastas, como as da Agricultura e da Educação, uma parte da execução das tarefas sanitárias. Desta forma, tal decisão não trouxe melhoria efetiva aos serviços de saúde, pelo contrário precarizou ainda mais.

A Saúde Pública tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia, cuja intenção era camuflar a realidade posta. A carência dos recursos liberados – que não chegavam a 2% do PIB – colaborava com o quadro de penúria e decadência, com graves consequências para a saúde da população, gerando uma verdadeira crise na Saúde Pública (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p.63).

A crise na Saúde foi discutida durante a V Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1975, onde os temas abordados foram: Implementação do Sistema Nacional de Saúde, Programa de Saúde Materno Infantil, Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, Programa de Controle das Grandes Endemias e Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais. A V Conferência foi pautada no sentido de apresentar os problemas dos temas em questão e de buscar encontrar a melhor forma de solucionar a partir das ações das políticas públicas os problemas apresentados durante os debates na Conferência.

De acordo com Aguiar (2011):

Foram levantados os problemas da insuficiência, má distribuição e falta de coordenação dos serviços de saúde, além de sua inadequação e

ineficiência. Nessa ocasião, o Governo Federal apresentou a proposta de criação de um Sistema Nacional de Saúde através da Lei 6229/75 que definia as atribuições dos diversos ministérios envolvidos com a questão saúde, além das atribuições das instancias Federal, Estadual e Municipal. No entanto, as oposições dos empresários da Saúde dificultava a regulamentação dessa Lei e o Governo mantém sua intervenção política em alguns programas verticais, tais como: Programa de Saúde Materno Infantil, Programa Nacional de Imunização, Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN) Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica etc (AGUIAR, 2011, p.32).

Com a criação do Sistema Nacional de Saúde - SNS, o qual legitimava e institucionalizava a pluralidade institucional no setor. Problemas como “ineficiência e ineficácia e falta de coordenação nos serviços de saúde”, foram insatisfações colocadas em pauta durante a V CNS (BRASIL, 1975, s/p).

De acordo com Aguiar (2011), em 1977, dois anos após a V Conferência, efetivou-se uma reordenação burocrático-administrativa do sistema de saúde nacional:

Criou-se o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS. Esse sistema era composto pelos órgãos: Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA), Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV²²), Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM) e a Central de Medicamentos (CEME) (AGUIAR, 2010, p.32).

Através da Lei 6.229/75 foram definidas as responsabilidades de cada uma destas instituições, cabendo à Previdência Social, a assistência individual e curativa, enquanto que, os cuidados preventivos e de alcance coletivo ficaram sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p.388).

Na perspectiva da lógica das privatizações, na busca pela capitalização e atendendo os princípios das políticas liberais, Escorel (2009) assinala que:

[...] foi do próprio Ministério da Saúde que surgiu a proposta mais privatizante do Sistema Nacional de Saúde, o Plano Nacional de Saúde (PNS). Esse plano defendia que todos os hospitais governamentais fossem vendidos para a iniciativa privada. Esse plano foi implantado

²² Conforme Bertolli Filho (2003, p. 56) a DATAPREV surge, “para controlar a onda de corrupção, pagamentos ilegais de serviços médicos e aposentadorias ‘fantasmas’, buscando conter a evasão de recursos”.

experimentalmente em algumas localidades do país, mas encontrou enormes resistências, inclusive do próprio corpo técnico da previdência social (ESCOREL, 2009, p.392).

A partir do Governo Geisel (1974-79), com os sintomas de fim do período de crescimento e com a queda real do PIB, tratou-se da reconversão do modelo econômico e da promoção de rearticulações necessárias com a finalidade de preparar os mecanismos para um novo patamar de acumulação. O período marcou o fim do "milagre econômico" cujos efeitos se faziam sentir no setor saúde através da crise no padrão de prestação de serviços da rede pública e da previdência social cada vez mais precário e ineficiente (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p.389).

No início dos anos de 1980, na gestão do último general presidente, João Figueiredo (1979-1985), os hospitais públicos estavam em precário estado de funcionamento, dificuldades da população em encontrar atendimento médico, mortes sem socorro especializado, falta de médicos e outros profissionais, sucateamento de equipamentos, situação de extremo abandono (BERTOLLI Filho, 2003, p.60),

Em 1981, tornou-se pública a 'crise da previdência'. A estrutural contradição financeira da previdência social foi se agravando, atenuada em certos momentos por medidas paliativas, até que, com a recessão econômica, nesse ano, estourou a crise evidenciada do grande déficit financeiro. Diante da crise, o Governo Federal lançou, em novembro de 1981, o 'pacote da previdência', que previa o aumento das alíquotas de contribuição e a diminuição dos benefícios dos aposentados (ESCOREL, 2009, p.420).

Diante desse modelo de governo conturbado, Figueiredo, se viu obrigado a acelerar o processo para democratização do país, pois a sociedade mobilizava-se em prol de liberdade, democracia, direitos sociais e eleições diretas para presidente (BERTOLLI Filho, 2003, p.60). Isto porque o bipartidarismo havia sido extinto dando assim possibilidade da população se organizar e dar origem a novos partidos políticos.

A década de 1980 é marcada também por projetos identificados pelas siglas “PREVSAUDE²³, CONASP²⁴ e AIS²⁵, que mantinham as propostas de reorganizar de forma racional as atividades de proteção e tratamento da saúde individual e coletiva, evitar as fraudes e lutar contra o monopólio das empresas particulares de saúde” (BERTOLLI Filho, 2003, p.61).

Em 1984 com o Movimento das Diretas Já, a população pleiteava o direito da votação direta para presidente, o que não ocorreu, pois o presidente à época Figueiredo impôs, por meio do Decreto n. 8566/84, as *medidas de emergência* que proibiam concentrações públicas e estabeleciam cesura prévia dos meios de comunicação. A emenda Dante de Oliveira²⁶, não foi aprovada, sendo Tancredo Neves, escolhido pelo Colégio Eleitoral para presidente do Brasil. Com a morte de Tancredo, José Sarney, seu vice, assume em 1985.

Conforme Aguiar (2010, p.37), diante do cenário de redemocratização da sociedade brasileira, diversas entidades e movimentos sociais mobilizaram-se para discussão da nova Carta Constitucional e também para uma Reforma Sanitária. Um momento importante para a sedimentação dos princípios propostos pela Reforma Sanitária foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), em 1986.

Para Cohn (2003) a Conferência foi importante para consolidação da proposta de descentralização do sistema de saúde, porque:

²³ PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – que visava uma reorientação do sistema vigente, através de uma integração entre os dois Ministérios (Saúde e Previdência Social) e as secretarias estaduais e municipais de saúde. Propunha-se a extensão da cobertura dos serviços a toda a população, com ênfase na atenção primária à saúde e na participação comunitária (AGUIAR, 2010, p.33).

²⁴ CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária – ligado ao INAMPS, traz em seu plano a proposta de mudança do modelo assistencial, tendo em vista, a melhoria da qualidade da atenção; ampliação dos serviços para as populações urbanas e rurais; a descentralização e a hierarquização dos serviços de saúde por nível de complexidade (AGUIAR, 2010, p.34).

²⁵ AIS – Ações Integradas de Saúde – O programa tinha como objetivo articular todos os serviços que prestavam assistência à saúde da população de uma região e integrar as ações preventivas e curativas com vistas à integralidade da atenção. Através das AIS, o INAMPS repassava 10% de sua arrecadação para as Secretarias Estaduais de Saúde, propiciando a expansão dos serviços de saúde de atenção básica (AGUIAR, 2010, p.34).

²⁶ A emenda Dante de Oliveira reestabelecia as eleições diretas para a Presidência da República (REIS, 2010, p.232).

[...] o avanço dos debates sobre a saúde consolida a proposta da descentralização como única alternativa para a constituição de um sistema de saúde adequado às reais necessidades da população, viabilizando sua universalização e equidade. É nesse contexto que emerge a proposta do SUDS (Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde) sob a forma de convênio do INAMPS com as Secretarias Estaduais de Saúde (COHN, 2003, p.47).

Com a implantação do SUDS (Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde), criado pelo decreto presidencial, ocorreu a estadualização do INAMPS, por meio da fusão de suas estruturas (AGUIAR, 2010, p.38). No entanto, para Bertolli Filho (2003, p.64), o SUDS encontrou os mesmos obstáculos que condenaram ao fracasso outros projetos descentralizadores – principalmente a recusa das empresas particulares em se submeterem ao sistema unificado.

Ainda segundo o autor citado:

O Governo procurou estabelecer condições para que o Estado interferisse mais acentuadamente nos serviços particulares de saúde. Exigiu maior controle das atividades desenvolvidas pelas instituições privadas no setor médico-hospitalar, inclusive dos laboratórios encarregados da coleta e distribuição de sangue e seus derivados. Por fim, o setor privado de saúde foi definido como “forma complementar” aos serviços públicos; as entidades filantrópicas teriam papel auxiliar no funcionamento do SUDS (BERTOLLI Filho, 2003, p.64).

Então, o Sistema Unificado de Saúde, criado a partir da Constituição, com a perspectiva de organizar no plano regional as ações e projetos do Ministério da Saúde, do INAMPS e dos Serviços de Saúde Estaduais e Municipais. A partir deste contexto, com a constituição de 1988, foi aprovado o Sistema Único de Saúde (SUS), significando uma grande vitória para a sociedade.

O SUS foi criado para garantir como amplo Direito à saúde da população, seja ela rica ou pobre, cabendo ao Estado o papel de garantir este Direito, já que uma das premissas do SUS é a universalização do serviço sem distinção e restrição de acesso dos cidadãos brasileiros.

Não obstante, Aguiar (2010, p.34), afirma que devido a grande instabilidade econômica do país e da influência das políticas neoliberais nos anos 1990, de privatização dos serviços públicos no governo Collor de Melo, reduziu-se

pela metade as verbas para saúde. O SUS, então, nasce no momento de descrença da população nacional em relação ao Estado.

Devido à presença das políticas neoliberais que vigoravam durante a década de 90, Saraiva (2015), é categórica ao ressaltar que este modelo político-econômico promove a redução do papel do Estado principalmente nos aspectos sociais:

Neste processo ocorre um recuo do Estado e do seu papel como provedor social, tornando-se esse mesmo Estado regulador do mercado, provedor das necessidades do capital financeiro e transacional. Em nome do ajuste fiscal exigido pelo pagamento da dívida externa, impõe-se a redução dos gastos públicos, e conseqüentemente, o papel do Estado na condução das políticas sociais (SARAIVA, 2015, p.53-54).

Mesmo diante das contradições do sistema, pela primeira vez na história do Brasil, não somente o campo da Saúde, mas também, a Educação e a Previdência Social, foram vistos, graças a Constituição Cidadã, como um Direito de todos e dever do Estado. O SUS preconizou uma mudança estrutural no sistema de saúde, no sentido de buscar a universalidade, estabelecendo a partir de agora, a atenção básica como porta de entrada de um sistema que se propunha a atender as necessidades de todos.

Para o Ministério da Saúde na Portaria 648/2006 (BRASIL, 2006) a Atenção Básica se constitui como um conjunto de ações de saúde individual e coletiva, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e dos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Além disso, a Atenção Básica deve considerar o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.

2.7. Do SUS às Unidades de Pronto Atendimento

Na década de 80 como o processo de reorganização política o Brasil inaugura uma nova fase, orientada pela égide da democracia, marcada pela transição dos governos militares para governos civis e uma nova Constituição (1988) que provocaram mudanças na política e na economia.

Segundo Finkelman (2002, p. 127) no campo da saúde, as mudanças vão acontecer a partir do Movimento de apoio ao projeto de Reforma Sanitária²⁷, articulado ao longo dos anos 70 e 80 pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e pelo Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), na perspectiva de reformulação do Sistema de Saúde (SUS).

Através de estudos e de pesquisas com foco na saúde coletiva buscou-se respostas para os dilemas da política de saúde e o fortalecimento do movimento a favor da Reforma Sanitária. Conforme Simões (2014, p.130) um dos principais produtos desse movimento foi à elaboração de um documento - pelo direito universal a saúde - que sublinha a necessidade do Estado de se comprometer com a saúde da população. O foco da reivindicação recai sobre a universalização do acesso aos serviços públicos de saúde, considerados direito social e dever do Estado em assegurar as demandas da saúde em nível individual.

Falleiros e Lima (2010) consideram como principal marco desse processo em busca de uma saúde pública universal a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) - "Saúde, Direito de todos e dever do Estado"- realizada em 1986:

A VIII CNS contou com a participação de milhares de representantes de diversas entidades da sociedade civil, profissionais de saúde, usuários do sistema e prestadores de serviços de saúde pública. Os prestadores de serviços privados foram os grandes ausentes nos debates travados nessa Conferência, considerada como o maior evento de discussão dos problemas enfrentados pela saúde pública brasileira (FALLEIROS; LIMA, 2010, p.241).

²⁷ A Reforma Sanitária refere-se ao projeto articulado ao longo dos anos 70 e 80 no Brasil, na perspectiva de reformulação do sistema de saúde [...] o projeto preconizava a criação de um sistema único de saúde [...] todos em luta contra as condições precárias de vida da população, contra as iniquidades do sistema de saúde e pelo reconhecimento da saúde como direito social a ser garantido pelo Estado. Tinha como ambição a universalização do direito a saúde, compreendida como qualidade de vida e um modelo de atenção com ênfase na integralidade (AGUIAR, 2010, p.36).

A intensa movimentação da sociedade civil por meio dos movimentos sociais teve um papel muito importante para impulsionar os constituintes a proporem uma grande transformação no sistema de saúde, a partir do consenso sobre a inadequação e fragilidade desse sistema.

Segundo Marques (2008) entre os fatores que foram determinantes para a formação e modificação do sistema de saúde à época, apontados pela sociedade civil se incluem:

A presença de doenças de todos os tipos, entre elas as parasitárias, que estavam condicionadas ao tipo de desenvolvimento social e econômico do país e que a saúde não conseguia solucionar; a má distribuição dos serviços de saúde, visto que estes estavam presentes em determinadas regiões e ausentes em outras; o serviço era extremamente centralizado; recursos financeiros insuficientes para investimentos no setor da saúde; desperdício de recursos destinados à saúde; baixa cobertura assistencial à população; falta de definição clara das competências entre os órgãos, e as instâncias político-administrativas do sistema; desempenho descontínuo não só dos órgãos públicos, mas também dos privados; insatisfação dos profissionais de saúde; baixa qualidade dos serviços oferecidos, relacionado aos equipamentos e serviços profissionais; ausência de critérios e de transparência dos gastos públicos; falta de participação da população na formulação e gestão das políticas de saúde; falta de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços; insatisfação e preocupação da população com o atendimento à saúde (MARQUES, 2008, s/p).

Considerando estes fatores, a nova Constituição materializa, de fato e de Direito, a política de saúde. Conforme texto da Constituição Federal de 1988, no Artigo nº 196, na Seção II, Título VIII, Capítulo II, Da Saúde, fica estabelecido:

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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, CF. 1988).

Esse marco representou uma ruptura inédita com a história anterior das políticas sociais brasileiras, ao garantir o acesso à saúde como direito social universal (LUZ, 2000, p.302). Nesses termos, o SUS se torna o sistema de saúde universal, que será disponibilizado para toda população brasileira, independente de classe social. Segundo Bertolli Filho (2008, p.64), o Sistema Unificado de

Saúde (SUS) vai se encarregar de organizar, no plano regional, as ações do Ministério da Saúde, do INAMPS e dos serviços de saúde estaduais e municipais.

Simões (2014, p.134), ressalta que mesmo os que não se utilizarem diretamente do SUS, serão beneficiados por meio das campanhas de vacinação, ações de prevenção e vigilância sanitária e de eventual atendimento de alta complexidade. Nesta perspectiva, o SUS se compõe do conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público. É único, porque tem a mesma doutrina de atuação em todo o território nacional e a sua organização se dá através da mesma sistemática.

A partir destes princípios, tendo como base os preceitos Constitucionais, a construção do SUS se apoia nos princípios doutrinários: da Universalidade (todas as pessoas têm direito ao acesso e ao atendimento aos serviços de saúde e cabe ao Estado assegurar este direito em quantidade e qualidade); da Equidade (o objetivo principal é minimizar as desigualdades. Tratar desigualmente os desiguais proporcionando um maior investimento onde a carência é maior); Integralidade - considera a pessoa como um todo atendendo todas as suas necessidades, assim, deve integrar as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e promover a ligação com outras políticas públicas (FINKELMAN, 2002, p.250).

Matta (2010) esclarece sobre o princípio da integralidade e chama à atenção para garantia do direito a gratuidade:

O princípio da universalidade garante que a saúde é um direito e não um serviço a que se tem acesso por meio de contribuição ou pagamento de qualquer espécie. O princípio da equidade não pressupõe a noção de igualdade, mas significa, sim, tratar desigualmente o desigual, atentando para as necessidades coletivas e individuais e procurando investir onde a inequidade é maior. Por fim, o princípio da integralidade garante que o atendimento integral deve priorizar as ações preventivas, sem prejuízo das ações de assistência, deve atender as necessidades diversas das pessoas, dos grupos sociais e as necessidades dos grupos específicos e que a integralidade enfoca na formação dos trabalhadores, propondo uma formação concebida a partir de uma organização integradora dos conhecimentos e das práticas (MATTA, 2010, p.248-250).

Em relação a sua organização, há duas Leis Orgânicas que regulamentam o SUS, a Lei nº 8.080/90, vetos Collor, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; e a Lei nº 8.142/90, pós vetos, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 2001).

Com base nestas leis, o SUS apresenta diretrizes que norteiam a sua organização e são de extrema importância para o seu funcionamento, tais como: Regionalização e Hierarquização (permitir um conhecimento maior sobre os problemas de saúde que assolam a população de cada região, no sentido de favorecer as ações. Assim, os serviços de saúde devem ser organizados de acordo com a complexidade das suas ações); Descentralização (redistribuição das responsabilidades às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo); Resolutividade (a busca pelo atendimento ou quando surge algum problema de saúde coletivo, o serviço deve estar capacitado para enfrentar e solucionar o problema); Participação dos Cidadãos (garantia constitucional de que a população através de suas organizações representativas poderá participar no processo de formulação das políticas de saúde e o controle de sua execução e com isso abrangendo todos os níveis, desde o federal até o local); Complementariedade do Setor Privado (quando o serviço do setor público for insuficiente e isto, acarretar a necessidade de contratação de serviços privados, este deve ser providenciado).

Outro instrumento importante são as Normas Operacionais Básicas (NOBs) que definem as estratégias que reorientam a operacionalidade do sistema, no sentido de induzir e estimular mudanças, aprofundar e reorientar a implantação do SUS, definir novos objetivos estratégicos, regular as relações entre gestores e normatizar o SUS.

Nessa direção, em 1991, o SUS elaborou a NOB 91 que se refere à implantação do sistema de informatização (Normatiza o SIH/SUS-Sistema de Informação Hospitalar e o SAI Sistema de Informação Ambulatorial). Em 1992, o SUS implanta a NOB 92, que mantém os mecanismos de pagamento por

produção de serviços da atenção ambulatorial e hospitalar para o setor público estadual e municipal. Em 1993, o SUS implanta a NOB 93 que trata da descentralização das ações e serviços de saúde, ações de vigilância e saúde do trabalhador. Em 1996, SUS cria a NOB 96, através da qual ocorre a reorientação do modelo assistencial, as ações passam a ser desenvolvidas de forma específica nas diversas áreas da saúde.

Em 2002, o Ministério da Saúde, através da Portaria n^o 373/2002, considerando os princípios do SUS de universalidade do acesso e de integralidade da atenção, bem como a necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do Sistema Único de Saúde – SUS, visando o seu aperfeiçoamento, aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 (BRASIL, 2002a). Além disso, estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. É um instrumento que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica a saúde – considerada a porta de entrada ao sistema - e organiza os demais níveis de atenção (secundário e terciário).

Em 2002 entrou em vigor a NOAS 2002 tendo como finalidade garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com as necessidades dos usuários, em qualquer nível de atenção (FINKELMAN, 2002, p.250).

Para Marques (2008, p. 29) o SUS é um dos maiores projetos públicos que tem por objetivo a inclusão social e proporcionar o acesso de todos os cidadãos, sem distinção, serviços adequados e com qualidade. No entanto, a realidade é bem diferente, o SUS apresenta vários problemas, permeados por graves dificuldades e obstáculos oriundos da estrutura do modelo de gestão.

Santos (2008, p. 2010), reconhece os avanços do SUS e a irreversibilidade dos mesmos e identifica questões estruturais pendentes nos modelos de gestão do sistema e dos serviços, nos modelos de atenção à saúde e na participação democrática. Para atingir os objetivos a que se propõe faz-se

necessário investir em políticas capazes de vencer as gigantescas dificuldades do financiamento, da precarização das relações de trabalho e das inovações no modelo de gestão voltadas para a qualidade, eficiência, desempenho e resultados.

Nas últimas décadas, o SUS vem se respaldando em exaustivos esforços, permeando graves dificuldades e obstáculos que afetam, a padronização dos serviços, a melhoria da infraestrutura dos equipamentos de prestação de serviços, inclusão de novas tecnologias aos serviços de saúde, dentre muitas outras condições. Se não forem tomadas iniciativas adequadas para o bom desenvolvimento e funcionamento do SUS, há uma grande chance deste continuar oferecendo um serviço sem qualidade, disponível somente para a parcela pobre da população, enquanto que os planos privados com qualidade superior servirão a quem pode pagar (SANTOS, 2008, p.2011).

Ainda que o SUS tenha como princípios garantir o atendimento da população brasileira estabelecido pela universalidade do acesso e pela integralidade da atenção básica, segundo Simões (2014):

O sistema único de saúde não é acessível a várias pessoas, contrariando o que propõe o próprio sistema. Muitos municípios não assumem os serviços médicos com afinco, deixando de investir recursos próprios, o que contraria a Constituição e incentiva a população a congestionar os centros urbanos mais próximos dos municípios que ofereçam melhores serviços em quantidade e qualidade (SIMÕES, 2014, p.137).

Como consequência, têm-se a superlotação de atendimento nas emergências de hospitais dos municípios maiores e dos centros urbanos. A procura da população em busca de atendimento adequado e que ofereça melhor qualidade torna-se recorrente. Mas, frente a esta situação, não há pessoal suficiente e nem de fato capacitado para atender toda demanda. Outro problema é a falta de quantidade de insumos básicos e de medicamentos, que não suprem a necessidade da realidade enfrentada pelos hospitais, condições que refletem diretamente no atendimento das demandas dos usuários.

Degani (2002) ressalta que:

A escassez de recursos nos serviços de saúde, seja de profissionais, equipamentos, medicamentos, seja de acesso facilitado, entre outros, são fatores que determinam culturalmente a valorização do atendimento curativo, hospitalocêntrico e fragmentado o que compromete, inclusive a qualidade de alguns serviços (DEGANI, 2002, p.9).

Embora o Sistema de Saúde, no Brasil, encontre-se estruturado em três níveis hierárquicos complementares de atenção à saúde – atenção básica, de média e alta complexidade - estes limites não são considerados no funcionamento do sistema. Segundo Oliveira et al., (2015, p. 239) cada um desses componentes da rede assistencial deve participar da Atenção às Urgências respeitando-se os limites de sua complexidade e capacidade de resolução. É esperado que a população que necessita de atendimento possa ser acolhida em qualquer nível de atenção e encaminhada para os demais níveis quando a complexidade do atendimento exigido ultrapasse a capacidade de assistência do serviço.

Contudo, devido à falta de articulação entre esses setores os limites da complexidade e capacidade de resolução não são respeitados. Soma-se a isto, o aumento populacional, a violência urbana e, por conseguinte, os casos de acidentes que nos últimos anos aumentou consideravelmente a superlotação não apenas das emergências hospitalares, mas, dos prontos-socorros, transformando essa área numa das mais problemáticas do sistema de saúde (BRASIL, 2006).

Segundo Santos, et al., (2003, p.501) a superlotação nas portas hospitalares das emergências de todos os municípios, principalmente dos municípios maiores, é um fenômeno bem conhecido dos gestores, gerentes, usuários e população em geral. O impacto negativo dessa condição para os usuários do sistema de saúde constitui um motivo de crítica ao modelo assistencial à saúde pública, causando problemas de difícil gerenciamento e resolução.

Nos estudos sobre superlotação nos serviços de emergência as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) são implementadas como um meio resolutivo para os problemas das superlotações em emergências e urgências hospitalares. Bittencourt e Hortale (2009, p.1439), entendem que todos os leitos ocupados deixando os pacientes em atendimento pelos corredores dos hospitais, o número reduzido no quadro de profissionais da saúde e o alto tempo de espera nas filas, são características observadas nos estudos sobre a superlotação no campo da

saúde pública. O que “indica, em última instância, baixo desempenho do sistema de saúde, como um todo e do hospital público em particular, e induz à baixa qualidade assistencial”. O problema de superlotação nas unidades de emergência é, sobretudo, a falta de acesso à atenção ambulatorial especializada.

Conforme O’Dwyer, Oliveira e Seta (2009):

Essa falta de acesso à atenção ambulatorial especializada e à atenção hospitalar com certeza impacta o atendimento de emergência, que passa a ser a principal forma de acesso para especialidades e tecnologias médicas, transformando a emergência em depósito dos problemas não resolvidos (O’DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009, p.1882).

A partir de estudos como o dos autores acima, as UPAs sobressaem como uma das estratégias da Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências para a melhor organização da assistência à saúde, articulação dos serviços, e definição de fluxos e referências resolutivas.

Segundo Oliveira et al., (2015, p.239) estas Unidades na organização do sistema, ocupam o nível intermediário de complexidade entre as Unidades Básicas de Saúde (atenção básica) e a média e alta complexidade, integrando a Rede Pré-Hospitalar Fixa. As diretrizes das UPAs conforme a Lei 1.020/09, foram definidas:

Art. 2º – Definido como Unidade de Pronto Atendimento (UPA) o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS)/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, associada a uma rede organizada de atenção às urgências (BRASIL, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a criação dessas Unidades de Pronto Atendimento, data de 2002. Para que fossem implantadas se considerou inicialmente especificidades como, por exemplo, os municípios estariam dentro de um perfil com um número mínimo de habitantes, com base nas experiências de sucessos em cidades como Campinas – SP e Rio de Janeiro – RJ e Belo Horizonte – MG.

Para a implantação de uma UPA, os gestores do SUS devem submeter ao Ministério da Saúde proposta de implantação dessas unidades. Conforme o porte, existem 3 (três) tipos, de acordo com a população do município-sede (caso

o município-sede não alcance a população exigida de acordo com o porte, pode regionalizar, desde que os outros municípios pactuados não façam parte de nenhuma abrangência de UPA). Deve-se verificar a capacidade instalada (área física), o número de leitos disponíveis, a gestão de pessoas e a capacidade diária de realizar atendimentos médicos. As propostas de solicitação de UPA devem ser cadastradas no site do Fundo Nacional de Saúde/MS (BRASIL, 2013).

De acordo com estudo realizado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (BRASIL, 2015) a distribuição geográfica das UPAs, se apresenta com características aderentes à concepção original das portarias ministeriais pelo porte populacional de municípios, mostrando que, em 2013 do total de 384 UPAs espalhadas pelo território nacional, 27,0% localizavam-se em municípios com até 200 mil habitantes e 47,2% em municípios com mais de 500 mil habitantes.

Conforme o Ministério da Saúde as Unidades de Pronto Atendimento devem funcionar 24 horas por dia, realizando triagem classificatória de risco, prestando atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos, casos de baixa complexidade, à noite e nos finais de semana, quando a rede básica e a Estratégia de Saúde da Família não estão ativas (BRASIL, 2009). A proposta é que as UPAs permaneçam 24 horas do dia abertas para atendimentos emergenciais, cobrindo uma determinada área onde essa unidade esteja instalada, facilitando o acesso aos seus usuários, prestando um atendimento adequado e de qualidade no sentido de atender suas demandas conforme Portaria nº 2.048 de 05 de novembro de 2002. Conforme texto da legislação é preconizado que o paciente permaneça no máximo 24h em observação nestas Unidades (BRASIL, 2002b).

Em 2008, o Secretário de Saúde do Estado de Pernambuco à época, visitou duas UPAs implantadas no Estado do Rio de Janeiro, uma localizada no Complexo da Maré e outra no bairro da Tijuca. Segundo o secretário, em entrevista ao Portal Saúde, 17 de agosto de 2008, a experiência do Rio de Janeiro auxiliou a implantação das UPAs no estado de Pernambuco, visando estruturar o setor de saúde e melhorar a assistência médica para os mais de 7,5 milhões de usuários do SUS (PERNAMBUCO, 2008a).

A partir desse contexto, o processo de implantação das UPAs em Pernambuco insere-se fundamentalmente na perspectiva de reorganização da Rede de Atenção às Urgências – RAU, perpassando a preocupação também com a Atenção Básica – AB e ampliação do sistema de atendimento pelo SUS no Estado, de forma a organizar, expandir e integrar o atendimento de média e alta complexidade do sistema único de saúde.

Nesse processo, a primeira UPA a ser construída no Estado de Pernambuco foi a Olinda – PE, inaugurada no dia 04 de janeiro de 2010 e administração filantrópica pelo Hospital Tricentenário (HTRI), a partir do convênio nº 030/2008, firmado entre o Governo do Estado de Pernambuco, por meio da Secretaria Estadual de Saúde (SES), com a Prefeitura de Olinda. No seu discurso de inauguração, o governador Eduardo Campos lembrou que aquela Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) seria a primeira de um total de 29 UPAs previstas para serem entregues, em todo o Estado, até o final do ano de 2010, conforme estabelecido no Plano Estadual de Saúde (PERNAMBUCO, 2008b).

O projeto de expansão das UPAs não se concretizou como previsto, atualmente o Estado de Pernambuco conta com apenas 15 UPAs localizadas na cidade de Recife, na Região Metropolitana do Recife – RMR e também no interior do Estado (Caruaru, Petrolina). A RMR conta com atendimento provisionado pelas UPAs em Olinda, Igarassu, Paulista, São Lourenço da Mata e Cabo de Santo Agostinho, com apenas 1 (uma) UPA em cada município. Exclusivamente, o município de Jaboatão dos Guararapes possui 3 (três) Unidades, estabelecidas nos bairros de Engenho Velho, Barra de Jangada e Curado II. A cidade do Recife é contemplada com 5 (cinco) UPAs distribuídas entre os 8 (oito) Distritos Sanitários dos bairros da Imbiribeira, Iputinga, Torrões, Nova Descoberta e Iburá.

As Unidades de Pronto Atendimento, conforme a Lei Estadual nº 15.210, de 19 de dezembro de 2013, são administradas por Processo Público de Seleção de entidade de direito privado sem fins econômicos, qualificada como Organização Social – OS. Nesses termos, foram celebrados Contrato de Gestão com diferentes Organizações Sociais para operacionalização e execução das ações e serviços de saúde das Unidades de Pronto Atendimento (PERNAMBUCO, 2013).

Particulariza-se neste estudo as Organizações Sociais que celebraram contratos com a Secretaria de Saúde de Pernambuco para operacionalização e execução das ações e serviços de saúde nas Unidades de Pronto Atendimento da cidade de Recife-PE. A UPA Caxangá, localizada no bairro da Iputinga, é administrada pela Organização Social Fundação Manoel da Silva Almeida; A UPA do Ibura é administrada pelo Hospital Tricentenário. A UPA Imbiribeira é administrada pela Organização Social de Saúde Instituto Pernambucano de Assistência e Saúde – IPAS; A UPA Torrões é administrada pela Organização Social Santa Casa de Misericórdia. E por fim, a UPA Nova Descoberta que é administrada pela Organização Social Fundação Manoel da Silva Almeida (PERNAMBUCO, 2015).

As UPAs oferecem atendimento em clínica médica, pediatria e ortopedia, com apoio diagnóstico em Raio X, exames laboratoriais e eletrocardiograma, desempenhando importante papel no atendimento de urgência e emergência à população usuária. A partir do acompanhamento das atividades assistenciais executadas nessas unidades pelas organizações sociais gestoras, por meio de visitas sistemáticas, acompanhamento dos relatórios gerenciais mensais, avaliações e relatórios trimestrais, é elaborado o Relatório Anual de Monitoramento de Gestão referente ao período de janeiro a dezembro de cada ano (PERNAMBUCO, 2015).

O relatório de gestão deve se configurar como um instrumento privilegiado de monitoramento por contemplar aspectos quantitativos e qualitativos envolvendo análise acerca do processo geral de desenvolvimento das ações realizadas pela unidade, registrando os avanços obtidos, obstáculos que dificultam o trabalho, bem como iniciativas ou medidas que devem ser desencadeadas. A permanência das Organizações Sociais que administram as Unidades como gestoras, depende diretamente dos resultados obtidos do período de janeiro a dezembro de cada ano (PERNAMBUCO, 2015).

A partir dos dados dos Relatórios Anual de Gestão 2013 /2014 individual das cinco UPAs²⁸ que existem na cidade de Recife-PE, apresentado a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco por cada Organização Social gestora, é

²⁸ Caxangá; Ibura; Imbiribeira; Torrões; Nova Descoberta.

possível identificar uma quantidade significativa de registros de queixas / insatisfações dos usuários junto ao Ministério Público e/ou Ouvidoria do Estado, contra as UPAs, de maneira geral relacionada à demora do atendimento pelo volume da demanda, falta de medicamentos, número de profissionais disponíveis insuficiente para o volume de atendimentos e a gravidade dos usuários, atendimento inadequado, equipe e infraestrutura física e material inadequada (PERNAMBUCO, 2015).

A partir do exposto pode-se afirmar que a experiência brasileira apresenta, sem dúvida, conquistas e avanços significativos no campo dos conceitos e da legislação em relação ao direito a saúde pública em quantidade e qualidade. Contudo, os estudos mostram a existência de agravantes expressivos, dificuldades e contradições em relação a efetivação desse direito, não só em relação ao não atendimento da demanda, mas, no que se refere à qualidade dos serviços prestados envolvendo os vários aspectos que compreendem este conceito na saúde pública.

CAPÍTULO 3.

3. Equipamentos e serviços de saúde como meio de consumo coletivo

3.1. Meios de Consumo Coletivo: fundamentos conceituais, provisão e contradições

Desde a segunda metade do século XX o fenômeno consumo coletivo tem despertado o interesse de muitos estudiosos (CASTELLS, 1983; LOJKINE, 1979; PRETECEILLE, 1986; JARAMILLO, 1986; VERAS, 2000; ROMA, 2005; SARAIVA, 2015; DOWBOR, 2016, entre outros) que tem concentrado atenção principalmente na análise da intervenção do Estado na provisão e distribuição dos equipamentos e serviços de consumo coletivo, integrando à análise os equipamentos e serviços de saúde.

Compreender este fenômeno implica entender que a organização do espaço urbano, a infraestrutura, os equipamentos, os produtos e os serviços determinam as condições e a qualidade de vida da população que se dá por meio do consumo tanto no plano individual quanto coletivo, no contexto urbano e/ou rural, de caráter privado ou público (SARAIVA, 2015).

Segundo Saraiva (2015, p. 35) o consumo individual dirige-se a uma necessidade particular de um indivíduo, dependente do salário auferido (um objeto ou um produto perfeitamente individualizado ou aqueles bens e serviços comprados individualmente – alimentos, roupas, móveis, atendimento médico, serviços de beleza, dentre outros). Já a respeito aos serviços coletivos, segundo a mesma autora, se constituem como valores de uso coletivo, indispensáveis ao desenvolvimento econômico e social, bem como à reprodução da força de trabalho e à produção do capital que só podem ser consumidos de forma coletiva em função de suas características.

A necessidade dos serviços caracterizados como meios de consumo coletivo surge em decorrência da industrialização e das transformações urbanas que passou a constituir requisitos para a eficácia da estruturação do processo de produção capitalista, que na sua constituição demandou o transporte e as comunicações intraurbanas - rodovias, telecomunicações, sistema elétrico, hidráulico, de controle de dejetos - a regulação do tráfego, o controle da contaminação e a segurança pública. Para que as aglomerações urbanas cumprissem efetivamente o papel de potencializar a acumulação capitalista, foram necessários outros serviços de uso coletivo adicionais à sobrevivência cotidiana, tais como, água potável; creches, escolas e universidades; hospitais e centros de saúde; áreas de recreação, esportes e cultura como parques, centros culturais, teatros, hotéis, dentre outros caracterizados como consumo coletivo (SARAIVA, 2015, p.33).

Lojkin (1997, p.146) corroborando Jaramillo (1986) afirma que a crescente demanda pelos meios de consumo coletivo é que vai caracterizar duplamente a cidade capitalista para atender as novas demandas e criar novas necessidades sociais, manifestadas pelo modo de aglomeração específica do conjunto dos meios de reprodução do capital e da força de trabalho. Com efeito, o

processo de industrialização e a acumulação capitalista gerou uma grande expansão deste consumo, ao qual não se chegaria de outra maneira.

Roma (2005, p. 28) destaca os meios de consumo coletivo como imprescindíveis para a vida na cidade, sobretudo, dos segmentos menos favorecidos que dependem dos equipamentos e serviços públicos para satisfazerem suas necessidades. Para a autora, os serviços de consumo coletivo são imprescindíveis à sobrevivência cotidiana e a reprodução da força de trabalho, tais como, água potável; creches, escolas e universidades; hospitais e centros de saúde; áreas de recreação, equipamento de esportes e cultura dentre outros, essenciais à vida.

Corroborando Roma, Dowbor (2016, p. 83) é enfático em afirmar que o consumo coletivo é essencial para as populações. Para ele, o consumo coletivo consiste em políticas sociais como saúde, educação, transporte coletivo, segurança, cultura e afins, fundamentais para o bem-estar das populações. O autor destaca ainda, que o consumo coletivo tem a vantagem de gerar o sentimento segurança vital por ser imprescindível para a vida das crianças, dos jovens e também para os adultos e idosos. Além disso, não gera agressão ao meio ambiente, pelo contrário, favorece a sustentabilidade tanto na dimensão ambiental quanto na dimensão social.

Nessa perspectiva, não se deve confundir os meios de consumo coletivo, nem com os meios de produção que compõem os diferentes ciclos do capital produtivo (consumo produtivo), nem com os que compõem o processo de reprodução da força de trabalho (consumo individual). Como condições necessárias ao processo de produção do capital e da força de trabalho, os meios de consumo coletivo caracterizados como públicos, inserem-se entre as fases do processo de produção como auxiliares necessários do ponto de vista social, mas totalmente improdutivo do ponto de vista econômico, uma vez que não geram lucro sobre a forma de capital (SARAIVA, 2016, p.159).

Considerando esta característica, Lojkin (1979, p. 58) estabelecendo um paralelismo entre a função dos meios de consumo coletivo públicos e a dos meios de consumo individual, identifica ainda que as despesas com esses meios de

consumo são simplesmente gastos de renda e não adiantamento de capital e por isso podem ser definidas como falsa despesa de produção.

Para Saraiva (2015, p. 49) do ponto de vista da medida capitalista de rentabilidade, efetivamente, as despesas com consumo coletivo, são despesas sem retorno, na medida em que não criam valor, mas ao contrário, efetivam despesas. Ademais, enquanto os meios de circulação social (bancos, créditos, bolsa de valores etc.) compensam sua improdutividade pela necessidade de intervirem no nível da reprodução do capital produtivo, os meios de consumo coletivo, na medida em que só intervêm no nível da reprodução da força de trabalho são classificados como supérfluos, do ponto de vista da reprodução do capital.

Para Jaramillo (1986, p.19) a expressão meios de consumo coletivo traduz uma série de valores de uso coletivo, entre os mais importantes destacam-se os serviços públicos – sistema viário, os equipamentos e serviços de saúde, de educação e de habitação, que por algumas de suas características são difíceis de serem providos pelo capital individual, sendo, porém, indispensáveis à reprodução da força de trabalho e acumulação do capitalista.

Para melhor compreensão dos meios de consumo coletivo, Lojkine (1997, p. 42) distingue os critérios que os especificam e, ao mesmo tempo, explica os obstáculos que se interpõem à ação do capital individual para produção desses meios de consumo:

a) o valor de uso dos meios de consumo coletivo - dirige-se não a uma necessidade particular de um indivíduo, mas a uma necessidade que só pode ser satisfeita coletivamente, como por exemplo: a assistência hospitalar; o ensino escolar, a creche e os transportes coletivos são valores de uso coletivo;

b) a natureza dos meios de consumo coletivo – especificamente a difícil divisibilidade do consumo coletivo com frequência obstaculiza sua circulação mercantil. Quando Marx (1984) analisa o processo de troca dos meios de subsistência (alimentar-se, vestir-se), evidencia que um produto (alimento, roupa) para ser trocado por seu valor, como mercadoria, deve de fato poder ser destacado e diferenciado dos outros produtos, a fim de se apresentar no mercado, na esfera da circulação, como um objeto perfeitamente individualizado,

no qual se encontra um quantum de trabalho abstrato que determinará seu valor. Porém, no caso dos meios de consumo coletivo, particularmente, de caráter público, seu uso é complexo, difuso, dificilmente mensurável em termos de necessidade particular individualizada. Daí as infundáveis discussões acerca do custo real das despesas realizadas com educação, saúde, transporte, e sua utilidade no âmbito de um regime econômico capitalista.

c) a duração dos meios de consumo coletivo - é mais um critério que se interpõe à ação do capital. O período de rotação do capital empregado na provisão de meios de consumo coletivo pode ser tão prolongado que supere o horizonte de previsão de qualquer investidor. O efeito da lentidão de sua renovação provoca uma diminuição da rotatividade do capital e, por conseguinte, uma rentabilidade muito fraca. As creches, as escolas e universidades, os hospitais e centros de saúde, as áreas de recreação, esportes e cultura permanecem em uso por muitas dezenas de anos, constituindo-se assim equipamentos coletivos de baixa rotatividade capitalista (SARAIVA, 2015, p.51).

Os meios de consumo coletivo têm enfim a característica de não possuir valores de uso que durante o seu processo de produção sejam convertidos em produtos materiais individualizados, separados das atividades que o produziram. Marx (1984) explica que, no processo de produção dos meios de subsistência, isto é, de produtos materiais, individualizados (alimentos, roupas, sapatos, material escolar dentre outros), o valor de uso se cristaliza no próprio objeto material. No processo de produção dos meios de consumo coletivo, especialmente públicos, os valores de uso, ou seja, os serviços são atividades imateriais, intermediárias entre os equipamentos materiais (objetos-suporte) e o consumo do serviço propriamente dito. Há, portanto, uma dissociação entre o valor de uso imaterial dos meios de consumo coletivo e os objetos suportes (edifícios de escolas, hospitais, creches e outros equipamentos) das atividades caracterizadas como prestação de serviços (SARAIVA, 2016, p.157).

Do ponto de vista capitalista, duas condições principais justificam essa contradição. A primeira consiste no fato de que os meios de consumo coletivo só intervêm, indiretamente, no nível da reprodução da força de trabalho, embora, a reprodução socializada desta força seja um fator cada vez mais decisivo da

elevação da produtividade do trabalho. A segunda condição diz respeito à natureza das despesas de consumo. Ou seja, para o capital, são despesas sem retorno que não permitem nem a redução do tempo de produção (despesas de produção ou falsas despesas de produção) nem a redução do tempo de circulação do capital. Nesse sentido, para o capital, as despesas de consumo coletivo são consideradas supérfluas e devem ser comprimidas ao máximo. Além disso, seu valor de uso específico (coletivo, indivisível, imóvel, durável...) onera o processo de produção do ponto de vista dos agentes que as produzem (LOJKINE, 1997, p.25).

Para Saraiva (2016, p.160), essa dissociação efetuada pelo capitalismo entre, de um lado, as condições diretamente necessárias à produção e à reprodução do capital, e de outro, aquelas diretamente relacionadas à reprodução social tem implicações imediatas na efetivação dos programas de proteção social, bem como na provisão dos equipamentos e serviços coletivos como saúde, educação, transporte, segurança pública, habitação, dentre outros.

Na análise de Dowbor (2016, p. 84) sobre a provisão do consumo, o coletivo de caráter público, é o que mais atrasa, fruto da desigualdade e da privatização das políticas sociais centradas nas elites. Tal atraso se deve principalmente ao interesse dos grupos econômicos interessados na privatização desse tipo de serviço – a saúde, hoje, constitui uma imensa indústria, em particular na dimensão curativa (hospitais, clínicas médicas, medicamentos) – o que aprofunda as desigualdades pela hierarquização da distribuição e do acesso aos meios de consumo coletivo. A ideologia de fazer crescer bolo antes de distribuí-lo e com ataque ao setor como mau gestor e aos impostos em geral, cristaliza-se a falta de acesso aos meios de consumo coletivo públicos, essenciais para uma imensa parcela da população.

Nesse cenário, a configuração do acesso aos bens comuns de uso comunitário, aos serviços de consumo coletivo – saúde, educação, transporte, segurança e outras políticas sociais - para que as pessoas vivam com mínimos de conforto, constitui a base do que poderíamos considerar nível elementar de qualidade de vida. Não haverá equilíbrio político, nem qualidade de vida, nem paz

social enquanto tais serviços não estiverem disponíveis para todos igualmente, pois são essenciais a reprodução social e a vida (DOWBOR, 2016, p. 84).

Entretanto, nas sociedades capitalistas uma das contradições que adquire mais relevância é a relacionada a provisão pelo Estado dos meios de consumo coletivo. Evidenciam-se dificuldades cada vez maiores para satisfazer essas necessidades, embora alguns desses consumos constituam as condições de sobrevivência da população dos setores populares, verdadeiras formas de vida (SARAIVA, 2016, p.161).

É perceptível, particularmente no âmbito urbano, que as contradições relacionadas à provisão do consumo coletivo tem se manifestado com especial nitidez no âmbito urbano. Contudo, apesar de sempre presentes, em particular nas manifestações dos movimentos sociais por consumo coletivo, os esforços para conceitualizar essas contradições ainda não têm uma longa tradição. Segundo Saraiva (2016, p.171), subsistem vazios teóricos consideráveis, especialmente em relação aos elementos que determinam e que se interpõem à provisão por parte do Estado dos meios de consumo coletivo.

No caso dos equipamentos e serviços de atendimento à saúde (unidades de saúde, hospitais, clínicas médicas, dentre outros), embora indispensáveis à reprodução da força de trabalho e a produção e reprodução capitalista, se mostram cada vez mais difíceis de serem providos pelo Estado.

Estudos e pesquisas realizadas no Brasil por muitos estudiosos (DONABEDIAN,1984; SANTOS, et al., 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; VOLPATO, et al., 2010, dentre outros) tem evidenciado essas dificuldades e contradições, não só em relação ao não atendimento da demanda e no que se refere à qualidade dos serviços prestados, mas também quanto ao significado desses serviços para os(as) usuários(as) ou consumidores(as) desses serviços.

Muitas vezes, devido à segregação socioespacial, as pessoas são submetidas a viverem desprovidas dos meios de consumo coletivo afetando, desta forma, suas condições e qualidade de vida. Destacamos este ponto, porque, o acesso aos meios de consumo coletivo em quantidade e qualidade, a exemplo das Unidades Pronto Atendimento, objeto de estudo desta pesquisa, é crucial para a vida das pessoas na cidade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. Desta forma, pode-se pensar que não há uma pessoa absolutamente saudável e que não necessite de serviços de saúde. A Constituição Federal de 1988, criadora do Sistema Único de Saúde (SUS), introduz o conceito de saúde ampliado, afirmando que “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 às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, Artigo 196).

Na sua estruturação, o SUS possui os princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) e organizativos (descentralização, regionalização e hierarquização, resolutividade e controle social), sendo regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8.080/90). Essa última dispõe sobre a capacidade de resolução dos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, partindo do fundamento de que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. A mesma Lei, no Artigo 22, diz ainda que “na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do SUS quanto às condições de seu funcionamento”. Portanto, é necessário aprimorar e desenvolver a qualidade em qualquer setor de assistência à saúde, seja público ou privado (VOLPATO, L. F et al, 2010, p. 1562).

A população, por meio constitucional, tem garantido o direito de acesso aos serviços de saúde, entretanto, o sistema público de saúde tem se caracterizado como insuficiente e precário (VOLPATO et al, 2010, p. 1562). Diante das profundas desigualdades sociais, péssimas condições de vida e de saúde da população, má alocação dos recursos, ineficiência, custos crescentes e desigualdade nas condições de acesso dos usuários, a busca pela melhoria da qualidade dos serviços de saúde pública torna-se cada vez mais necessária, um verdadeiro exercício de cidadania.

Segundo Volpato (2010, p. 1562), o setor público é o maior provedor de bens, serviços e equipamento coletivos. Para serem efetivados esses serviços depende da responsabilidade do Estado em garantir os critérios de quantidade,

qualidade, agilidade e, sobretudo, acesso facilitado. No entanto, são muitos os estudos que afirmam o contrário, indicando seu foco na sua própria existência, deixando o padrão de qualidade desses serviços em segundo plano.

O Estado, historicamente, tem aberto caminhos para práticas efetivas de avaliação do padrão de qualidade dos serviços básicos de saúde tendo em vista a melhoria do atendimento e dos serviços prestados. Contudo, estudos como os de (DONABEDIAN, 1984; Vaitsman e Andrade, 2005) tem mostrado que apesar destas práticas de avaliação terem apresentados os problemas, esses não foram resolvidos. Os serviços básicos de saúde continuam precários, com implicações diretas na qualidade de vida e de saúde dos indivíduos, dos grupos, das famílias e das comunidades. A persistência deste quadro afeta de forma grave as classes de mais baixa renda, as mais desassistidas, engendrando impactos negativos na saúde coletiva e no nível da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS), refletindo na questão social. Porque isso ocorre? O que pensam os/as gestores públicos e os (as) usuários (as) ou os (as) consumidores (as) sobre essas contradições?

Em Recife, local de realização dessa pesquisa, em que pese todos os esforços, em relação ao acesso dos meios de consumo coletivo, como por exemplo, os pactos estabelecidos entre o Estado e os municípios, com base nas distintas orientações das políticas de regionalização entende-se que ainda não foram suficientes para promover o acesso, utilização em quantidade e qualidade dos serviços de saúde que integram a atenção básica, constituindo-se assim, em um grande desafio para o Sistema Único de Saúde. Porque isso ocorre? Porque os serviços que integram a atenção básica, abrangendo as unidades de pronto atendimento, ainda não conseguiu efetivar seu papel no sentido de promover em quantidade e qualidade serviços que levem a satisfação dos usuários, a prevenção e a promoção da saúde?

Entendendo o padrão de qualidade dos serviços prestados pelas Unidades Pronto Atendimento como a declaração da qualidade esperada, que vai expressar expectativas, demandas, desejos a serem satisfeitos e a efetivação do direito de cidadania. Não como um fim em si mesmo, mas, como uma ferramenta aliada à busca dos melhores resultados nos equipamento e meios de consumo

coletivo públicos. Entendendo ainda que os padrões de qualidade se caracterizam pela sua abrangência, referindo-se a uma visão ampla do sistema e das ações em saúde, somando-se a isso, que refletem o foco da atenção básica no usuário, induzindo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação das demandas dos (as) usuários (as) ou consumidores (as).

Nesse contexto, entendendo ainda que as Unidades de pronto Atendimento devem funcionar 24 horas por dia, sete dias por semana e poder resolver grande parte das urgências e emergências, contribuindo, como equipamento e serviço coletivo para diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais.

Entendendo que as UPAs como parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, do Ministério da Saúde, deve estruturar e organizar a rede de urgência e emergência no sentido de facilitar o acesso aos seus usuários, prestando um atendimento adequado e de qualidade no sentido de atender suas demandas, o foco deste estudo recai em compreender, a partir do ponto de vista dos (as) gestores (as) públicos e dos usuários (as) ou consumidores (as) dos serviços dessas unidade, quais são fatores determinantes que leva a existência de agravantes expressivos, limitações e contradições em relação a efetivação do direito a um atendimento com qualidade nas UPAs como meio de consumo coletivo.

CAPÍTULO 4.

4.1. METODOLOGIA

4.1.1. Abordagem e Tipologia do Estudo

O estudo se caracteriza como de abordagem qualitativa, explicativa e de tipologia, estudo de caso. Através da pesquisa qualidade foi possível trabalhar com o estudo de caso e com o método de análise das representações sociais. Com esse entendimento, privilegiou-se menos as generalizações e mais o aprofundamento e a abrangência das representações subjetivas dos sujeitos fundamentadas no o senso comum, construtor da realidade social.

A opção pelo estudo de caso justifica-se por este método de investigação propiciar pesquisar o fenômeno estudado dentro do seu contexto real, na contemporaneidade, especialmente considerando a necessidade do fenômeno não ser ainda claramente esclarecido, possibilitando apreender a realidade a ser pesquisada dentro do contexto amplo em que se acha situado (YIN, 2001, p. 94).

Segundo os estudiosos desse método de investigação (Merriam, 1988; Yin, 2001; Chizzotti,1995; Haley,1995; Godoi, Bandeira de Melo e Silva, 2010, dentre outros), no estudo de caso, o interesse do pesquisador está voltado à compreensão dos processos sociais que ocorrem num determinado contexto, na perspectiva de compreender uma situação em profundidade, enfatizando seu significado para os vários envolvidos com a situação. Nesse sentido, o estudo de caso constitui uma descrição (holística e intensiva) de um fenômeno social bem delimitado (um programa, uma instituição, uma pessoa, um grupo de pessoas, um processo social ou unidade social). Nessa direção, o estudo de caso propiciou a compreensão e a descoberta de novos significados acerca do fenômeno estudado, principalmente quando se associou ao método das representações sociais.

Além disso, o estudo de caso propiciou a utilização de métodos e técnicas diversificadas – documentos, artefatos, entrevistas, observações, relatos,

avaliações - de modo a explorar o potencial descritivo e explicativo do fenômeno pesquisado, a partir dos significados atribuídos pelos sujeitos às categorias teóricas analisadas. Permitiu ainda a utilização de técnicas diversificadas e recurso a diferentes fontes de evidências, propiciando um retrato abrangente e detalhado do fenômeno estudado, favorecendo a organização de um estudo ordenado e crítico do fenômeno estudado, conforme orienta CHIZZOTTI (1995, p. 102).

4.1.2. Universo e amostra da pesquisa

Em 2015, segundo a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) o estado passou a contar com 15 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), destas, 12 estão localizadas na cidade e na Região Metropolitana do Recife (RMR) e 3 no interior do estado nas cidades de Caruaru, Petrolina e Igarassu, conforme mostra o quadro abaixo.

Quadro 1. Relação das UPAs do Estado de Pernambuco (2017)

UPA	Localização	Administração
UPA Imbiribeira	Recife/PE	IPAS ²⁹
UPA Caxangá	Recife/PE	Fundação Manoel da Silva Almeida
UPA Torrões	Recife/PE	Santa Casa de Misericórdia
UPA Nova Descoberta	Recife/ PE	Fundação Manoel da Silva Almeida
UPA Ibura	Recife/ PE	Hospital Tricentenário
UPA Olinda	Olinda/PE	IMIP ³⁰ Hospitalar
UPA Paulista	Paulista/PE	IMIP Hospitalar
UPA São Lourenço da Mata	São Lourenço da Mata/PE	IMIP Hospitalar
UPA Curado	Jaboatão dos Guararapes/PE	Hospital Tricentenário
UPA Barra de Jangada	Jaboatão dos Guararapes/PE	IMIP Hospitalar
UPA Engenho Velho	Jaboatão dos Guararapes/PE	IMIP Hospitalar
UPA Cabo de Santo Agostinho	Cabo de Santo Agostinho	IMIP Hospitalar
UPA Caruaru	Caruaru	IMIP Hospitalar
UPA Petrolina	Petrolina	IMIP Hospitalar
UPA Igarassu	Igarassu	IMIP Hospitalar

Fonte: Próprio do autor, 2017 com base na SES/PE (2017).

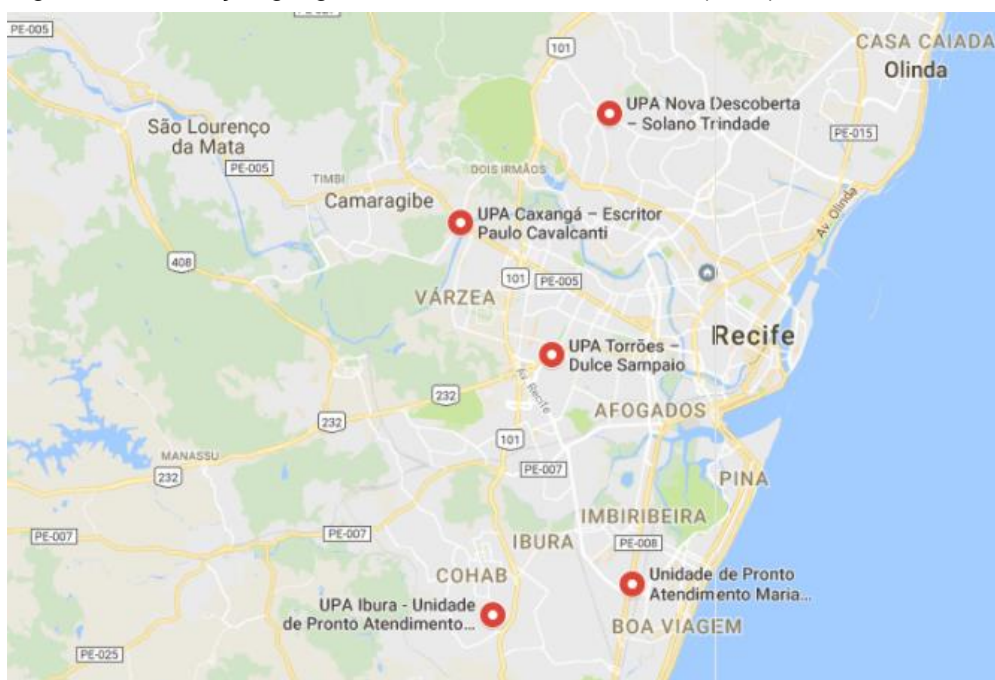
²⁹ Instituto Pernambucano de Assistência e Saúde

³⁰ Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

A implantação das UPAs em Pernambuco se inseri fundamentalmente na reorganização da Rede de Atenção às Urgências (RAU) e emergência, diferentemente do contexto de como estão inseridas as UPAs da cidade de São Paulo. Nesse estado as Unidades de Pronto Atendimento surgem como estratégia de substituição da assistência médica ambulatorial (AMA) as quais foram consideradas um retrocesso na organização do sistema de saúde para a Atenção Primária (KONDER; O'DWYER, 2015, 537).

Das 12 UPAs implantadas, 7 se encontra localizada na Região Metropolitana (RMR) e 5 na cidade do Recife. Para este estudo, optou-se por trabalhar somente com as UPAs localizadas na cidade do Recife-PE, totalizando 5 (Caxangá; Nova Descoberta; Imbiribeira; Ibura e Torrões). A escolha dessa amostra se deu em função da cidade de Recife concentrar um maior numero de unidades, ou seja, cinco, enquanto que Olinda, Igarassu, São Lourenço da Mata, Paulista, Cabo de Santo Agostinho, Petrolina e Caruaru, possuem apenas 1 e o município de Jaboatão dos Guararapes conta com 3 unidades. Conforme mostra a Figura 1.

Figura 1. Localização geográfica das UPAs em Recife-PE (2017)



Fonte: google.com.br

Nessa direção, de acordo com os objetivos do estudo, a pesquisa foi realizada com 25 usuários(as) dos serviços de saúde prestados pelas 5 UPAs da cidade do Recife-PE, considerando 5 usuários(as) em cada UPA selecionada.

A escolha do tamanho da amostra considerou os estudos de Cresswell (1998, p.159) que orienta para a amostra de estudos com abordagem qualitativa e de pesquisas de cunho fenomenológico devem se ater no máximo a 25 e no mínimo cinco entrevistados(as). Somando-se a essa orientação, segundo Minayo (2017, p.6), de modo consensual entre diversos(as) autores(as), a pesquisa de abordagem qualitativa não requer uma quantidade de entrevistados(as) menor que 20 e maior que 30, para qualquer tipo de fenômeno investigado.

O universo da pesquisa, portanto, encontra-se compreendido pelas cinco UPAs localizadas em Recife-PE. Em relação ao critério de inclusão adotado se considerou a aceitação dos(as) usuários(as) em participar da pesquisa após esclarecimento dos objetivos da mesma pelo autor e esclarecidas dúvidas. Valendo salientar que os(as) entrevistados(as) foram escolhidos(as) de forma aleatória, à medida que eram atendidos(as) nas respectivas UPAs e estavam liberados(as). Para tanto, o pesquisador inquiriu o(a) usuário(a) na porta da unidade, mas, particularmente, na calçada. Dessa forma, os(as) usuários(as) que se dispuseram participar da entrevista foram informados(as) adequadamente, de forma verbal, sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa para que em seguida pudessem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) caso concordassem com o mesmo. Além disso, como critério de exclusão, levou-se em consideração a maior idade para poder participar da entrevista.

4.1.3. Método de Análise

A teoria das representações sociais que tem como figura central Serge Moscovici orientou as análises do estudo. Segundo Moscovici (2001, p.123) as representações sociais se constituem em uma das formas de compreensão da realidade, do mundo concreto, permitindo encontrar elementos do discurso social trazido pelos sujeitos sociais para melhor compreensão dos fenômenos sociais.

Considerando essa perspectiva, o processo de análise das representações dos(as) usuários(as) das UPAs propiciou a apreensão das concepções, visões, valores e experiências individuais desses sujeitos, permitindo desvendar a associação de ideias de como esses(as) usuários(as) elaboram suas representações sobre saúde, saúde pública, direito, direito à saúde pública, qualidade, qualidade da saúde pública e questão central, como percebem a qualidade dos serviços de saúde prestados por estas Unidades de Pronto Atendimento.

Para Spink (1995, p.118) tem-se nas representações sociais uma forma de conhecimento prático, que se insere mais especificamente entre as correntes que estudam o conhecimento do senso comum, considerado como saber popular, mitos, crenças, costumes, ideias, valores, visões que são socialmente compartilhados. O indivíduo, nesta perspectiva, é sempre o sujeito social e, conseqüentemente, um símbolo vivo do grupo que ele(a) representa, tornam-se uma expressão da realidade social (SPINK, 1995, p.123).

Nessa direção, a perspectiva metodológica possibilitou no estudo a inversão da posição do sujeito, na questão do conhecimento, de observador(a) neutro(a) e passivo(a), este(a) passou a ter um papel central, enquanto formulador(a) de conhecimento do senso comum, na concepção da realidade consensual. Desta forma, o trabalho com os dados qualitativos possibilitou desvendar a realidade social sob a égide do olhar dominante dos sujeitos.

4.1.4. Instrumento e técnica de coleta de dados

Para coleta de dados utilizou-se da entrevista estruturada, utilizada como técnica principal de coleta de dados por ser a mais adequada para a obtenção do levantamento do contexto social estudado, acompanhada de um questionário de entrevista composto por perguntas abertas e fechadas. Segundo Richardson (2008, p. 207) a entrevista estruturada é uma importante técnica que permite o desenvolvimento de uma estreita relação entre o(a) entrevistador(a) e o sujeito entrevistado(a), facilitando a interação face a face, elemento fundamental na

pesquisa em ciências sociais. A composição do questionário de entrevista contemplou quatro blocos sistematizados, a saber:

- Bloco I – Dados da identificação da entrevista;
- Bloco II – Caracterização socioeconômica e demográfica dos(as) usuários(as) das UPAs;
- Bloco III – Representação social dos(as) usuários(as) sobre saúde, sobre política pública de saúde e direito social;
- Bloco IV – Representação social dos(as) usuários(as) sobre qualidade e qualidade na saúde pública, integrando a UPAs.

As entrevistas foram realizadas pelo próprio autor da pesquisa, durante os meses de novembro de 2016 a janeiro 2017 e tiveram em média uma duração de 30 minutos. As entrevistas foram realizadas na calçada das UPAs, uma vez que os(as) gestores(as) das unidades de saúde onde se realizou a pesquisa, não permitiram realizar as entrevistas dentro recinto, fato que favoreceu a investigação, posto que, deixou o(a) usuário(a) livre para responder as perguntas, pois dentro da unidade com certeza ficariam constrangidos.

Através das entrevistas, as informações apreendidas a partir das falas dos(as) participantes da pesquisa, foram organizadas respeitando a ordem dos blocos de análises. Em seguida as respostas foram tabuladas e após tabulação, foram criadas categorias de análises, agrupadas conforme semelhança das respostas às perguntas sobre as categorias teóricas investigadas - saúde, saúde pública, direito, direito a saúde pública, qualidade, qualidade na saúde, qualidade dos serviços prestados pelas UPAs, fatores que influenciam a qualidade dos serviços prestados pelas UPAs e a quem ou a que atribui a falta de qualidade nessas unidade.

CAPÍTULO 5.

5.1. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1.1. Tabela 1 – Distribuição das características socioeconômicas e demográficas dos(as) participantes da pesquisa usuários(as) das UPAs da cidade do Recife-PE, 2016

CARACTERISITICAS	Frequência das Respostas	
	N	%
Sexo		
Masculino	4	16,00
Feminino	21	84,00
Faixa etária		
18 a 27 anos	7	28,00
28 a 37 anos	6	24,00
38 a 47 anos	7	28,00
48 a 57 anos	4	16,00
58 anos ou mais	1	4,00
Escolaridade		
Sem Escolaridade	1	4,00
Fundamental Incompleto	3	12,00
Médio Completo	12	48,00
Superior Incompleto	5	20,00
Superior Completo	4	16,00
Renda Mensal		
Menor que 1 salário	6	24,00
de 1 a 2 salários	12	48,00
de 2 a 4 salários	3	12,00
de 4 a 6 salários	1	4,00
Não informado	3	12,00

Em relação ao sexo

Os dados da Tabela 1 evidenciam a preponderância do sexo feminino sobre o masculino. Dos(as) usuários(as) entrevistados(as) 84% são mulheres. Estes dados podem ser justificados considerando as últimas estáticas do censo de 2010 e os dados acerca da frequência de homens e mulheres usuários(as) das UPAs no Brasil de acordo com os estudos encontrados.

Conforme os dados oficiais do último Censo 2010 (IBGE, 2017) o Brasil apresenta uma população de 160.925.792 residentes em áreas urbanas, sendo o número de mulheres maior que o de homens em 5.505.000. No Nordeste o percentual de mulheres também é superior ao de homens apresentando uma diferença a mais de 1.767.790. Conforme dados extraídos da Projeção da População do Brasil, no estado Pernambuco (IBGE, 2017), a população masculina totaliza 4.230.681 (48,10%) enquanto a população feminina corresponde a 4.565.767 habitantes (51,90%). Em Recife, a situação se repete, o número de mulheres é maior em 118.066 que o número de homens. Dessa forma, a distribuição por sexo no Estado segue a mesma tendência verificada na Região Nordeste e no Brasil, onde o sexo feminino apresenta superioridade numérica em relação ao masculino, refletindo na maior procura de mulheres as UPAs.

Apesar de não ter encontrado estudos que mostrem estatísticas por sexo dos(as) usuários(as) de UPAs em Pernambuco, particularmente em Recife, o Relatório de Auditoria de Unidades de Pronto Atendimento realizado pelo Tribunal de Contas da União (TCU, 2013, p.36) considera importante se evidenciar estes dados. Nessa direção, o TCU determina Indicadores de Dados Gerencias que devem ser coletados para avaliar o funcionamento dos serviços nas UPAs, entre outros indicadores, recomenda a idade e o sexo dos usuários atendidos. Embora o TCU determine que os dados sobre idade e sexo sejam considerados, o que se evidenciou, inclusive nos Relatórios Anuais de Execução de Contrato das UPAs (PERNAMBUCO, 2015) localizadas na Cidade do Recife e Região Metropolitana, é que estes dados não constam no referido relatório.

Saissu (2013) em estudo realizado nas UPAs do Distrito Federal analisou 280 prontuários de usuários(as) de UPAs e constatou que 56% dos(as)

usuários(as) são do sexo feminino. Em outro estudo, em Ribeirão Preto - São Paulo, Garcia e Reis (2014) analisaram 477 fichas de atendimentos e identificaram que 71,5% dos(as) usuários(as) atendidos(as) eram mulheres. Machado et al., (2015) também realizou pesquisa em UPAs de Ouro Preto – MG e evidenciou que a maioria, 58,9%, dos(as) usuários(as) atendidos(as) eram do sexo feminino.

Estudos realizados por Bastos (2016), Carret (2007), (Garcia e Reis, 2014) justificam a grande demanda de mulheres aos serviços de urgência e emergência em detrimento da procura dos serviços oferecidos pela Atenção Básica (AB), para os autores(as), isto acontece como consequência das falhas no atendimento nas unidades de (AB) providas pelos municípios, que acarretam sobrecarga nos serviços de urgência e emergência prestados pelas UPAs.

Estudos mostram que nessas unidades a demanda de pacientes tem sido cada vez maior ultrapassando muito a capacidade de atendimento. Para os estudiosos, se nas unidades voltadas para a AB, à prestação de serviços funcionasse de forma adequada, com a qualidade prevista nos termos da Lei, as mulheres seriam bem atendidas nas suas demandas e não procurariam outros serviços de saúde, de urgência e emergência. Segundo Rego et al., (2015, p.2) a AB se caracteriza como a porta de entrada dos cuidados a saúde. Através da equipe multiprofissional, compostas por psicólogo, assistente social, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista, médicos pediatra, ginecologista-obstetra, psiquiatra - que auxiliam na resolutividade dos casos atendidos – as mulheres seriam melhor atendidas em suas demandas - não obstante, a dificuldade para marcar uma consulta e o tempo de espera para efetivação da mesma, leva as usuárias da AB a procurarem outros serviços de saúde.

Considerando estes aspectos, Bastos (2016, p.16) afirma em sua Tese de Doutorado que há, de fato, a sobreutilização dos serviços de saúde pelas mulheres. Essa alta demanda da presença das mulheres nos serviços de saúde acontece em sua maioria de maneira inadequada. Garcia e Reis (2014, p.368), também estudaram este fenômeno e evidenciaram que os(as) usuários(as), principalmente as mulheres, procuram os serviços de urgência e emergência de

forma inadequada, ou seja, buscam atendimento em UPAs motivadas pela própria iniciativa e não conforme encaminhamento da (AB).

Segundo Machado et al., (2015, p.420) a sobreutilização das UPAs tem sido amplamente discutida na literatura e rotineiramente associada ao uso inadequado. O uso desse serviço por pacientes que não se encontram em situações de urgência ou emergência representa uma demanda extra que pode gerar aumento no tempo de espera e diminuição da qualidade do atendimento e, ainda, incremento nos gastos públicos com saúde.

Em relação à faixa etária

É possível perceber a partir dos dados da Tabela 1 que a maior presença dos(as) usuários(as) das UPAs onde se realizou a pesquisa, encontra-se na faixa etária entre 18 a 27 anos de idade 28% e com o mesmo percentual, usuários(as) na faixa etária entre 38 a 47 anos de idade. Segue-se a faixa etária de 28 a 37 anos de idade com 24% da demanda. A faixa etária entre 48 a 57 anos com 16% e apenas um(a) usuário(a) no intervalo de 58 anos ou mais de idade, caracterizando a amostra como em idade jovem adulta conforme pirâmide etária ou pirâmide demográfica (IBGE, 2016).

Estudos realizados em outros estados do Brasil (Pícoli, Cazola e Maurer, 2016; Machado et al., 2015; Saissu, 2013) que tratam do perfil de usuários(as) de UPAs, particularmente, da faixa etária, revelam uma população em idade também jovem adulta, entre 21 a 45 anos de idade, correspondendo aos dados encontrados neste estudo.

Na ocasião da pesquisa se indagou por que os(as) usuários(as) das UPAs entrevistados(as) procuravam estas unidades. A maioria respondeu que a facilidade de “*não ter agendamento de consulta*” seria o fator principal, somando-se a questão de que são trabalhadores(as) e “*não podem se ausentar do trabalho por muito tempo*” e ainda pela questão de “*conseguir atestado médico*” que justifica ausência quando enfermos.

Isto pode explicar o porquê da população usuária das UPAs deste estudo se caracteriza como jovem adulta e não idosa. No caso da população idosa, os

estudos mostram que devido às especificidades dos problemas de saúde, exceção feita em casos de urgência/emergência, as pessoas idosas buscam as Unidades Básicas de Saúde (UBS) para atendimento. Estudo realizado por Araújo, Valença e Rocha (2012, p.199) confirmam que 56,8% dos(as) idosos(as) entrevistados(as) em pesquisa realizada em João Pessoa-PB afirmam utilizar os serviços prestados pelas (UBS) como porta de entrada para os serviços de saúde para alcançarem outros níveis de atenção.

Segundo Rego et al., (2015, p. 1) é comum no sistema de atendimento das UPAs acontecerem distorções de fluxos, o qual se refere à busca por atendimento rápido nas unidades de urgência/emergência, ao invés de buscarem atendimento a partir das (UBS). Nesta perspectiva, se ressalta a importância de se investigar a complexidade dos atendimentos em UPAs como de extrema relevância, uma vez que estas investigações podem ser utilizadas como referência para monitoramento dos serviços de saúde e melhor compreensão dos problemas de distorções de fluxo e suas soluções.

Em relação à escolaridade

Conforme se observa na Tabela 1, quase a maioria dos(as) entrevistados(as) concluiu o ensino médio 48%, seguidos daqueles(as) que se encontram cursando o ensino superior 20% e de apenas 16% que concluíram o ensino superior. Uma parcela considerável da amostra 16% ainda não concluiu as primeiras séries iniciais do ensino fundamental, sendo um analfabeto.

Na descrição do perfil de usuários(as) dos serviços de emergência em Pelotas-RS, Carret (2007, p.127) encontrou numa amostra de 1.643 usuários(as) o percentual de 40,2% com 5 a 8 anos de estudo, caracterizando o Ensino Fundamental e 19,1% com nível de educação formal entre 9 a 11 anos (Ensino Médio Completo). Corroborando com estes resultados, Castanheira et al. (2014, p. 260), afirma que entre os(as) usuários(as) exclusivos do SUS, incluindo da AB, das urgências e emergências e dos hospitais, destacam-se os indivíduos com menor tempo de estudo.

Através da educação é possível não somente melhores oportunidades de emprego e renda na sociedade, como também o aumento da possibilidade de mobilidade social. Contrariando esta perspectiva, os dados da Tabela 1 mostram que apenas nove participantes da pesquisa tiveram acesso ao nível superior, destes apenas 4 concluíram, caracterizando amostra dos(as) usuários(as) das UPAs do Recife como de baixa escolaridade, com prevalência de menos de 11 anos de estudo.

Gouveia, et al., (2009, p.286) analisando os dados da Pesquisa Mundial de Saúde (PMS-2009) sobre a satisfação dos(as) usuários(as) dos serviços de saúde em geral, bem como analisando os dados da Pesquisa Mundial de Saúde com foco na Atenção Básica (PMS-AB/2009), evidenciou que dos 3.932 participante da primeira pesquisa, os(as) usuários(as) do SUS, a predominância (66%) é a baixa escolaridade. Na segunda pesquisa, os(as) autores(as) observaram que no estado de Pernambuco, diferente do que se evidenciou nos outros estado, o nível de escolaridade é baixo, contudo, esta condição não interferiu na avaliação dos serviços de saúde, uma vez que mesmo possuindo baixo nível de escolaridade, mostraram-se insatisfeitos(as) com a qualidade dos serviços prestados pelo sistema de saúde, principalmente, na hora da resolução dos problemas de saúde em nível ambulatorial. O que não aconteceu com os(as) usuários(as) dos SUS dos outros estados, cuja insatisfação só ocorreu com usuários(as) de maior escolaridade.

Em relação à renda mensal

Considerando a renda dos(as) usuários(as) das UPAs onde se realizou a pesquisa, os dados coletados informam que uma parcela significativa 48% dos(as) entrevistados(as) possui renda de 1 a 2 salários mínimos, seguidos(as) dos(as) usuários(as) com renda menor que 1 salário 24% e apenas de 12% que auferem de 2 e 4 salários, sem deixar de considerar que somente 1 participante percebe 4 a 6 salários. Os dados refletem o foco dos serviços de saúde pública nos segmentos de baixa renda, para os pobres, embora, a partir de 1988, nos termos da Lei o princípio da universalização do acesso, a partir da (AB),

reconhece os serviços de saúde como um direito de cidadania de todas as pessoas, independentemente de classe social.

Poucos estudos tratam destes dados em se tratando de usuários(as) de UPAs, porém, como se verifica, o grau de escolaridade e os rendimentos estão intimamente relacionados e podem influenciar diretamente a condição econômica dos(as) cidadãos(ãs) e a procura pelos serviços de saúde integrantes do SUS. Pesquisa realizada por Mazon e Negrelli (2016, p.47) em Rio Negrinho-SC com usuários(as) dos SUS evidenciou que 59% recebiam de 1 a 2 salários mínimos, confirmando a condição de pobreza dos(as) usuários(as) desse sistema.

5.1.2. Tabela 2 – Representações Sociais dos(as) usuários(as) das UPAs sobre o conceito de saúde e de política pública de saúde – Recife-PE, 2016

A partir das representações sociais dos(as) usuários(as) das UPAs onde se realizou a pesquisa pretende-se apreender sua percepção acerca do termo saúde e saúde pública, mais especificamente, compreender como percebem estes termos. Entende-se que a compreensão do conceito de “saúde” e de “saúde pública” são fundamentais para que o(a) usuário(a) dos serviços de saúde possa exigir do Governo seus direitos, essencial ao exercício da cidadania.

PERCEPÇÃO SOBRE O TERMO SAÚDE	Frequência das Respostas	
	Nº	%
Bem-estar (físico, mental, social, econômico e espiritual);	16	53,33
Saúde é vida (é qualidade de vida);	4	13,33
É a ausência de doenças;	3	10,00
É um Direito de todos(as) e dever do Estado;	1	3,33
Não soube responder	6	20,00
TOTAL	30	100,00

PERCEPÇÃO SOBRE O TERMO SAÚDE PÚBLICA	Frequência das Respostas	
	Nº	%
Serviço pago pelo governo (é dever do Estado, o governo deve custear; forma como o Estado garante a saúde de todos(as);	7	26,92
É algo que favorece a melhoria da saúde de todos os indivíduos (melhora a saúde de todos os indivíduos; cuida da saúde da população);	4	15,38
São ações destinadas para toda a população (ações de graça para todos(as); Todos(as) podem utilizar sem distinção).	4	15,38
Não soube responder.	11	42,30
TOTAL	26	100,00

Na percepção de 53,33% dos(as) entrevistados(as) o termo saúde significa “bem-estar físico, mental, social, econômico e espiritual”. Para 13,33% dos(as) respondentes “saúde é vida (é qualidade de vida)” e para 10% saúde é entendida como “ausência de doenças”. Apenas um usuário(a) fez referência à saúde conforme consta na Constituição Federal Brasileira (1988) como um Direito de todos e dever do Estado. Identifica-se ainda o percentual de 20% dos sujeitos entrevistados que afirmaram não saber o que significa o termo saúde.

A análise destes dados permite interpretar, a partir das representações sociais dos sujeitos que o conceito de saúde apresenta diferentes perspectivas, visões e concepções, conforme seus valores, expectativas e condições de vida. Os(as) 53,33% dos(as) entrevistados(as) que responderam que o termo saúde significava “bem-estar físico, mental, social, econômico e espiritual” foram os que mais se aproximaram do conceito de saúde estabelecido pela OMS (1946). Esta Organização em 22 de julho de 1946 trouxe como princípio basilar para a felicidade dos povos, para as suas relações harmoniosas e para a sua segurança o conceito de que saúde é: *um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade*. Segundo as representações sociais da maioria dos(as) entrevistados(as) saúde é:

Saúde não é só não estar doente, é um sentido mais amplo, saúde é o bem-estar físico, mental e social dos indivíduos (E08 - 49 anos).

Acredito que saúde seja um completo bem-estar físico, social e econômico. (E18 - 43 anos).

Para mim saúde é uma condição de bem-estar com o corpo, tanto física como mentalmente (E19 - 27 anos).

A análise dessas representações sociais reflete o entendimento do conceito da OMS (1946). Apesar deste conceito ser um dos mais difundidos mundialmente, em vários idiomas, é também criticado por muitos estudiosos da área da saúde pelo fato de entenderem que este conceito expressa diferentes ideias. Para Rezende (1989, p. 86), a saúde deve ser vista como uma condição relativa e dinâmica e não estática como este conceito preconiza. Nesse sentido, Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013, p.13) levantam indagações a respeito deste conceito como: o bem-estar mental poderia ser experimentado como uma

existência sem angustias e desafios? A ideia de bem-estar social poderia ser um projeto normativo que desconsidera diversidades e singularidades, uma espécie de “tipo ideal”? Corroborando estas indagações, Souza (2016, p.343) salienta que o adjetivo ‘completo’ expresso no conceito da OMS (1946) promulga uma condição de estado absoluto, em que ou se tem saúde ou não se tem, não existindo processo, busca ou conflito.

A saúde envolve nesse entendimento, determinantes sociais - como as condições sociais, econômicas e ambientais - importantes que influenciam diretamente nas condições da vida cotidiana das pessoas e repercute na promoção da saúde dos indivíduos e populações. Nessa mesma direção, em 2010 o Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) da OMS, destacou a importância de abordar as condições da vida cotidiana que levam a desigualdades na saúde. Segundo o relatório (PORTUGAL, CDSS 2010, p.3) a estratificação social, por exemplo, determina o acesso e uso diferenciado de cuidados em saúde, condição que gera consequências (desiguais) para a promoção de saúde e bem-estar. A garantia de fornecimento de bens e serviços vitais à saúde, tais como a provisão de água de qualidade, rede de esgoto, condições adequadas de trabalho e renda, dentre outros interferem no bem-estar (LAMARCA E VETTORE, 2015, s/p).

Segundo a análise da compreensão das representações sociais dos(as) usuários(as) das UPAs de Recife-PE, na Tabela 2, percebe-se que 20% dos(as) entrevistados(as), ou seja, uma parcela significativa dos(as) respondentes não souberam responder o que significava o termo saúde. Algo que pode ser considerado preocupante, já que a compreensão deste constructo permite não só a melhoria das condições de saúde e de vida dos indivíduos, como também incentiva a sua participação organizada na busca de melhorias constantes nos serviços de saúde.

Com a redemocratização do País e a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88) o acompanhamento e o controle social das políticas públicas passaram a ser dever dos(as) cidadãos(ãs) através de instancias específicas como os conselhos e conferências. Para tanto, é primordial para esta participação a formação dos(as) cidadãos(ãs) no sentido de provê-

los(as) de informações necessárias para uma intervenção qualificada na construção de um posicionamento que represente os seus anseios e dos segmentos que ele(a) representa. Porém, estudos tem mostrado que os(as) cidadãos(ãs) não tem uma formação qualificada para este fim. Segundo Martins et al. (2013, p.444) a falta de conhecimento dos(as) conselheiros(as) reduz as possibilidades de ações nestas instâncias.

Partindo do princípio que o conselho de saúde é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários(as), torna-se fundamental uma formação qualificada para atuar nessas instâncias, uma vez que diferentes graus de conhecimento acerca do conceito de saúde, de organização e funcionamento do SUS, dos direitos sociais, o(a) qualificará para atuação.

Porém, estudos tem evidenciado que assim como os(as) conselheiros(as) dos Conselhos de Saúde, que também são cidadãos(ãs) e usuários(as) de serviços de saúde, desconhecem conceitos básicos, inclusive o de saúde. Estudo realizados por (COTTA et al. 2006, p.4) na área da saúde objetivando avaliar o nível de conhecimento dos princípios do SUS e PSF por profissionais e usuários(as), identificou a inadequação de conhecimento particularmente dos(as) usuários(as), evidenciou que 71,4% não souberam definir SUS e nenhum dos seus princípios e que 78,6% dos(as) usuários(as) não souberam responder sobre o conceito de saúde, prevenção e promoção de saúde.

Segundo Trad et al. (2002, p.583) a participação ativa e permanente da população usuária do SUS é central para adoção de novas práticas na perspectiva de um novo modelo de atenção á saúde, no entanto, o que os estudos apontam é uma enorme dificuldade dos(as) usuários(as) em compreender o sistema de saúde devido principalmente a uma visão fragmentada, calcada mais em experiências particulares e menos em uma visão crítica geral do funcionamento dos serviços de saúde. Conforme Cotta et al. (2006, p.6) a falta de um adequado nível de informação e de conhecimentos dos(as) profissionais e dos(as) usuários(as) de saúde, prejudica a adoção de novas práticas na perspectiva de um novo modelo de atenção à saúde. Isto gera a necessidade de instaurar um processo de qualificação dos(as) profissionais e

dos(as) usuários(as), através da oferta de cursos de capacitação para os(as) mesmos(as).

A indagação que se faz neste estudo, a partir do que se evidenciou nas representações sociais dos(as) usuários(as) dos serviços de saúde é: como podem se colocar como sujeitos na perspectiva de reivindicar os seus direitos e melhorias nos serviços de saúde, se não sabem ou não compreendem o conceito de saúde? O(a) usuário(a) que desconhece o conceito de saúde, evidentemente desconhece o funcionamento equitativo e universal do sistema de saúde. Para Cotta, et al., (2006, p.7) estes(as) usuários(as) não estão aptos(as) a lutar por seus direitos de forma efetiva, uma vez que não tem uma consciência crítica acerca desses conceitos.

Seguindo a análise acerca das representações sociais que os(as) usuários(as) das UPAs de Recife tem sobre saúde, verifica-se, ainda na Tabela 2, que 13,33% entende o significado de saúde como sendo “vida (qualidade de vida)”. Enquanto a maioria dos(as) usuários(as) demonstrou ter uma visão mais ampla acerca da saúde - “bem-estar físico, mental, social, econômico e espiritual” - identifica-se neste grupo de respondentes uma percepção fragmentada e limitada do conceito de saúde. Conforme mostra a compreensão dos(as) entrevistados(as) sobre este conceito:

[...] saúde é algo necessário para a vida, para se viver (E01 – 52 anos);

[...] não sei explicar direito, acho que saúde significa vida (E05 – 25 anos);

Uma boa saúde está associada à qualidade de vida, por isto ter saúde é ter qualidade de vida (E11 – 43 anos).

Entende-se, a partir das interpretações dos(as) usuários(as) entrevistados(as) que o termo saúde assume diferentes significados conforme suas concepções, seus valores, conhecimentos e experiências. No que se refere o entendimento de saúde como qualidade de vida, há um consenso na literatura que qualidade de vida é um aspecto fundamental para se ter uma boa saúde e não o contrário (RENWICK & BROWN, 1996, p.77), incluem não apenas fatores relacionados ao bem-estar físico, funcional, emocional e mental, mas também

outros elementos importantes da vida das pessoas como trabalho, renda, família, amigos e outras circunstâncias do cotidiano. Com base nesses pressupostos, percebe-se que os(as) entrevistados(as) não fazem referência a estes elementos, refletindo uma visão limitada acerca do referido termo.

Segundo Minayo, Hart e Buss (2000, p.8), as abordagens da área da saúde tem tratado o termo qualidade de vida se referindo à saúde (*healthrelated quality of life*), contudo, é preciso considerar na compreensão destes conceitos, os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, isto requer uma efetiva mobilização da população frente ao poder público por políticas públicas intersetorializadas, coerentes e eficazes, no sentido de atender outras demandas básicas da população, além dos serviços de atendimento médico-assistencial, para que se possa ter qualidade vida.

Nessa direção, o entendimento dos(as) sujeitos(as) acerca dos determinantes da saúde em toda sua amplitude, corrobora a percepção do conceito de cidadania como o conjunto de direitos e deveres civis, políticos e sociais que é garantido a cada cidadão(ã) e que deve ser exercido. Se os(as) sujeitos(as) entendem o conceito de saúde nessa perspectiva, serão capazes de exercer a cidadania de forma consciente no sentido de reivindicar e lutar para que a justiça possa ser colocada em prática.

A análise dos dados da Tabela 2, ainda permite interpretar, a partir das falas dos(as) entrevistados(as) que 10% concebem o termo saúde como a “ausência de doença”, revelando uma concepção também equivocada do conceito. Esta visão é largamente difundida no senso comum, mas, não está restrita ao juízo comum, permeia também o conhecimento científico. Almeida-Filho & Jucá (2002, p.881) explicando esta relação afirmam que o conceito de saúde como ausência de doença elaborado por Boorse (1977) traduz um significado negativo, uma vez que, segundo este autor “a saúde de um organismo consiste no desempenho da função natural de cada parte”. Para Almeida & Jucá (2002, p.881; 2011, p.29), este conceito além de excluir as dimensões econômica, social, cultural e psicológica da base teórica do processo saúde-doença, reflete uma concepção negativa de saúde, uma vez que implica mera ausência de doença, riscos, agravos e incapacidades.

Percebe-se com base nas representações sociais dos(as) entrevistados(as) relacionados(as) abaixo uma visão tão somente sob a ótica dos sintomas e disfunções do corpo humano, com foco principalmente nos aspectos que estão diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde, conforme salienta:

Saúde é se cuidar em todos os sentidos para não ter doença. Saúde, na verdade, é estar sem doenças (E07 – 60 anos);

É não ter doença, um bom saneamento não te deixa doente. Se você não tem doença, você tem saúde (E10 – 44 anos);

Ter saúde é estar livre de doenças (E12 – 49).

No entanto, no debate contemporâneo, diversos(as) autores(as) tem criticado a definição negativa de saúde nesses termos. Estudiosos(as) da área (ALMEIDA Filho e ANDRADE, 2003; SEIDL e ZANNON, 2004) consideram uma perspectiva rigorosamente clínica, tendo em vista que a saúde não é o oposto lógico da doença e, por isso, não poderá de modo algum ser definida como “ausência de doença”. Nessa mesma direção, Canguilhem (2006, p.148) chama à atenção para o fato que o indivíduo pode adoecer e sair do estado patológico. Em outras palavras, a saúde é entendida por referência à possibilidade de enfrentar situações novas, pela “margem de tolerância ou de segurança que cada um possui para enfrentar e superar as infidelidades do meio”.

Contrariando o que recomenda Almeida Filho e Andrade (2003, p.101) e Seidl e Zannon (2004, p.580) esta visão da saúde como ausência de doença, é evidenciada em estudos recentes. Pacheco Filho e Garbin (2010, p. 39) realizaram um estudo no estado de São Paulo, que objetivou conhecer a percepção sobre o conceito de saúde e o direito à saúde de usuários(as) do SUS e evidenciaram uma concepção semelhante aquela encontrada neste estudo, fragmentada, com enfoque assistencialista e curativista, identificada aos processos de adoecimento.

E finalmente, a saúde percebida como “Direito de todos e dever do Estado” evidenciada por apenas uma respondente 3,33% do total de entrevistados(as). Neste caso é válido ressaltar que esta usuária possui nível

superior e formação na área da saúde, motivo pelo qual, pode-se justificar esta percepção. Baseado nesta concepção, a saúde passa a ter um valor coletivo, inclusive que todo(a) cidadão(ã) deveria entender, sendo um direito fundamental³¹ da pessoa humana, que deve ser assegurada, sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição socioeconômica. A própria CF/88, dispõe no artigo 196º que a saúde é um 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 às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação da saúde.

Os direitos sociais previstos constitucionalmente no Brasil a partir de 1988 constitui um marco histórico no que tange à saúde, elevada a um direito fundamental. Assim, tanto as normas que regulam o direito à saúde como quaisquer direitos fundamentais estão incluídas no rol das “cláusulas pétreas³²”. O direito à saúde deve ser prestado pelo Estado, de forma que garanta a todas as pessoas a sua concretização, sem nenhuma desigualdade.

Entretanto, o estudo realizado por Pacheco Filho e Garbin (2010, p. 39) também evidenciou que além da visão dos(as) usuários(as) das (UBS) acerca do conceito de saúde ser fragmentado e curativista, comprovou que muitos(as) usuários(as) não sabem que a saúde é um direito de todo(a) cidadão(ã). Para os autores, os direitos são postos à sociedade para serem conhecidos e não para ficar a uma distância que não seja possível a sociedade ao menos reconhecê-los.

Para tanto, a compreensão crítica do conceito de saúde pelos(as) usuários(as) como direito de todos(as) e dever do Estado, torna-se fundamental para que a população possa exigir do governo seus direitos, particularizando aqui o de saúde. Segundo Pacheco Filho e Garbin (2010, p. 42) é necessário,

³¹ Os Direitos Fundamentais, ou Liberdades Públicas ou Direitos Humanos é definido como conjunto de direitos e garantias do ser humano institucionalizado, cuja finalidade principal é o respeito a sua dignidade, com proteção a garantia das condições mínimas de vida e desenvolvimento do ser humano, ou seja, visa garantir ao ser humano, o respeito à vida, à liberdade, à igualdade e a dignidade, para seu pleno desenvolvimento (SILVA, 2006, s/p)

³² Dispositivo constitucional que não pode ser alterado nem mesmo por Proposta de Emenda à Constituição (PEC). As cláusulas pétreas inseridas na Constituição do Brasil de 1988 estão dispostas em seu artigo 60, § 4º. São elas: a forma federativa de Estado; o voto direto, secreto, universal e periódico; a separação dos Poderes; e os direitos e garantias individuais (BRASIL, 1988, p.39).

portanto, não apenas a compreensão, mas, a conscientização crítica do indivíduo por meio da educação acerca dos seus direitos.

Em sintonia com os objetivos propostos pelo estudo as representações sociais sobre a compreensão acerca do termo “saúde pública” reflete as interpretações, significados, concepções e valores dos sujeitos entrevistados(as). Para 26,92%, saúde pública significa “serviço pago pelo governo (é dever do Estado, o governo deve custear; forma como o Estado garante a saúde de todos)”. Acompanhado por 15,38% que entende como “algo que favorece a melhoria da saúde de todos os indivíduos (melhora a saúde de todos os indivíduos; cuida da saúde da população)” e de igual percentual que se refere “as ações destinadas para toda a população (ações de graça para todos(as); são serviços que todos(as) podem utilizar)”.

Embora se comprove neste estudo que 42,30% dos(as) usuários(as) das UPAs onde se realizou a pesquisa não sabem o que significa saúde pública, 26,92% demonstraram compreender o que significa saúde pública, inclusive como direito e dever do Estado, que deve garantir a saúde de todos(as). Compreender a definição de saúde pública como dever do Estado significa - embora, os(as) entrevistados(as) não tenham se referido como se apresenta nos termos da lei – entender a saúde como direito de todos(as) e dever do Estado, que deve garantir mediante políticas sociais à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (Art. 196 de CF/88).

A partir dessa análise, é possível considerar outras representações sociais que refletem uma visão análoga a anterior. Do percentual investigado, 15,38% entende a saúde pública como “algo que favorece a melhoria da saúde de todos(as) os indivíduos (melhora a saúde de todos(as) os indivíduos; cuida da saúde da população)” e de igual modo “são ações destinadas para toda a população sem distinção (ações de graça para todos; são serviços que todos podem utilizar sem distinção)”.

É aquela que as pessoas podem utilizar um serviço não pago, pago pelo governo, é de todos (E03- 18 anos)

Acredito que seja a saúde que se estende a toda a sociedade, sem distinção (E11 – 35 anos);

É um serviço oferecido pelo governo para cuidar da saúde da população. (E21 – 51 anos);

É o serviço de saúde fornecido pelas prefeituras e pelo Estado, que tem obrigação de fornecer para todos os indivíduos da sociedade (E10 – 44 anos);

É favorecer a melhoria da saúde e do bem-estar de todos indivíduos, sendo dever do Estado prover as condições necessárias para sua efetividade (E08 – 49 anos).

Não se identifica na fala dos(as) usuários(as) entrevistados(as) um discurso sobre o conceito de saúde pública conforme se apresenta nos documentos oficiais (CF/88; Lei 8.080/90-SUS/PNS), contudo, percebe-se que existe uma compreensão de que a saúde pública é dever do Estado que deve garantir e efetivar este direito a todos(as) igualmente, sem distinção. Também não fazem alusão conforme se apresentam nos termos da lei ao conjunto de princípios doutrinários dos SUS, a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização e a participação popular, entretanto, é possível atribuir que os(as) mesmos(as) fazem menção aos princípios da universalização e da equidade quando se referem aos termos “sem distinção” e “é de todos(as)”.

Com a compreensão do senso comum, sem se basear em métodos ou conclusões científicas e sim no modo comum e espontâneo de assimilar informações e conhecimentos úteis, a partir de experiências, vivências e observações do mundo, os(as) entrevistados(as) manifestam o sentido do direito a saúde pública e do dever do Estado e a garantia a todas as pessoas, em igualdade de condições, ao acesso às ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade do sistema de forma gratuita.

A saúde pública tem por objetivo nos termos da Lei nº 8.080/90, Art. 2, promover a melhoria e bem-estar da saúde dos(as) cidadãos(ãs) e a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Portanto, proporcionar uma saúde de qualidade aos(as) usuários(as) dos SUS, são deveres do Governo do Estado e do o Ministério da Saúde, que utiliza verbas públicas para melhoria de estrutura da

saúde pública no Brasil, sendo ela investida em serviços de saúde, em leitos, medicamentos e hospitais públicos.

Os(as) usuários(as) entrevistados(as), em nenhum momento fazem referências em suas falas ao Sistema de Saúde Pública, conhecido como SUS (Sistema Único de Saúde). Este sistema é responsável por prestar atendimento gratuito aos mais de 180 milhões de brasileiros(as) que dependem exclusivamente desse sistema para receber atendimento. O que os depoimentos parecem transmitir é que os(as) usuários(as) nunca ouviram falar desse sistema, além disso, no fato que o(a) cidadão(ã) tem direito a medicamentos gratuitos, internações, transplantes e diversas outras ações em qualquer posto de saúde, hospitais públicos, clínicas, e em todos os outros estabelecimentos de saúde do governo.

A gratuidade do SUS corresponde à ausência de custos para o(a) usuário(a), mesmo que seja necessária a utilização dos serviços de saúde no setor privado através da suplementação da saúde, sendo a entrada permitida de forma complementar, cuja responsabilidade é garantida pelo Estado, através de pagamentos de impostos e taxas que financiam o funcionamento do Sistema. Todavia, é comum, inclusive neste estudo, os(as) usuários(as) se referirem a saúde pública como sendo “de graça”. Esse entendimento reflete a não compreensão do funcionamento do sistema e do princípio da gratuidade.

No Brasil, o governo financia integralmente todos os serviços de saúde. No texto da própria CF/88 há referência expressa à gratuidade, a despeito de estabelecer que saúde é “direito de todos e dever do Estado” (CF/88, Art. 196).

A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas (BRASIL, MS, Art. 43, Lei 8.080/90).

A gratuidade é explícita nos termos da lei, contudo, a própria lei omite que essa gratuidade vem da cobertura dos impostos e das taxas pagas pelos(as) cidadãos(ãs). O próprio sistema não contribui para dá a devida visibilidade ao(a) usuário(a) como contribuinte e que o serviço que o sistema lhe presta é público, mas, não é de graça.

Pesquisa realizada por Pontes et al., (2009, p.505) em um hospital de grande porte na cidade do Rio de Janeiro com usuários(as) dos serviços públicos de saúde, confirmam os dados encontrados nesse estudo. Conforme o estudo dos(as) autores(as) foram realizadas 24 entrevistas que deram origem a 6 categorias e 14 subcategorias, gerando um total de 1.178 unidades de registro (URs). Quanto à categoria “universalização da assistência: a saúde reconhecida como direito de todos e dever do Estado”, da origem a 3 subcategorias entre elas a saúde como obrigação do Estado que totalizou 154 URs, representando 13% do total das (URs). No entanto, os depoimentos dos referidos participantes refletem também um conhecimento acerca da saúde pública e do seu funcionamento, relacionando aspectos que não são baseados nos documentos que o definem e que regulamentam o SUS, se baseiam segundo o autor, no senso comum.

Embora a expressão saúde pública possa dar margem a muitas interpretações e discussões quanto a sua definição e campo de aplicação, Emerson Merhy (1992, p.15) identifica a saúde pública como o campo das ações de saúde que tem como perspectiva a promoção e proteção da saúde individual, através da atuação nas dimensões coletivas, voltadas às denominadas necessidades sociais de saúde.

Em pesquisa sobre a temática realizada por Kempfer et al., (2011, p.1067) envolvendo oito estados brasileiros, entre eles Pernambuco, mostrou que a saúde é o problema que mais preocupa os(as) brasileiros(as). Por este motivo, é importante que os(as) mesmos(as) compreendam e se apropriem dos conceitos e dos termos que constam na legislação.

O conceito de saúde pública estabelecido pela OMS (1946) foi ampliado a partir da Carta de Otawa (1986)³³, onde segundo Prado (s/a, p.3) se acrescentou o direito à segurança, abrigo, educação, alimentação, recursos econômicos,

³³ A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, apresenta neste documento sua Carta de Intenções, que seguramente contribuirá para se atingir Saúde para Todos(as) no Ano 2000 e anos subseqüentes. Esta Conferência foi, antes de tudo, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que vem ocorrendo em todo o mundo. [...] As discussões foram baseadas nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde, com o documento da OMS sobre Saúde Para Todos (BRASIL, Ministério da Saúde, 2002, p.19).

exploração sustentável dos recursos naturais, justiça social e equidade, considerados elementos essenciais para uma vida saudável.

Na mesma condição jurídica do direito a vida, também se encontra a saúde dentro desta mesma categoria, uma vez que para esta é imprescindível que os indivíduos tenham à saúde garantida através das ações das políticas públicas do Estado o que repercute não só na política de saúde, mas no próprio desenvolvimento econômico do país. Ressalta-se, ainda, que o direito à saúde enquanto direito social não basta ser reconhecido, senão também implementado ou efetivado (COSTA, 1997, p.138).

5.1.3. Tabela 3 – Representações sociais dos(as) usuários(as) participantes da pesquisa sobre direito e direito à saúde pública – Recife-PE, 2016

SIGNIFICADO DO TERMO DIREITO	Frequência das Respostas	
	Nº	%
É um conjunto de normas (leis; deveres; princípios; regras que devem ser cumpridas);	12	46,15
É aquilo que é justo (todos(as) serem tratado(as) com justiça; com respeito; não ser discriminado(a); todos(as) são iguais perante a lei);	6	23,07
São conquistas que promovem a dignidade humana;	1	3,84
Não soube responder.	7	26,92
TOTAL	26	100,00

CONHECE SEUS DIREITOS COMO CIDADÃO(Ã)	Frequência das Respostas	
	Nº	%
SIM. QUAIS?	18	72,00
Saúde; educação; alimentação; moradia; segurança;	12	48,00
Saúde; saneamento; transporte; segurança;	4	16,00
Saúde; o direito de ir e vir	2	8,00
NÃO	7	28,00
TOTAL	25	100,00

SABE O QUE SIGNIFICA TER DIREITO À SAÚDE PÚBLICA?	Frequência das Respostas	
	Nº	%
SIM	20	80,00
É ter atendimento médico de graça (exames, consultas, cirurgias, hospitais, UPAs);	13	52,00
É ter serviços públicos de saúde sem restrições (utilizar as vezes que necessitar; todos(as) podem usar; é de todos(as));	7	28,00
É um direito de todos(as) garantido pelo governo (são normas relacionadas à saúde asseguradas pela CF/88; é um benefício coletivo garantido através do Estado);	3	16,67
É ter retorno do pagamento dos impostos (é usufruir dos altos impostos pagos);	2	6,67
NÃO	5	20,00
TOTAL	25	100,00

Na Tabela 3 é possível observar por meio das representações sociais a visão que os(as) usuários(as) das UPAs possuem sobre o termo direito. Verifica-se que para 46,15% dos(as) usuários(as) entrevistados(as) direito significa “um conjunto de normas (leis; deveres; princípios; regras que devem ser cumpridas)”. Para outro grupo de respondentes 23,07%, direito “é aquilo que é justo (é ser tratado com justiça; é ser bem atendido; ter liberdade de escolha)” e para apenas 1 participante, direito significa “conquistas que promovem a dignidade humana”.

Considera-se ainda uma parcela significativa 26,92% foi categórica em dizer que não sabia responder o que significava o termo direito. Essa é uma questão complexa e se trata de uma pergunta que não há para ela uma única resposta, embora, poucas questões que tratam da cidadania tenham sido postas com tanta constância como a questão *o que é direito?* Apesar de não haver para este termo uma única resposta, não saber responder, é extremamente preocupante, uma vez que, para exercer sua cidadania plena, todo cidadão(ã) precisa apreender o significado desse termo e ter consciência acerca de sua importância. A indagação persiste, como colocar em prática seus direitos (exigindo-os e usufruindo-os), no exercício da cidadania, se não compreende seu significado? Para o pensador inglês Herbert L. A. Hart (2007, p.9) o conceito de direito têm sido abordado por parte de vários pensadores, de formas variadas.

Neste estudo, foi possível identificar que apesar de 26,92% dos(as) entrevistados(as) afirmarem não saber o que significa o termo direito, 46,15% concebe o referido termo como sendo “um conjunto de normas (leis; deveres; princípios, regras que devem ser cumpridas)”, demonstrando dessa forma compreender o direito como uma condição de cidadania, assegurado pela legislação que assiste o(a) cidadão(ã) e que deve ser efetivado. Nesse entendimento, independente da condição social, cor, etnia ou religião, todo(a) cidadão(ã) possui direitos que devem ser cumpridos pelo Estado, conforme mostra os depoimentos abaixo relacionados.

[...] direito é aquilo que nos é concedido por lei, que está na lei (E16 – 36 anos);

[...] são leis e normas a serem seguidas e cumpridas pelos governos, mas, tem muitas falhas, erros (E17 – 29 anos);

[...] entendo como sendo o conjunto de normas, regras, princípios jurídicos vigentes em um país (E18 – 43 anos);

São normas que estabelecem regras que devem ser cumpridas para uma melhor convivência social e que trazem determinados benefícios para uma ou mais pessoas (E19 – 27 anos);

É um direito que é concedido para mim, uma garantia perante a lei e que deve ser cumprida, mas, não é como deveria ser (E22 – 26 anos).

A compreensão que os(as) usuários(as) das UPAs manifestam, apesar de não apreenderem o conceito de direito em sua forma mais abrangente conforme apresenta a literatura, enfatizam aspectos fundamentais, que reflete uma compreensão consciente acerca do que seja direito. Para Hart (2007) se encontra na literatura uma diversidade de estudos que trazem o conceito de direito (BOBBIO, 1995, KELSEN, 1998; ROSS, 2000; COSTA, 2001, dentre outros) com variadas interpretações.

Confirmando a percepção dos(as) entrevistados(as) sobre direito, Costa (2001, p.22-24) conceitua direito como um conjunto de normas sociais obrigatórias, entendido a partir do conceito de direito objetivo e do direito subjetivo. O primeiro designa tudo que está previsto na lei, como por exemplo, o caso da gestante que tem direito a licença maternidade, esse direito está previsto na lei, na Constituição, no SUS. Também chamado de direito positivo, pois é um direito posto, ou seja, o conjunto de regras (leis, costumes, regulamentos, princípios) que preside à nossa vida em sociedade, que rege as relações humanas e sociais. Essas leis integram o ordenamento jurídico (a Constituição, as legislações: Penal, Civil, de Proteção e Defesa do Consumidor, do SUS, dentre outras).

O segundo, o direito subjetivo, designa a faculdade da pessoa de agir dentro das regras do direito. Dá as pessoas o poder de fazer valer seus direitos individuais, de invocar a lei na defesa de seu interesse. O direito objetivo confere às pessoas o direito subjetivo, a faculdade de exigir seu cumprimento. Para Bobbio (1995, p.359) o direito se constitui o principal instrumento através da qual as forças políticas têm nas mãos o poder dominante em uma determinada sociedade e a partir dele exerce o próprio domínio. Daí para Yamamoto (2004, p.20) esse conceito envolve, sobretudo, a capacidade de lutar por espaço de poder, por serviços sociais, e estratégias de enfrentamento das desigualdades sociais.

Assim como neste estudo, uma pesquisa realizada por Silva, Ferreira e Silva (2010) em uma UBS na cidade de Valença no estado do Rio de Janeiro, visando conhecer as representações sociais dos(as) de 24 usuários(as) sobre o direito à saúde, evidenciou que uma parcela desses(as) entrevistados(as), percebia o direito a saúde como algo legalmente constituído. Os autores salientam que embora não houvesse menção direta a Constituição de 1988 e ao Estado como instrumentos legitimadores de direito os sujeitos da pesquisa reconhecem o direito como lei e como norma a ser cumprida.

Vale destacar ainda que 23,07% dos(as) entrevistados(as) usuários(as) das UPAs de Recife concebem direito como sendo “aquilo que é justo (todos(as) serem tratados(as) com justiça; com respeito; não ser discriminado(a), todos(as) são iguais perante a lei)”. Nessa perspectiva, o direito é entendido na expectativa de Platão, cuja justiça significa algo necessário para o funcionamento do bem comum. Morrison (2006, p.41), remete a discussão de direito como justiça social baseada na igualdade de direitos e na solidariedade coletiva. As categorias refletem claramente a busca de equilíbrio desejada pelos(as) entrevistados(as) entre as partes desiguais, a garantia e efetivação do direito para todos(as).

A nossa insistência remete, portanto, ao significado da compreensão do termo direito, uma vez que se entende neste estudo que a conquista dos direitos humanos, políticos, sociais, passa pelo exercício cotidiano da cidadania, de denunciar o desrespeito a não efetivação desses direitos, segundo se encontram nos termos da lei, conforme ressaltam os(as) entrevistados(as) (E18-43 anos) e (E22-26 anos). O nível de conhecimento de um povo acerca dos seus direitos é diretamente proporcional ao seu nível de organização social. Quanto mais consciente estiver o povo acerca dos seus direitos, mais organizada será a sociedade.

Nessa direção, indagou-se os(as) usuários(as) das UPAs sobre os direitos, mais, especificamente se eles(as) conheciam seus direitos como cidadãos(ãs), 72% respondeu que conhecia e o restante, uma parcela considerável, 28%, declarou desconhecer totalmente. Verifica-se que aqueles(as) que declaram conhecer, constata-se que conhecem, mas, conhecem muito pouco seus direitos, as respostas evidenciam o baixo conhecimento, principalmente

quando se considera os direitos constitucionais (direitos e deveres individuais e coletivos; os direitos sociais e os direitos políticos). Como se constata quase metade da amostra 48% se reporta apenas aos direitos sociais – mencionando alguns poucos como saúde, educação, alimentação e segurança. Os demais, 16% e 8%, mencionam além da saúde, saneamento, transporte, segurança e o direito de ir e vir – este último um desdobramento do direito de liberdade consagrado pela CF/88 como (Direito Fundamental).

Na forma desta Constituição, conforme o Art. 6º os direitos sociais integram, além dos que foram referidos, o trabalho, o lazer, a previdência social, a proteção à maternidade e a infância e a assistência aos(as) desamparados(as). Apesar dos direitos políticos serem regras constitucionais e se referirem a atuação do(a) cidadão(ã) na vida política de um país, não foram referidos pelos(as) entrevistados(as). Dos direitos civis, apenas um foi mencionado por um usuário - o direito de ir e vir – entre muitos outros que se referem às liberdades individuais como de dispor do próprio corpo, o direito à vida, à liberdade de expressão, à propriedade, à igualdade perante a lei, a não ser julgado fora de um processo regular, a não ter o lar violado.

Estes resultados comprovam que embora a Constituição seja a principal Lei do País, que garantiu com a redemocratização do Brasil e com ela os direitos dos(as) cidadãos(ãs), são poucos os que realmente a conhecem. Isto é preocupante, uma vez que a CF/88 deveria ser leitura obrigatória para todos(as) os(as) brasileiros(as).

Essa percepção foi confirmada por pesquisa realizada pelo DataSenado em 2013. Foram ouvidas 811 pessoas maiores de 16 anos, de todo o País, entre 18 e 30 de setembro do ano de 2013. Os resultados revelam que pouco mais da metade dos(as) entrevistados(as) (50,8%) tem conhecimento médio acerca da Constituição, (7,8%) dos(as) brasileiros(as) não tem nenhum conhecimento, outros (35,1%) tem um baixo conhecimento e apenas (5,3%) declaram possuir conhecimento aprofundado sobre a Constituição (BRASIL, 2013).

Estes resultados indicam que os direitos, deveres e as normas constitucionais precisam ser mais divulgadas e trabalhadas entre os(as) brasileiros(as), especialmente, porque, o exercício da cidadania acontece a partir

da consciência acerca dos direitos estabelecidos em lei. Como lutar pela efetivação dos direitos garantidos sem conhecê-los, inclusive o direito à saúde?

Entre os direitos mencionados pelos(as) usuários(as) das UPAs, o mais referido foi o direito à saúde, inclusive por todos(as). Uma fala chamou a atenção pelo conteúdo:

[...] existem muito direitos, mas, não conheço, só sei que a gente tem direito a saúde. É um direito que não pode faltar porque cuidar da saúde é o mais importante, sem saúde não se tem nada (E19 – 25 anos).

A pesquisa do DataSenado (BRASIL, 2013) também indagou aos(as) brasileiros(as) sobre entre os direitos introduzidos pela CF/88 qual deles considera o mais importante? O que se constata na fala dos(as) usuários(as) é que a saúde se constitui uma condição essencial, nesses termos, a efetivação do direito à saúde deve vir antes de outros direitos para que se possa adiantar-se na vida. Corroborando esse pensamento, Camargo (2014) ressalta que a saúde é um estado de bem-estar inerente ao ser humano e que o direito à saúde é um direito fundamental, presente na Segunda Dimensão de direitos fundamentais, posto que está inserido nos direitos sociais e como tal deve ser preservado a todas as pessoas. Sem a efetivação do direito à saúde, diversos outros direitos são violados.

Embora o direito à saúde seja considerado o principal direito, o princípio que funda a dignidade da pessoa humana, o que se verifica na prática, é que este direito não goza do tratamento especial que a Lei maior determina. Segundo Camargo (2014) a omissão e o descaso de administradores(as) corruptos(as) levam os indivíduos a padecer muitas vezes nos hospitais, sem medicamentos, médicos(as) ou estrutura digna. A autora ressalta a importância da efetivação do direito à saúde nos dias atuais, como forma de tornar acessível à dignidade humana, preceituada no texto Maior. Saraiva (2015, p. 195) reforça que é preciso rever o modelo de Estado atual, no sentido de torná-lo mais sensível às demandas sociais, que seja capaz de formular políticas que garantam de forma efetiva os direitos dos(as) cidadãos(ãs).

Considerando à saúde como um direito social fundamental, instituído na Lei maior brasileira, indagou-se os(as) usuários(as) das UPAs participantes da pesquisa se eles(as) entendiam o que significava ter direito a saúde pública. A grande maioria 80% respondeu que sim, destes, 52% respondeu que significava “ter atendimento médico de graça (exames, consultas, cirurgias, hospitais, UPAs). O entendimento que a maioria dos(as) usuários(as) tem é da gratuidade dos serviços de saúde, entendida como de graça. Portanto, não há o entendimento do sujeito de direito como pagador(a) de impostos e que estes devem ser revertidos em políticas de saúde de qualidade. O que se verifica é que não há referência da maioria acerca do financiamento da saúde pública, isto é, que advém do setor público, principalmente de impostos gerais e que por isso, é um direito de cada cidadão(ã).

Nesses termos, a 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. No Art. 2º a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Em relação à gratuidade, no capítulo III - Do Planejamento e do Orçamento - Art. 43, a gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos de saúde, inclusive naqueles contratados, estabelecidos com as entidades privadas.

A Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012 que trata do repasse e aplicação dos recursos da União em ações e serviços públicos de saúde, esclarece que o montante é repassado e deve ser aplicado, anualmente nessas ações e serviços de saúde, conforme mostra o Art. 5º:

Art.5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual (BRASIL, 2012a).

O Art.12º desta Lei dá outras providências sobre a aplicação desses recursos e determina que estes sejam repassados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) e às demais unidades orçamentárias que compõem o Ministério da Saúde, para serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, tendo em vista a sua gratuidade.

Contrariando o entendimento de que a saúde pública e que o direito a saúde pública é de graça, 44% dos(as) usuários(as) entende que ter direito a saúde pública “é ter serviço de saúde sem restrições (utilizar as vezes que necessitar; todos(as) podem usar; é de todos(as) e ainda que “é um direito de todos(as) garantido pelo governo (são normas relacionadas à saúde asseguradas pela CF/88; é um benefício coletivo garantido através do Estado)”. Esta visão vai ao encontro do que garante a legislação através do arcabouço jurídico-normativo. Conforme Art. 196 da CF/88 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 às ações e serviços tendo em vista a promoção, proteção e recuperação do(a) cidadão(ã).

Porém, apesar de reconhecer a saúde pública como um direito de todos e dever do estado, os(as) usuários(as) expressam suas insatisfações, afirmam que a garantia, na prática fica muito a desejar e que a reivindicação é uma constante.

É ter direito a um bom atendimento, a exames, médicos, diagnósticos, mas, muitas vezes não funciona, é preciso voltar várias vezes com o mesmo problema, refazer os exames, conseguir uma consulta é uma luta. Ainda falta muito para ser um serviço de qualidade (E05 – 25 anos);

Significa ter acesso a um bom atendimento, de qualidade, na área da saúde. Acesso a consultas, exames, atendimento de emergência e medicamentos. É muito bom porque todos têm direito sem exceções, mas, o atendimento precisa muito melhorar, a gente precisa estar sempre reclamando, a gente sofre muito com isto (E11 – 35 anos).

É claro o entendimento de que acesso universal aos cuidados em saúde é algo legitimado pela Lei que precisa e deve ser exercida. O(a) usuário(a) não tem direito apenas ao acesso aos serviços de saúde, mas conforme Santos (2004,

p.31) o(a) usuário(a) tem direito de resolutividade de todos os seus problemas em todos os níveis e complexidade do atendimento.

Apenas dois usuários(as) demonstraram compreender que o direito à saúde pública não é de graça, “é o retorno ao pagamento de impostos, é poder usufruir dos altos impostos pagos”. Nesses termos, estes dois usuários(as) entendem que a garantia do direito à saúde contido no Art. 196 da CF/88 não deve ser uma promessa ou uma declaração de intenções, mas, um dever do Estado que deve efetivar este direito, uma vez que a saúde é financiada pelos impostos que são pagos pela população. Desta forma, para que o direito à saúde seja uma realidade, é preciso que o Estado faça valer esta prerrogativa e utilize os impostos pagos na perspectiva prestar serviços que atendam as condições dos(as) usuários(as) de forma universal (atingindo a todos(as) os(as) que precisam) e integral (garantindo tudo o que a pessoa precise com qualidade). Nessa direção, os(as) usuários(as) afirmam:

A saúde pública, não é de graça, eu pago impostos. Isto significa que o governo deve providenciar postos de saúde equipados com todos os tipos de médicos, clínicos, pediatras, ginecologistas, dentistas, tanto no básico como nas policlínicas e hospitais [...] todos equipados sem faltar nenhum especialista, é um direito nosso que o governo deve providenciar (E10 – 44 anos);

Significa que ao procurar um posto de saúde, uma UPA, um hospital eu possa ser atendida por um médico que me escute e, principalmente que os profissionais me atendam com respeito e não como se eu estivesse pedindo um favor, não é favor, eu pago para que isto aconteça, não é de graça não (E13 – 54 anos).

As representações sociais desses sujeitos justificam o entendimento que possuem acerca da obrigação do Estado com a saúde pública. Silva, Ferreira e Silva (2010, p.1196) afirmam que os direitos fundamentais do indivíduo impõem o dever do Estado, que, como ente propiciador das demandas sociais, deve assumir uma ação positiva, através da efetiva garantia do direito fundamental à

saúde como uma condição a qualidade de vida e dignidade humana de qualquer pessoa.

Ao analisar a percepção dos(as) usuários(as) do SUS, no Distrito Federal, sobre o direito à saúde pública, Silva (2015, p.71) verificou que o desconhecimento das leis na área da saúde e a falta de consciência política acerca da saúde pública como direito promovem a permanência da situação de precarização saúde pública. Para a autora, quando o(a) usuário(a) se sente negligenciado(a) o grau de confiança no SUS diminui, os serviços de saúde são vistos como favor e o(a) usuário(a) acaba por pedir um direito que já possui e que lhe é devido, não é favor.

Entendendo a saúde pública como direito e a qualidade desses serviços também como direito de todos(as), indagou-se os(as) usuários(as) das UPAs de Recife acerca da representação social que possuem sobre qualidade, qualidade na saúde pública e acerca dos fatores que definem a prestação dos serviços de saúde nessas unidades.

Entendendo o padrão de qualidade dos serviços básicos de saúde como a declaração da qualidade esperada, que vai expressar expectativas, demandas e desejos a serem satisfeitos e não como um fim em si mesmo, mas, como uma ferramenta aliada à busca dos melhores resultados nos equipamento e meios de consumo coletivo públicos de saúde.

Entendendo ainda que os padrões de qualidade se caracterizam pela sua abrangência, referindo-se a uma visão ampla do sistema e das ações em saúde, somando-se a isso, que refletem o foco da atenção básica no(a) usuário(a), induzindo a transparência dos processos de gestão, participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores(as) de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação das demandas dos(as) usuários(as).

Entendo ainda que a qualidade na prestação de serviços na rede de atenção à saúde coletiva, particularizando, a atenção intermediária faz-se necessária e deve ser fundamentada nos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, atendendo os critérios de universalidade, integralidade e equidade do acesso em quantidade e qualidade dos serviços básicos de saúde, a Tabela 4

apresenta o sentido dos(as) usuários(as) das UPAs de Recife em relação ao entendimento que possuem acerca dessas condições.

5.1.4. Tabela 4 – Representações sociais dos(as) usuários(as) participantes da pesquisa sobre qualidade e acerca dos fatores que determinam a qualidade da saúde pública – Recife-PE, 2016

A análise da qualidade nos permite compreender que a qualidade de um produto ou serviço tem múltiplas faces e tem como orientação primária atender as necessidades dos(as) usuários(as) de uma determinada instituição seja ela pública e/ou privada.

O Norte Americano, Edwards Deming (1990, p.4) teórico a quem se costuma atribuir a responsabilidade pela criação da Gestão da Qualidade de produtos e de serviços afirma que é preciso ressaltar a necessidade de estudos e pesquisa que centralizem o importante papel do(a) consumidor(a) na apreciação do que seja a qualidade de um produto ou de um serviço. O(a) consumidor(a) é o elo mais importante entre o processo de produção de bens (produtos) e da prestação de serviços. Nessa direção, a compreensão do termo qualidade pelo consumidor(a) ou pelo(a) usuário(a) tem como objetivo atender às necessidades desse(a) consumidor(a) ou desse(a) usuário(a), tanto atuais quanto futuras.

Corroborando Deming, Silva (2015, p. 45) acrescenta que devido à crescente demanda concentrada no cuidado com o(a) paciente, a medição da experiência do(a) paciente ou usuário(a) dos serviços de saúde, está tornando-se cada vez mais reconhecida como um importante indicador de qualidade nos serviços de saúde, incluindo a eficácia, eficiência e segurança dos cuidados.

SIGNIFICADO DO TERMO QUALIDADE	Frequência das Respostas	
	Nº	%
É algo sem defeito (bom; durável; seguro; funciona bem);	9	33,33
É o(a) cliente ficar satisfeito(a) com o produto ou serviço (atende as exigências; satisfaz a necessidades do(a) cliente);	9	33,33
É o produto ou serviço ser excelente (tem qualidade; atende a um padrão x de exigências);	3	11,11
Não soube responder	6	22,22
Total	27	100,00
FATORES QUE DETERMINAM QUALIDADE NA SAÚDE PÚBLICA	Frequência das Respostas	
	Nº	%
Bom atendimento (ágil; rápido; sem espera);	13	36,11
Bons(boas) profissionais (qualificados(as); suficientes; atenciosos(as));	08	22,22
Boa infraestrutura física (bem equipado; aparelhos modernos; cadeiras para sentar);	4	11,11
Disponibilidade de medicamentos para os(as) usuários(as) (ter medicamentos; materiais cirúrgicos);	3	8,33
Não soube responder.	8	22,22
Total	36	100,00
QUANTO A QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PRESTADOS PELAS UPAs	Frequência das Respostas	
	Nº	%
É ruim (precário; péssimo; baixa qualidade)	20	80,00
É regular (razoável);	3	12,00
É bom (atende bem);	2	8,00
Total	25	100,00

Em relação ao conhecimento dos(as) usuários(as) participantes da pesquisa sobre qualidade e qualidade na saúde pública, os resultados da Tabela 4 mostram em relação a categoria qualidade que 33,33% compreendem o termo como sendo “algo sem defeito (bom; durável; seguro; funciona bem)”. Com o mesmo percentual 33,33% afirmam que qualidade significa “o(a) cliente ficar satisfeito(a) com o produto ou serviço (atende as exigências; satisfaz a necessidade)”. Para 11,11% qualidade está relacionada com “o produto ou serviço ser excelente (tem qualidade; atende a um padrão x de exigências)”.

De modo geral, excluindo-se os 22,22% que não souberam responder, é possível perceber que a maioria dos(as) usuários(as) compreendem o que significa o termo qualidade, ainda que de maneira distinta, de acordo com as suas concepções, visões, valores, crenças e costumes. Esses resultados concordam com o pensamento de Longo (1996, p.9) sobre a compreensão do conceito de qualidade. Para esse autor o conceito de qualidade pode ser percebido de forma diferenciada conforme a época, o grupo e a classe social a que o indivíduo pertença, ou em função de suas necessidades, demandas, experiências, expectativas, visões e concepções.

Nesse estudo, a compreensão do termo qualidade se torna essencial para compreender as perspectivas dos(as) usuários(as) e responder suas necessidades, demandas e anseios no respeito aos seus direitos e subsidiar a melhoria das políticas de saúde tendo em vista a promoção do bem-estar social da sociedade.

Nessa direção, para 33,33 dos(as) usuários(as) das UPAs o termo qualidade significa:

Tudo aquilo que é de fato bom, que é sem defeito, que tem eficiência, dura muito, que a gente pode comprar com segurança porque funciona bem (E03- 18 anos).

A análise dessa fala reflete uma compreensão do termo qualidade baseada na abordagem tradicional, reproduzindo uma visão centrada numa perspectiva técnica, de eficiência, de produto sem defeito, ressaltada pela

sociedade de consumo e pelo mercado, fundamentado na Teoria Taylorista, do início do século passado, bastante difundida à época e ainda utilizada nos dias de hoje. Nesses termos, o discurso dessa parcela de entrevistados(as) reproduz um entendimento de qualidade baseada em princípios defendidos pelo sistema produtivo empresarial, enraizados nas teorias funcionalistas tecnicistas, que ganha força no início do século XX com a Primeira Guerra Mundial. À época, a qualidade técnica dos equipamentos de guerra tornaram-se fundamentais como estratégia para sucesso do conflito armado. Segundo Carvalho e Paladini (2012, p. 9) de acordo com esta perspectiva o conceito de qualidade era baseado no valor do produto, sendo “o grau de excelência” e de “algo sem defeito”, a característica mais exigida.

Gomes (2004, p.15) estudando as teorias sobre qualidade a partir dos gurus Deming, Juran e Crosby, identifica a perspectiva técnica da qualidade nestes autores. Para Gomes, os estudos de Deming sobre qualidade resultam da combinação dos seus conhecimento técnicos com a sua experiência em nível da implementação de técnicas de qualidade em organizações nos Estados Unidos e Japão. Nessa direção, o seu conceito de qualidade é demasiado restrito, focado exclusivamente nos aspectos técnicos do produto.

Segundo Gomes (2004, p.13) Phillip Crosby, seguindo essa mesma linha de pensamento técnico que fundamenta qualidade defendendo o princípio do zero defeito ou produção sem defeito, na mesma visão de Deming, em termos de conformidade do produto com as suas especificações técnicas. Mais especificamente, a qualidade é uma condição, uma variável, um atributo que pode ser medida e controlada, ou seja, os produtos de uma mesma família tem que apresentar as mesmas características, não podendo haver diferenciação entre eles.

No entendimento do usuário da UPA discriminado abaixo o sentido do termo qualidade tem o mesmo significado.

É tudo aquilo que não tem defeito. É tudo aquilo que é ótimo, perfeito, funciona bem, é de qualidade, é bom (E03 – 18 anos).

Corroborando Deming (1900-1993), Juran (1904-2008) definiu qualidade como sendo a adequação de um produto à sua utilização pretendida. A representação social dos(as) usuário(as) (E20 – 53 anos) e (E14 – 27 anos) sobre qualidade reflete esse entendimento.

Qualidade significa para mim algo bom, pronto para ser usado e que atende a nossa necessidade. É algo sem defeito, que tem segurança (E20 – 53 anos);

Qualidade é quando um produto cumpre o que promete sem quebrar [...] tem que ser uma coisa boa que supere nossa expectativa (E14 – 27 anos).

Esta definição aproxima o conceito de qualidade à perspectiva do(a) cliente ou utilizador(a) do produto no sentido de atender a demanda do(a) cliente. Para Gomes (2004, p.11) essa percepção abre portas à oportunidade de melhoria da qualidade ao nível da adequação das especificações técnicas além do bem (produto) para o serviço à utilização pretendida pelo(a) cliente, inovadora no sentido de ver a qualidade não apenas do produto, mas, também de um serviço.

Numa perspectiva mais avançada o que se evidencia na literatura é que o conceito de qualidade vem se alterando no tempo e no espaço, vinculado às demandas dos(as) consumidores(as) e às exigências econômicas e sociais de cada período da história.

Acompanhando esta evolução, para 33,33% dos(as) usuários(as) entrevistados(as) qualidade significa “o(a) cliente ficar satisfeito(a) com o produto ou serviço (atende as exigências; satisfaz as necessidades)”, mais especificamente compreende:

Qualidade é ter a satisfação tanto para quem oferece o serviço como para quem o recebe, todos ficam satisfeitos, por isto a qualidade é uma coisa muito boa (E05 – 25 anos);

Qualidade penso que é quando um serviço que a gente paga ou não paga, está de acordo como o que a gente exige, de acordo com o que a gente quer, a gente fica satisfeito, gosta (E08 – 49 anos);

[...] é a satisfação de comprar um produto ou pagar por serviço que atende as nossas necessidades, não é toda vida que isto acontece, eu digo que é mesmo difícil (E11 – 35 anos);

[...] deixa eu pensar... é quando algo é bom, tem qualidade, atende no mínimo as minhas necessidades, desejos, o que preciso, o espero (E13 – 54 anos).

O que se pode depreender a partir desses depoimentos é que os(as) usuários(as) possuem uma visão da qualidade focada no atendimento de necessidades e demandas, expectativas e desejos, seguindo uma outra concepção ou visão da qualidade. Segundo Feigenbaum (1951) essa percepção vai ao encontro de uma nova abordagem da qualidade projetada na perspectiva dos serviços, uma condição de não apenas eliminar falhas, mas, no sentido de garantir a satisfação e demandas dos(as) consumidores(as) ou clientes, ampliando os meios para atingir suas necessidades e satisfação, seja dos(as) clientes internos e externos das organizações.

Para Silva (2011, s/p), o conceito de qualidade defendido pela ISO - *International Organization for Standardization* é o que melhor se adéqua à busca pela satisfação das necessidades e demandas do(a) cliente. Esse conceito envolve várias esferas desse atendimento: às especificações (normas, leis, manuais); atendimento do que foi contratado (cumprimento daquilo que efetivamente foi adquirido formalmente pelo cliente); atendimento das necessidades do(a) cliente (conhecimento do que o(a) cliente espera da organização, incluindo alguns pontos que não estão descritos em contrato, mas em relação aos quais há a expectativa do(a) cliente, como por exemplo, cordialidade e ambiente organizado).

A partir desse enfoque, após a década de 1950 do século XX, o conceito de qualidade passa a ser utilizado não apenas no contexto das organizações

privadas, das empresas, mas, segundo Alves (2012, p.2) esta condição passa a ser apreendida pelos mais diversos setores da sociedade, inclusive pelas organizações públicas. Diante do novo arcabouço teórico, de novos padrões de produção, de consumo, de conhecimento, de formas culturais e práticas políticas o conceito de qualidade vai progressivamente sendo apreendido como um discurso oficial, sobretudo pelas políticas públicas.

Segundo Fernandes (2011, p.13) a partir desse contexto, a discussão da qualidade passa a merecer atenção especial, visto que se trata de uma condição extremamente relevante para garantir o funcionamento e a eficácia dos resultados nas organizações, sejam públicas ou privada, governamentais ou não governamentais.

No campo da saúde, segundo Cotta et al., (2005, p.13), a preocupação com a satisfação dos(as) usuários(as) aparece na década de 1970 dando ênfase a perspectiva técnica da qualidade. Para estes(as) autores(as) o interesse do setor de saúde estava baseado nos aspectos técnicos e estruturais da qualidade da atenção. Neste período tem início as discussões em busca de uma sociedade mais justa a qual antecedeu a década da chamada Constituição Cidadã, da luta por direitos sociais.

Na década de 1980, Donabedian (1984, p.95) vai dá ênfase à satisfação do(a) paciente ou do(a) usuário(a) dos serviços de saúde, considerando que é de fundamental importância como medida de qualidade da atenção, porque proporciona informação sobre o êxito do provedor em alcançar os valores e expectativas do(a) paciente, que são temas em que esses são as maiores autoridades. Esse pressuposto foi fundamental para avançar no sentido de incorporar os(as) não especialistas – no caso, os(as) pacientes – na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade dos serviços de saúde.

Esse contexto vai subsidiar a preocupação com a qualidade dos serviços de saúde que vai acontecer com o processo de garantia de direitos à saúde pública através da CF/88. Em 1990 o SUS, regulado pela Lei nº. 8.080/1990, a qual operacionaliza o atendimento público da saúde, por meio desta Lei Orgânica da Saúde que define seu funcionamento.

A partir dessa legislação, a busca pelo atendimento da satisfação do(a) usuário(a) dos serviços públicos de saúde é preconizado. Em 2011, o SUS, através da Portaria nº 396, de 4 de março de 2011 integrou a sua legislação o QualiSUS-Rede (Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde). No Art. 2º, inciso VII da referida Portaria, fica instituído entre outros objetivos - a qualificação do cuidado em saúde, incentivando a definição e implantação de protocolos clínicos, linhas de cuidado e processos de capacitação profissional na perspectiva da qualidade.

Dando continuidade ao projeto de melhoria da qualidade dos serviços de saúde, objetivando garantir a efetivação do direito ao acesso universal e contínuo aos serviços básicos de saúde em quantidade e qualidade, o Ministério Saúde (Portaria Nº 1.654, de 19 de Julho de 2011) criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. O PMAQ-AB visa garantir um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

Para Dias, Ramos e Costa (2010, p. 11) a avaliação das políticas de saúde considerando as demandas dos(as) usuário(as) é essencial em saúde pública. Para tanto, ao avaliar o efeito de uma política de saúde no desempenho da prestação dos serviços, é preciso valorizar o sinergismo entre os determinantes da política, dos serviços de saúde (estruturas, recursos humanos e processos) e as necessidades das populações.

Nesse contexto, o papel do(a) usuário(a) como protagonista do sistema de saúde tem impacto direto na melhoria do serviço. Assim, é fundamental conhecer as representações sociais dos(as) usuários(as) acerca desses determinantes. Prossegue-se na análise da Tabela 4 acerca da representação social dos(as) usuários(as) das UPAs sobre os fatores que definem qualidade na saúde pública. Os dados mostram que 36,11% relacionam estes fatores ao bom atendimento (ser ágil; rápido, sem espera). Para 22,22% ter bons(boas) profissionais (qualificados(as); suficientes; educados(as)) são fatores primordiais

para um atendimento com qualidade. Sem desconsiderar 11,11% que define esses fatores como sendo a boa infraestrutura física (bem equipado; aparelhos modernos; cadeiras para sentar) e ainda 8,33% que faz referência a “disponibilidade de medicamentos para os(as) usuários(as) (ter medicamentos; materiais cirúrgicos).

Corroborando o percentual de 42,30% dos(as) usuários(as) que não souberam responder o que significava o termo saúde pública, de 26,92% que não souberam o que significa o termo direito e 20% que não sabem o que significa ter direito a saúde pública, uma parcela significativa 22,22% dos(as) entrevistados(as) não souberam responder quais fatores definem para eles(as) qualidade na saúde pública. Esta situação é inquietante, quando se considera o importante papel que o(a) consumidor(a), usuário(a) dos serviços de saúde pública tem na apreciação da qualidade da prestação dos serviços de saúde. Dessa forma, a compreensão do(a) usuário(a) sobre os fatores que determinam a qualidade dos serviços de saúde é fundamental no sentido apreciar esses serviços e reivindicar por qualidade na prestação de serviços como direito previsto nos termos da lei de forma consciente. Se os(as) usuários(as) dos serviços de saúde não estiverem conscientes da necessidade de reivindicarem por melhores condições no atendimento de suas demandas não estarão aptos(as) a lutar por eles.

Segundo Trad et al., (2002, p.583) a participação ativa e permanente da população usuária do SUS na reivindicação dos seus direitos por serviços de qualidade, é central para adoção de novas práticas na perspectiva de um novo modelo de atenção à saúde pública. Para Dias, Ramos e Costa (2010, p.11) a avaliação da prestação de serviços de saúde, tendo em vista atender a satisfação dos(as) usuários(as), proporciona dignidade aos sujeitos do processo e produz informações essenciais para a melhoria da qualidade da gestão dos serviços públicos de saúde.

Segundo Atkinson (1993, p.284), abordar os(as) usuários(as) acerca dos determinantes da qualidade dos serviços, implica fazer o julgamento sobre características dos serviços que são essenciais e, portanto, sobre sua qualidade.

Nessa direção, a perspectiva dos(as) usuários(as) fornece informações essenciais para completar e equilibrar a qualidade dos serviços de saúde.

Nessa direção, seguindo a investigação quando se indagou aos(as) usuários(as) das UPAs em relação ao entendimento que possuem sobre os fatores que determinam a qualidade dos serviços de saúde. Prevalece o entendimento dos seguintes fatores:

[...] os fatores para mim é ter um atendimento bom, isso acontecendo já é um ganho, pois sempre é ruim, a gente espera muito (E03 – 18 anos);

É ter um atendimento com rapidez, porque a gente espera muito por uma consulta. Semana passada fui lá na UPA de Nova Descoberta e não fui atendida, tive que ir para Policlínica da Campina do Barreto, depois de ter esperado mais de 3 horas me mandaram para essa UPA (E07 – 60 anos);

Para mim o fator mais importante é a redução no tempo de espera nos atendimentos. Seja em consultas, exames, na emergência, tudo demora demais, todas as vezes que vou é quase um dia todo, é um dia de trabalho perdido (E08- 49 anos);

Para mim, o fator importante para qualidade ser melhor é ter médicos de várias especialidades. A gente chega lá só tem pediatras e cardiologista (E 06 – 41 anos);

[...] são muitos fatores, mas, o que me lembro agora é a parte de medicamentos, sem contar que falta sempre medicamentos e o atendimento é péssimo, é muita gente e poucos médicos (E09 – 47 anos);

O bom atendimento é o que a gente deseja, principalmente quanto ao tempo de espera, se demora demais já cai a qualidade, a gente chega mal e quer ser atendido logo, mas, demora muito. Também o respeito que os profissionais da UPA deveriam ter com a gente nos dando a devida atenção, pois tratam a gente muito mal (E09 – 47 anos).

Os resultados das respostas mostram uma visão limitada dos(as) usuários(as), pressupõe-se uma compreensão fragmentada do conhecimento sobre os fatores determinantes da qualidade dos serviços de saúde, fundada muito mais nas experiências particulares, empírica do que numa visão crítica e consciente, baseada nos termos da lei que garantem serviços de saúde em quantidade e qualidade para todos(as). Como se verificou na análise anterior sobre os direitos, há um desconhecimento significativo por parte dos usuários(as) em relação aos seus direitos, isto implica no desconhecimento ou conhecimento limitado dos fatores que determinam a qualidade dos serviços de saúde.

Considerando o que dispõe os Arts. 6º e 196º da CF/88; a Lei n 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde a organização e funcionamento dos serviços correspondentes; a Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e da Gestão do SUS, de 2003, do Ministério da Saúde; a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, de 2007, a Portaria nº1820/2009 dispõe sobre os direitos e deveres dos(as) usuários(as) da saúde. Nessa última portaria, o Art. 2º determina que toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde. Entre outros parágrafos, o §2º salienta que nas situações de urgência/emergência, qualquer serviço de saúde deve receber e cuidar da pessoa bem como encaminhá-la para outro serviço no caso de necessidade.

O parágrafo único dessa portaria deixa claro o direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento, para isso assegura: I - atendimento ágil, com tecnologia apropriada, por equipe multiprofissional capacitada e com condições adequadas de atendimento; II - informações sobre o seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível quanto a: a) possíveis diagnósticos; b) diagnósticos confirmados; c) tipos, justificativas e riscos dos exames solicitados; d) resultados dos exames realizados; e) objetivos, riscos e benefícios de procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, preventivos ou de tratamento; f) duração prevista do tratamento proposto; g) quanto a procedimentos diagnósticos e tratamentos invasivos ou cirurgicos; h) a necessidade ou não de anestesia e seu tipo e duração; dentre outras providencias.

Como base na lei, sem desvalorizar a participação do(a) usuário(a), entendendo que cada um contribui com seu conhecimento peculiar, com sua visão de mundo, é possível identificar que o(a) usuário(a) não considera os fatores determinantes da qualidade dos serviços de saúde, no seu conjunto inter-relacionados (peculiaridades dos locais dos serviços de saúde, estruturas, recursos materiais, humanos – equipes multiprofissional, processos, procedimentos e tratamentos, tecnologias apropriadas, dentre outros). Segundo

Donabedian (1996) e Viacava et al., (2004, p.721) na avaliação dos serviços de saúde é preciso valorizar o sinergismo entre os determinantes vinculados à política de saúde, aos serviços de saúde e às necessidades das populações usuárias.

Apesar do Art. 3º da referida portaria determinar que toda pessoa tem direito ao atendimento e tratamento adequado no tempo certo para resolver o seu problema de saúde, bem como o inciso I do Art. 3º enfatizar que o(a) usuário(a) deve ter atendimento ágil, com tecnologia apropriada, por equipe multiprofissional capacitada e com condições adequadas de atendimento, entre os fatores determinantes da qualidade dos serviços de saúde, “um atendimento ágil, rápido, sem demora” é o mais evidenciado entre os(as) usuários(as), inclusive como um fator/direito que não é respeitado.

Assim como nesse estudo, o tempo de espera também foi observado nos estudos de Mazon e Negrelli (2016, p.47) realizados no Município de Rio Negrinho, Santa Catarina. As autoras investigaram este estudo, 108 usuários(as) do SUS e quando indagados sobre o tempo de espera no atendimento, (33,37%) se mostrou insatisfeito(a) ou muito insatisfeito(a) com o tempo despendido na sala de espera. Em pesquisa realizada por Oliveira, Sales e Brandão (2017, p.38) com objetivo de avaliar a satisfação dos(as) usuários(as) atendidos na UPA 24 horas do município de Valparaíso em Goiás – GO, identificou-se em uma amostra composta por 53 usuários(as) que (80%) afirmaram que o atendimento foi muito demorado, demonstrando insatisfação com o mesmo.

O tempo de espera é, portanto, um fator determinante da qualidade dos serviços prestados pelas UPAs de Recife que deve ser levado em consideração pelos(as) gestores(as) destas Unidades, em respeito ao que determina o inciso I do Art. 3º da Portaria nº 1820/2009 que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, que define que o(a) usuário(a) deve ter atendimento ágil, com tecnologia apropriada, por equipe multiprofissional capacitada e com condições adequadas de atendimento.

Outro fator que concorre para a não qualidade da prestação de serviços das UPAs na Rede de Atenção às Urgências, segundo percepção 22,22% dos(as) usuários(as) diz respeito a falta de bons profissionais (qualificados; suficiente;

atenciosos), este é um fator importante. Estes fatores também foram indicados pelo Tribunal de Contas da União (TCU, 2013, p.2) por meio do Relatório de Auditoria Operacional das UPAs do Brasil, que abordou problemas específicos relacionados à implantação e operacionalização dessas unidades. Dentre esses problemas pode-se destacar a integração deficiente com outros serviços de saúde, que encerram o risco de desvirtuamento do papel dessas unidades; a insuficiência de profissionais capacitados(as) e com experiência; bem como fragilidades nos mecanismos de monitoramento e de controle instituídos pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) para monitorar a implantação e manutenção das UPAs em todo o país.

Enfatizando estes relatos o Relatório de Auditoria (TCU, 2013, p.3) salienta que foram observadas deficiências nas estratégias de capacitação e de educação continuada dos profissionais médicos que atuam nas UPAs. Cerca de (35%) dos(as) coordenadores(as) de UPA assinalaram que a baixa capacitação é um dos principais problemas a serem enfrentados a fim de se melhorar o atendimento com qualidade aos(as) usuários(as). Esse problema torna-se ainda mais grave, quando se observa que muitos(as) médicos(as) contratados(as) pelas UPAs possuem pouca experiência na área de urgência e emergência e que existe, ainda, alta rotatividade desses(as) profissionais. Mais de (50%) dos(as) coordenadores(as) respondentes, afirmaram que é alta a rotatividade dos(as) médicos(as) (TCU, 2013, p.3).

No que diz respeito às representações sociais dos(as) usuários(as) acerca da qualidade dos serviços prestados pelas UPAs, todos(as) entrevistados(as), à exceção de dois, que afirmaram ser de qualidade boa e de 3 que julgaram ser “regular, razoável”, responderam ser “ruim, péssima, baixa qualidade, precária” 80% dos(as) respondentes.

Na realidade, todas as análises aqui realizadas contribuem para a prevalência de que a qualidade dos serviços prestados pelas UPAs não atende as demandas dos(as) usuários(as) devido os vários fatores manifestados. Resultado que se reveste de maior gravidade por expressar o ponto de vista dos(as) próprios(as) usuários(as) dos serviços de saúde.

É ruim a qualidade porque a gente tem que passar o dia todo lá, com fome, as vezes em pé, ouvindo gente gemer, chorar, é muito ruim tudo isto (E04 – 31 anos);

Para mim não tem qualidade. Eu digo que é péssima. Deus me livre, a gente só vai porque não tem para onde ir (E23 – 28 anos);

A qualidade é ruim. Passa muito tempo esperando. As pessoas não se preocupam em avaliar qual é realmente a situação do paciente. Muitos medicamentos não estão disponíveis quando o paciente precisa (E19 – 27 anos);

A qualidade? É péssima, não tem. Espera muito, poucos médicos, falta de atenção, muita confusão, tem até polícia. Você sai de lá mais doente. Será que o governo não vê isso? (E16 – 34 anos);

A qualidade é muito precária, falta tudo. O Governo realiza uma maquiagem nestes setores e em outras diversas áreas e não melhora nada. Para mim é nota zero (E18 – 43 anos);

De baixa qualidade. Falta médico de várias especialidades, demora demais o atendimento. Cada UPA tem sua especialidade e isso dificulta o nosso atendimento. Tem UPA que não tem ortopedista e tem outra que falta (E10 – 44 anos);

A qualidade é péssima. A gente fica horas e horas lá, chorando de dor e só é atendida quando eles querem. Já aconteceu de eu chegar na UPA de 7h e ser atendida só de meio dia, total falta de respeito com quem precisa (E07 – 60 anos);

Cada entrevistado(a) participa da pesquisa com seu conhecimento peculiar, acreditando que esse momento é oportuno para avaliar e partindo da vivência cotidiana como usuário(a) dos serviços de saúde fazem sua queixa ao sistema público, na expectativa de melhores condições. Na incredulidade ao governo, suas falas refletem que se tivessem apropriadas condições financeiras pagariam por um plano de saúde particular que lhe oferecesse melhores condições de atendimento, com razões pragmáticas para agir assim. As representações por si mesmas chamam atenção para as situações de carências apresentadas.

Num contexto em que os investimentos públicos são insuficientes e as políticas sociais caracterizadas como precárias e desprovidas de qualidade, os argumentos que sustentam as representações sociais dos(as) usuários(as) fortalecem o afastamento do Estado como provedor das políticas sociais, caracterizadas como meios de consumo coletivo. Segundo Saraiva (2015, p.98) essa condição trata de uma tendência que reproduz o modelo de Estado vigente

sob influência das ideias neoliberais, mais preocupadas com os resultados econômicos, ficando os interesses e necessidades sociais da população em segundo plano. No campo específico das políticas de saúde, traduz um atendimento assistencialista, de socorro a pobreza, que não produzem impactos eficazes nas condições de saúde dos(as) usuários(as).

Aprecia-se como importante a avaliação dos(as) usuários(as), principalmente como medida de qualidade da atenção que está sendo prestada pelas UPAs de Recife-PE, uma vez que proporciona informação sobre o êxito do provedor das políticas sociais ou dos serviços de saúde como meio de consumo coletivo, no caso o governo, em atender as demandas, os valores e expectativas dos(as) usuários(as) ou pacientes. Nessa direção, estudo realizado por Mendes et.al., (2009, p.157) com 420 usuários(as) dos serviços públicos de saúde em três grandes emergências em Recife-PE, avaliou a satisfação dos(as) usuários(as) em relação à qualidade do atendimento e evidenciou resultados semelhantes aos encontrados neste estudo. Quando indagados(as) sobre a qualidade da prestação de serviços, de modo geral os(as) usuários(as) se mostraram insatisfeitos(as) com os serviços, sobretudo, com as condições oferecidas relacionadas a conforto, a dignidade e cortesia e ao tempo de espera.

Estudo mais recente realizado por Guedes, Henriques e Lima (2013) em Fortaleza-CE, com 382 usuários(as) dos serviços públicos de saúde de urgência e emergência, permitiu segundo análise dos autores, reconhecer as dificuldades e as condições desumanas as quais são submetidos os(as) usuários(as) do Sistema Único de Saúde. A maioria dos usuários (50,8%) referiu não ter recebido nenhuma orientação na chegada à emergência e queixaram-se da qualidade do acolhimento (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013, p.35) Além disso, os(as) usuários(as) mencionaram inúmeras outras dificuldades sentidas nos serviços de saúde como: demora e atendimento inadequado por parte dos(as) profissionais de saúde, área física inadequada, falta de material descartável, de equipamentos e de recursos humanos, o que causa indignação e descontentamento.

As Unidades de Pronto Atendimento – UPAs, objeto deste estudo e estando inseridas como importante componente do sistema de saúde, ocupam um papel importante no SUS e portanto devem ofertar serviços de saúde com

qualidade à população brasileira. Silva (2015, p.91) em estudo comparativo de duas UPAs localizadas no estado de Minas Gerais, observou uma lacuna entre a expectativa dos(as) usuários(as) e os serviços recebidos pelas UPAs. Para a autora, a satisfação está também relacionada ao gerenciamento de expectativas.

Vários fatores externos a UPA influenciam na qualidade do atendimento oferecido nestes ambientes organizacionais. O papel destas unidades na rede do SUS, a forma como cada cidade se organiza na questão do fluxo de pacientes, a eficiência da saúde básica e a rede de retaguarda das UPAs em funcionamento para diminuir a permanência do(a) usuário(a) neste ambiente, tornam-se fatores importantes para avaliação dos serviços.

5.1.5. Tabela 5 - Representações Sociais dos(as) usuários(as) participantes da pesquisa acerca da qualidade dos serviços prestados pelas UPAs – Recife-PE, 2016

QUANTO A QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELAS UPAs	Frequência das Respostas	
	Nº	%
Boa (tem demora, mas, sou atendido; pelo menos sou atendido; melhor que outros);	3	12,00
Regular (a gente é atendido; faz os exames);	2	8,00
Ruim (faltam médicos, faltam equipamentos, cadeiras, medicamentos; tempo de espera longo; profissionais arrogantes, grosseiros; ambiente quente; consulta rápida).	19	76,00
TOTAL	25	100,00
SE A QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELAS UPAs NÃO É BOA - QUE FATORES CONTRIBUEM PARA ISTO?		
Má administração do Governo (pouco investimento na saúde; falta fiscalização dos serviços; desvio dos recursos; corrupção);	15	46,87
Falta de qualificação dos profissionais (baixa remuneração; salários atrasados; poucos médicos especialistas; estagiários);	8	25,00
Infraestrutura precária (ambiente quente; poucas UTIs móveis; não tem medicamentos; poucas cadeiras; exames demorados; ambiente sujo);	5	15,62
Mau atendimento (menor tempo de espera; humanização do atendimento; profissionais atenciosos).	4	12,50
TOTAL	32	100,00
A QUE OU A QUEM VOCÊ ATRIBUI A FALTA DE QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELAS UPAs?		
À má administração pública (desvio de verbas, corrupção, o Estado não cumpre suas obrigações);	13	56,00
A falta de comprometimento dos profissionais (chegam atrasados; profissionais não olham nem para o paciente; consulta relâmpago);	6	24,00
Falta de estrutura física (ambiente quente; faltam de cadeiras, salas insuficientes; falta de medicamentos).	5	20,00
TOTAL	25	100,00

O que os(as) usuários(as) apresentam nessa tabela acerca dos serviços de saúde prestados pelas UPAs reflete o que esperam dessas unidades e o que sugerem para melhoria. Quanto à qualidade dos serviços prestados, para 76% é ruim “(faltam médicos; faltam equipamentos; cadeiras; medicamentos; tempo de espera longo; profissionais arrogantes; grosseiros; ambiente quente; consulta rápida). Entre a qualidade esperada e a qualidade baseada no que vivenciam nessas unidades segundo suas falas, há um sentimento muito forte de insatisfação que vai se revelando na análise das respostas os motivos e os fatores que provocam essas insatisfações. Conforme ressaltam os(as) usuários(as):

Em relação à qualidade das UPAs? Não sei nem o que dizer. É muito ruim. Nas UPAs falta tudo, médicos, profissionais qualificados, materiais e principalmente falta de respeito pela dor do outro (E13 – 54 anos);

Tem muito o que se dizer da falta de qualidade. As UPAs não funcionam como deveriam funcionar. Não possuem um mínimo de qualidade no atendimento, a espera é grande, poucos profissionais, a estrutura física não comporta o quantitativo de usuários e aí fica muita gente em pé (E14 – 27 anos).

Neste sentido, as representações sociais dos(as) usuários(as), conforme suas experiências, visões e concepções acerca da qualidade dizem não apenas da condição do atendimento, mas, da estrutura física, material e dos recursos humanos, cujas informações para o sistema, podem servir para avaliar a estrutura, o processo e os resultados, por conseguinte, a qualidade na prestação dos serviços.

Comum a outras realidades federativas, a política de saúde de Pernambuco apresenta problemas históricos relacionados à insuficiência de equipamentos, incorporação tecnológica mal planejada, concentração da média e alta complexidade na região metropolitana da capital, vazios assistenciais,

dificuldade de fixação médica no interior, falhas no atendimento, longo tempo de espera e entre outros (BRASIL, 2015, p.243).

Resultados de insatisfação com a qualidade dos serviços de saúde prestados pelas UPAs também foram evidenciados em pesquisa realizada por Silva e Santos (2014, p.236), com 110 usuários(as) da UPA Barra de Jangada em Jaboatão dos Guararapes-PE. Quando foram questionados se o serviço de saúde por eles(as) experienciado naquela unidade de saúde havia sido melhor, pior ou igual com relação aos serviços utilizados por eles(as) em outras unidades de saúde antes da implantação daquela UPA, 21% e 17% disseram que era pior e igual, respectivamente.

Uma parcela significativa dos(as) usuários(as) relacionou sua avaliação ao tempo de espera (o tempo de espera é muito grande; horas esperando; extremamente demorado) como um dos fatores contributivo de insatisfação com os serviços de saúde pública prestados. Para o usuário (E20 – 43 anos) o tempo de espera nas UPA consiste em:

É um filme de terror! E o pior é que você espera, espera, e na maioria das vezes o problema não é resolvido, apenas um paliativo (E20 – 43 anos).

Essa insatisfação com o tempo de espera parece ser comum em outros estados do País. Estudos recentes realizados por Oliveira, Sales e Brandão, (2017, p.38), com usuários(as) da UPA do município de Valparaíso de Goiás-GO, evidenciou que (80%) acharam o tempo de espera demorado, muito além do normal. O fator tempo influenciou consideravelmente no juízo de satisfação, uma vez que os(as) usuários(as) mostraram-se bastante insatisfeitos com o tempo despendido nos atendimentos.

Segundo o CONASS Documenta (BRASIL, 2015, p.251) o tempo de espera nas UPAs varia de acordo com a gravidade da situação: alto risco (pulseira vermelha) com atendimento imediato; médio risco (pulseira amarela) em até uma hora; e baixo risco (pulseira verde/azul) em até 4 horas. Em relação aos pacientes classificados com a pulseira de cor azul, a previsão do número de

consultas leva a incluir ou não o atendimento desta classificação de risco. Se a demanda está baixa, atendem-se os casos azuis, senão são dispensados pela assistente social.

Contraditoriamente, este mesmo documento do CONASS (BRASIL, 2015, p. 259) enfatiza que com essa padronização o atendimento consegue ser cumprido em todas as UPAs. Particularizando em Pernambuco, a partir da visão preponderante do conjunto de profissionais entrevistados(as), essa padronização da classificação de risco consegue cumprir os atendimentos, com alargamento no tempo de espera nos atendimentos de classificação verde, inclusive o de classificação azul, de até 4 horas ou mais, nos períodos de pico de demanda, motivo pelo qual a estratificação de risco mostra-se tão valorizada.

Discordando dessa análise, o Relatório Anual de Monitoramento do Contrato de Gestão das UPAs de Recife (PERNAMBUCO, 2015),³⁴ realizado a partir do acompanhamento das atividades assistenciais executadas em cada unidade, por meio de visitas sistemáticas, acompanhamento dos relatórios gerenciais mensais, avaliações e relatórios trimestrais, objetivando a verificação do cumprimento das metas contratadas, evidencia queixas dos(as) usuários(as) relacionadas a demora no tempo de atendimento prestado nas diferentes UPAs do município de Recife, inclusive naquelas onde se realizou a pesquisa que deu origem a este estudo: (UPA Caxangá, UPA Imbiribeira, UPA Torrões, UPA Ibura e UPA Nova Descoberta). As queixas estão relacionadas não apenas a demora no atendimento, mas, ao número insuficiente de profissionais e profissionais não qualificados para atender a gravidade dos(as) usuários(as) e a falta de atendimento humanizado da equipe.

Outro aspecto que o CONASS Documenta (BRASIL, 2015, p.251) chamou a atenção diz respeito à quantidade de atendimentos amarelos e vermelhos registrados realizados pelas UPAs em Pernambuco. Em algumas unidades, era contabilizada apenas uma ficha de atendimento da entrada do

³⁴ O Relatório de Gestão configura um instrumento privilegiado de monitoramento por contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, envolvendo também uma análise acerca do processo geral de desenvolvimento das ações pela unidade, registrando os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho, os desafios que se apresentam, bem como as iniciativas ou medidas que devem ser desencadeadas (Pernambuco, 2015).

paciente, enquanto em outras era registrada uma ficha a cada chamado do paciente a sala vermelha ou amarela, cuja frequência poderia ser de hora em hora. Com isso se estabelecia diferença artificial de gravidade assistida entre as UPAs, aumentando exageradamente o volume de atendimento realizados por aquelas unidades.

Os(as) usuários(as) deste estudo, conforme a Tabela 5, demonstraram estar insatisfeitos com os serviços prestados pelas UPAs, participaram da investigação e avaliaram também a que ou a quem se pode atribuir a falta de qualidade dos serviços prestados por estas Unidades. Foram destacados como aspectos mais relevantes, pela maioria dos sujeitos, “a má administração do governo (pouco investimento na saúde; falta fiscalização dos serviços; desvio dos recursos; corrupção)”, bem como, “falta de qualificação dos profissionais (baixa remuneração; salários atrasados; poucos médicos especialistas; estagiários)”, somando-se a isto “a infraestrutura precária (ambiente quente; poucas UTIs móveis; não tem medicamentos; poucas cadeiras; exames demorados; ambiente sujo)”.

Quando a maioria dos(as) usuários(as) atribui a falta de qualidade dos serviços prestados pelas UPAs a má administração do governo (pouco investimento na saúde; falta fiscalização dos serviços; desvio dos recursos; corrupção), reflete a conjuntura econômica, social e política que se vive hoje no Brasil. Essa visão evidencia que a crise na saúde pública se relaciona a verbas insuficientes, mas, sobretudo, a um problema que se repete em outros setores da administração pública - a má gestão do governo.

Dentro dessa mesma perspectiva, outra questão evidenciada pelos(as) usuários(as) diz respeito a grave situação da saúde devido os desvios de recursos públicos para bolsos privados, principalmente os abastecidos pela corrupção e/ou falta de fiscalização adequada na aplicação dos recursos destinados ao setor.

Para Volpato, et al., (2010, p.1562) o Estado, por meio constitucional, tem garantido o direito de acesso aos serviços de saúde, entretanto, o sistema público de saúde tem se caracterizado como insuficiente e precário. Diante das profundas desigualdades sociais, péssimas condições de vida e de saúde da população, a

má alocação dos recursos, ineficiência, custos crescentes e desigualdade nas condições de acesso dos(as) usuários(as), a busca pela melhoria da qualidade dos serviços de saúde pública torna-se cada vez mais necessária, um verdadeiro exercício de cidadania.

O setor público é, portanto, o maior provedor de bens, serviços e equipamento coletivos, particularizando a saúde. Para serem efetivados esses serviços depende da responsabilidade do Estado em garantir os critérios de quantidade, qualidade, agilidade e, sobretudo, acesso facilitado, conforme garantido nos termos da lei. No entanto, são muitos os estudos que afirmam o contrário, indicando seu foco na sua própria existência, deixando o padrão de qualidade desses serviços em segundo plano.

O que se constata, a partir desse estudo, é que os(as) usuários(as) do sistema de saúde pública, particularizando as UPAs, mostram-se insatisfeitos(as) com a qualidade dos serviços prestados por estas unidades. A realidade aponta fatores evidentes, filas no atendimento e tempo de espera longo, insuficiência de médicos e outros profissionais, ambiente quente, falta de cadeiras e outras condições básicas, especialmente, medicamentos.

O diagnóstico mais perspicaz dessa situação, não se relaciona apenas a verbas insuficientes, desvio de recursos públicos e má gestão do governo, mas, sobretudo, ao modelo de Estado e ao seu papel como provedor social dos meios de consumo coletivo, particularizando a saúde. No manejo dos recursos canalizados pelo Estado para provisão dos meios de consumo coletivo, existe um componente de racionalidade econômica capitalista, conforme defendido por Jaramillo (1986), Lojkine (1981), Saraiva (2015) entre outros teóricos, tanto por parte do Estado, quanto por parte do próprio capital.

Segundo Saraiva (2015, p.37) com base nessa racionalidade econômica, em se tratando do capital, o capitalista não estará disposto a desprender-se da parte de seu lucro, senão à medida que essa ação efetivamente resulte na criação de condições realmente necessárias e adequadas à sua acumulação (lucro). Em se tratando do Estado, o componente da racionalidade econômica capitalista se manifesta, em cada momento, refletindo a correlação de forças na qual tenta escolher suas ações que tenham o impacto mais favorável sobre a

acumulação de capital. O Estado tenderá a escolher a opção que implique menos custos dentro dos limites que lhe impõe o confronto entre as classes.

Com essa estratégia, o Estado têm empreendido iniciativas de provimento de valores de uso coletivo, mas, na maioria das vezes, não corresponde aos interesses das populações beneficiárias. Isto pode ser comprovado ao analisar os fatores que se interpõem a qualidade da prestação de serviços prestados pelas UPAs de Recife, a partir do ponto de vista dos(as) usuários(as). Os resultados mostram que são privilegiados modelos de atendimento que minimizam os investimentos públicos, considerando os seus vários aspectos (infraestrutura; pessoal; material; equipamentos; medicamentos, dentre outros). Na estrutura econômica neoliberal em que o Estado está inserido, ele mesmo é obrigado a atuar dentro deste parâmetro, seguindo a lógica da racionalidade econômica do capitalismo que o fundamenta, contratando força de trabalho de baixo custo, adquirindo insumos a preços mercantis e de baixa qualidade.

Apesar do avanço na legislação alcançado a partir da redemocratização do País e da CF/88, o que se observa segundo Saraiva (2015) e Volpato, et al., (2010), é que a rede de serviços e equipamentos de consumo coletivo – (saúde, educação, educação infantil, serviços sócio assistenciais voltados para a população idosa, habitacional, entre outros) muito pouco tem se expandido, enquanto crescem as demandas e as reivindicações por novas medidas e estratégias de ação. Parece consensual que a destinação de recursos públicos com essa finalidade ainda seja uma questão política não resolvida.

Esta questão, baseada na lógica da racionalidade capitalista pode ser explicada a partir da hierarquização produzida pelo Estado ao prover os meios de consumo coletivo (LOJKINE, 1981; PRETECEILLE, 1986; JARAMILLO, 1986; SARAIVA, 2015/2016). Segundo estes(as) teóricos(as), o Estado prover estes meios preferencialmente atendendo as demandas por valores de uso coletivo que afetam diretamente a produção de mais – valia, ou, do capital. Subsequentemente, aqueles bens e serviços que sem serem criadores de valor, estão relacionados com processos indispensáveis para acumulação, e são esferas de ação do capital privado. Somando-se a estes, os valores de uso coletivo necessário para estruturar o consumo da mais – valia, ou seja, o

consumo da classe dominante. Finalmente, em última instância, atende as demandas de consumo coletivo ligadas à reprodução da força de trabalho, como os equipamentos e serviços de saúde.

Nessa perspectiva, a situação de carência e de falta de qualidade das Unidades de Pronto Atendimento, não é apenas fruto da escassez de recursos, mas também de decisões políticas que privilegiam os grandes investimentos, beneficiadores diretos do capital, sacrificando, particularmente, as populações menos favorecidas (SARAIVA, 2015, p.18). Com base nesse pressuposto, a lógica da racionalidade econômica que tem permeado o modelo econômico do Estado Brasileiro, contraditoriamente tem privilegiado os aspectos de expansão econômica cujos processos são indispensáveis à produção e reprodução do capital, em detrimento das demandas sociais relacionadas aos serviços públicos coletivos de saúde, educação, habitação, lazer, dentre outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados das análises desenvolvidas neste estudo, a partir das representações sociais dos(as) usuários(as) dos serviços prestados pelas UPAs do Recife-PE, permitiram responder ao problema de pesquisa posto, à medida que o método de análise utilizado propiciou compreender e identificar os fatores que se interpõem ou influenciam a problemática das expressivas limitações e contradições em relação à qualidade da prestação dos serviços de saúde oferecidos por estas unidades em seus vários aspectos, como meios de consumo coletivo.

A análise aprofundada do perfil socioeconômico, demográfico dos(as) usuários(as) dos serviços prestados pelas UPAs permitiu evidenciar características do perfil socioeconômico e demográfico dos(as) entrevistados(as) que contribuirão para subsidiar as avaliações e o funcionamento dos serviços dessas unidades no contexto das políticas públicas de saúde em Pernambuco, particularmente em Recife.

Os resultados atendem a solicitação do Relatório de Auditoria de Unidades de Pronto Atendimento realizado pelo Tribunal de Contas da União (TCU, 2013, p.36) que sugere que pesquisas sejam realizadas tendo em vista se evidenciar estes dados, para subsidiar as avaliações e o funcionamento dos serviços dessas unidades a partir do perfil dos(as) seus(suas) usuários(as), entre outras variáveis sugere considerar a idade e sexo como fundamentais.

Em relação à faixa etária, a população constitui-se como sendo bastante heterogênea, com maior concentração na faixa etária de 18 a 37 anos e de 38 a 47 anos, configurando a população como adulta e economicamente ativa. O nível de escolaridade é baixo, visto que 16% da amostra se encontra entre ser analfabeta e no Ensino Fundamental incompleto. Os salários provenientes do trabalho formal e informal refletem diretamente a classe social que os(as) usuários(as) pertencem, via de regra baixos, variando de menos de 1 a 2 salários mínimos para 72% dos(as) entrevistados(as), classificando-os(as) como população pertencentes a classe D e E conforme IBGE (2015), caracterizando-os(as) como pobres, desprovidos de recursos financeiros

suficientes que lhes favoreçam viver com autonomia, dignidade e qualidade de vida.

As análises das representações sociais dos(as) usuários(as) revelam que há modos diferentes desses sujeitos conceberem os significados dos termos saúde e saúde pública, direito e direito a saúde pública, qualidade e qualidade dos serviços de saúde pública, conceitos no seu conjunto interdisciplinarmente inter-relacionados e interdependentes. Constata-se que a apreensão dessas categorias teóricas pelos sujeitos da pesquisa é influenciada diretamente pelas visões, experiências, valores, crenças, ideias, nível educacional e classe social a que os(as) usuários(as) pertencem. Os usuários(as) revelam conhecer as categorias teóricas investigadas na pesquisa, atribuindo-lhes significados conforme esse conjunto de valores e crenças, muito mais fundamentados no senso comum, do que no conhecimento científico, numa condição estática e fragmentada ao invés de dinâmica, consciente e crítica como preconizam os estudos que tratam da compreensão destes conceitos pelos(as) usuários(as) do sistema de saúde pública, sem, portanto, inviabilizar sua importância no estudo.

É preocupante o percentual significativo de usuários(as) que afirmaram não saber responder o que significava estes termos, sobretudo, acerca dos seus direitos como cidadãos(ãs), uma vez que a compreensão destas categorias de forma crítica e consciente permite e incentiva a participação organizada dos sujeitos na sociedade e a busca não só da melhoria das condições dos serviços de saúde como direito de todos(as), mas, também de qualidade de vida.

A compreensão desses significados numa perspectiva crítica proporciona informações e conhecimentos relevantes que podem servir como indicadores de controle para o monitoramento e aprimoramento dos serviços de saúde, particularizando os prestados pelas UPAs. A falta de conhecimento acerca desses conceitos tem levado a redução da participação dos indivíduos nas instâncias responsáveis pelo controle social das políticas públicas caracterizadas como meios de consumo coletivo e, por conseguinte as possibilidades de enfrentamento da questão social. Considera-se que a apropriação de diferentes conhecimentos acerca do conceito de saúde, de organização e funcionamento do SUS, dos direitos sociais, sobre qualidade e

qualidade na saúde pública qualificará o sujeito para participar dessas instâncias e atuar no controle social da prestação de serviços oferecidos pelo sistema de saúde, na direção de adoção de novas práticas para um novo modelo de atenção á saúde, que efetive a condição qualidade que se encontra nos termos da lei, como direito de todos(as) e não de poucos(as).

Embora, os(as) usuários(as) dos serviços prestados pelas UPAs não apresentem um discurso sobre a saúde pública conforme os documentos oficiais (CF/88; Lei 8.080/90 – SUS; PNS/2006), a compreensão de que a saúde pública é dever do Estado e que deve garantir e efetivar este direito a todos(as) igualmente, sem distinção fez a diferença nos resultados da pesquisa, à medida que fazem menção aos princípios da universalização e da equidade quando se referem aos termos “sem distinção” e “é de todos”.

Considerando que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, independente da origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. Há, portanto, o entendimento de que o acesso universal aos cuidados em saúde é algo legitimado pela Lei que deve ser exercida. Nesses termos, o(a) usuário(a) não tem direito apenas ao acesso aos serviços de saúde, mas, também, o direito de resolutividade de todos os seus problemas em todos os níveis e complexidade do atendimento.

No entanto, é preocupante que a grande maioria dos(as) entrevistados(as) compreenda que a saúde pública é de graça e nesses termos não que se constitui o retorno ao pagamento de impostos e que deve ser usufruído como direito, uma vez que a saúde é financiada pelos impostos que são pagos pela população, que devem ser revertidos em serviços de saúde, como uma condição a qualidade de vida e dignidade humana de qualquer pessoa.

A análise das representações sociais dos(as) usuários(as) sobre o significado do termo qualidade, fatores que determinam a qualidade da saúde pública e sobre a qualidade dos serviços de saúde pública, permitiu compreender que a qualidade de acordo com as concepções, valores, crenças e costumes dos(as) usuários(as) apresentam compreensões diferenciadas, atribuindo significados conforme cada categoria teórica analisada.

A análise dos fatores que determinam a qualidade da saúde pública e da qualidade dos serviços de saúde pública se constituiu como importante, uma vez que propiciou informações acerca da condição de qualidade desses serviços de saúde como meio de consumo coletivo, bem como, acerca dos fatores que determinam essa qualidade e do papel do Estado como provedor desses serviços no atendimento das demandas e expectativas dos(as) usuários(as). De um modo geral os sujeitos da pesquisa se mostraram insatisfeito(as) com a qualidade dos serviços prestados, sobretudo, com as condições oferecidas relacionadas a conforto, infraestrutura, atenção e cortesia, tempo de espera para atendimento, e outras inúmeras dificuldades experimentadas nos serviços de saúde pública como: atendimento inadequado por parte dos(as) profissionais de saúde; falta de material descartável; de equipamentos e de recursos humanos qualificados para trabalho.

É significativo considerar que todas as análises contribuem para afirmar a prevalência de que a qualidade dos serviços de saúde pública não atendem as demandas dos(as) usuários(as) devido a todos os fatores manifestados. Resultado que se reveste de maior gravidade por expressar o ponto de vista dos(as) próprios(as) usuários(as) desses serviços, ao mesmo tempo, centraliza o importante papel do(a) consumidor(a) ou usuário(a) na avaliação da qualidade desses serviços como sujeito mais importante. Concomitantemente, reflete a desresponsabilização do Estado como provedor social dos serviços públicos de saúde, resultando em indignação e descontentamento por parte dos(as) usuários(as).

As representações sociais dos(as) usuários(as) acerca da qualidade dos serviços de saúde prestados pelas UPAs do Recife, ocupa um papel central neste estudo. O que se considera a partir dessas representações, é uma lacuna entre suas expectativas e os serviços prestados pelas unidades. Entre a qualidade esperada e a qualidade baseada no que vivenciam nas UPAs, os(as) usuários(as) manifestam um sentimento muito forte de insatisfação, cujos motivos apresentam os fatores que provocam estes descontentamentos. Suas experiências como usuários(as) dos serviços prestados pelas UPAs reproduz a mesma insatisfação manifestada com outros equipamentos e serviços de consumo coletivo da rede pública, não apenas em relação ao atendimento, mas, no que concerne a estrutura física, material e dos

recursos humanos. Essas informações para o sistema de saúde podem servir para avaliar a estrutura, o processo e os resultados, por conseguinte, a qualidade na prestação dos serviços.

As insatisfações com a qualidade dos serviços de saúde prestados pelas UPAs são evidenciadas em estudos e pesquisas realizada em vários contextos do País. Em Pernambuco, comum a outras realidades federativas, a política de saúde tem apresentado problemas históricos relacionados, sobretudo, à insuficiência de equipamentos, incorporação tecnológica mal planejada, concentração da média e alta complexidade na região metropolitana, vazios assistenciais, dificuldade de fixação médica no interior, falhas no atendimento, longo tempo de espera e entre outros (BRASIL, 2015, p.243).

A visão limitada dos(as) usuários(as) acerca dos seus direitos, induz uma compreensão fragmentada do conhecimento dos fatores determinantes da qualidade dos serviços de saúde, nos termos da lei. Há um desconhecimento significativo por parte dos(as) usuários(as) em relação aos seus direitos, isto implica no desconhecimento dos fatores que determinam a qualidade dos serviços de saúde, atendendo as várias dimensões que conformam a qualidade dos serviços prestados, em quantidade e qualidade para todos(as).

Além de fatores internos, os estudos apresentam fatores externos importantes que podem ter influencia na avaliação da qualidade dos serviços prestados pelas UPAs e que precisam ser estudados. Entre outros, o papel destas unidades na rede do SUS, a forma como cada cidade se organiza na questão do fluxo de pacientes, a eficiência da saúde básica e a rede de retaguarda das UPAs em funcionamento para diminuir a permanência do(a) usuário(a) neste ambiente. Recomenda-se, neste estudo, a realização de pesquisas que possam dá conta dessa demanda, na perspectiva de subsidiar o planejamento das políticas públicas de saúde, em especial, assegurar os direitos sociais dos(as) usuários(as), tendo em vista o acesso a serviços públicos com a condição qualidade garantida. Não se pode deixar de considerar que a saúde pública com qualidade é direito de todas as pessoas e deve ser além de garantida nos termos da lei, efetivada.

A percepção dos(as) usuários(as) acerca desses fatores no seu conjunto oferece informações essenciais para subsidiar a melhoria da

qualidade dos serviços de saúde pública. Por outro lado, a visão fragmentada implica em considerar os fatores determinantes da qualidade dos serviços de saúde a partir de características específicas, por meio da reação que o(a) usuário(a) tem do contexto, a partir de suas experiências cotidianas e práticas na relação direta com os serviços de saúde. No entanto, essa relação não invalida, portanto, julgamentos sobre os fatores determinantes da qualidade dos serviços de saúde, pelo contrário a avaliação é precisa e fidedigna.

A falta de qualidade dos serviços prestados pelas UPAs, é atribuída, a partir da visão dos(as) usuários(as), sobretudo, a má administração do governo, mais especificamente, aos poucos investimentos liberados para a saúde e a falta de fiscalização dos serviços prestados por essas unidades, desvio dos recursos e corrupção. Esta percepção reflete de modo geral os efeitos da crise econômica, política e ética que o País vem presenciando na última década do século XXI e seus efeitos, sobretudo, na diminuição de gastos públicos em diferentes setores, chegando à saúde por diversas vertentes. Essa situação se contrapõe a garantia de direitos à saúde pública com qualidade, preconizado pela legislação, que defende a busca pelo atendimento da satisfação do(a) usuário(a) com os serviços públicos de saúde. Nesse contexto, vale resgatar a Portaria nº 1.654/2011, do Ministério da Saúde ao projeto de melhoria da qualidade dos serviços de saúde, objetivando garantir a efetivação do direito ao acesso universal e contínuo aos serviços básicos de saúde em quantidade e qualidade, como direito de todos(as).

Considera-se neste estudo, que, a situação de carência e de falta de qualidade das Unidades de Pronto Atendimento do Recife-PE e de outras unidades da federação como mostram os estudos, não é apenas fruto da escassez de recursos, nem de problema de gestão pública desses recursos, mas, sobretudo, de decisões políticas que privilegiam os grandes investimentos, beneficiadores diretos do capital, sacrificando, particularmente, as populações menos favorecidas. Com base nesse pressuposto, a lógica da racionalidade econômica que tem permeado o modelo econômico do Estado Brasileiro, contraditoriamente tem privilegiado os aspectos de expansão econômica cujos processos são indispensáveis à produção e reprodução do capital, em detrimento das demandas sociais relacionadas aos serviços públicos coletivos de saúde, educação, habitação, lazer, dentre outros.

Conforme salienta Saraiva (2015) esse quadro está relacionado diretamente à lógica econômica e a racionalidade capitalista que concebe as despesas com saúde pública como componentes da reprodução social da vida e não do capital, nesse sentido, despesas *supérfluas*, uma vez que não tem retorno econômico nem para o capital e nem para o mercado. Para o mercado as despesas com os serviços coletivos públicos de saúde só interessam na medida em que se concretiza como negócio, e para o Estado a lógica é a mesma, só interessa investir em serviços de consumo coletivo que efetive retorno para o próprio Estado e para o capital, de forma articulada.

REFERÊNCIAS

- A FEBRE amarela no século XVII no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Edgard Blücher Ltda, 1971.
- AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema Único de Saúde - antecedentes, percurso, perspectivas e desafios.** São Paulo: Martinari, 2011. 192 p.
- ALMEIDA Filho, Naomar. **O que é Saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 160p (Coleção Temas em Saúde)
- ALMEIDA Filho, Naomar de; ANDRADE, Roberto Fernandes Silva. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina. & FREITAS, Carlos Machado de. (Orgs.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- ALMEIDA Filho, Naomar de; JUCÁ, Vlória. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 7, n. 4, 2002. p.879-889.
- ALVES, Aline Martini Alves. Qualidade Total x Qualidade Social: duas correntes dicotômicas na educação pública do Rio Grande do Sul no Início do Século XXI. IX ANPED Sul, **Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul**, 2012.
- ALVES, Juliana Martins. Trabalho e trabalhadores no segundo governo Vargas: as greves como um “antidireito” (1951-1954). **Revista História** (São Paulo), n. 172, jan.-jun. 2015. p.367-396
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA) -. **Almanaque de Vigilância Sanitária.** Edição nº 01. Outubro de 2007. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/propaganda/visa-e_web.pdf> Acessado em: 12 abr. 2016.
- ARAUJO, Vania Rodrigues de; VALENÇA, Ana Maria Gondim; ROCHA, Andréa Vanessa. Saúde do Idoso na Atenção Básica de Saúde no Município de João Pessoa: o Olhar do Usuário. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [s.l.], v. 16, n. 2, 1 maio 2012. p.195-204.
- ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. **O processo de descentralização das políticas sociais no Brasil e seus determinantes.** Tese (Doutorado em Ciência Política do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas. São Paulo – SP, 1998.
- ATKINSON, Sarah J. Anthpology in research on the quality of health services. **Cadernos em Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 1993. p.283-299.
- BASTOS, Tassia Fraga. **Diferenciais de saúde entre homens e mulheres: estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo.** 2016. 140 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016.
- BENTES, Monica. **A Atuação do Brasil na Defesa de Seus Interesses Econômicos no Cenário Internacional: uma análise através do tempo.** Rio de Janeiro: ESG, 2012.

BERBEL, Danilo B; RIGOLIN, Camila C. D. Educação e promoção da saúde no Brasil através de campanhas públicas. **Revista Brasileira de Ciência, Tecnologia e Sociedade**, v.2, n.1, jan/jun 2001. p.25-38.

BERTOLLI Filho, Claudio. **De Getúlio a Juscelino 1945 – 1961**. São Paulo, Editora Ática, 2002. 64p.

_____. **História da Saúde Pública no Brasil**. 4ª ed. São Paulo (SP): Editora Ática; 2003. 71p.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo v.30, n.3, dez. 1996. p.380-98.

BITTENCOURT, Roberto J; HORTALE Virginia A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos em Saúde Pública**, 2009.

BOORSE, CHRISTOPHER. **Health as theoretical concept**. Philosophy of Science, 44 (4): 542-573, 1977.

BRASIL. Assembleia Legislativa. Constituição (1923). **Decreto nº 4682, de 24 de janeiro de 1923**. Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Rio de Janeiro: RJ, 1923.

_____. Ministério da Educação e Saúde. **Lei nº 378 de 13 de janeiro de 1937 Artº 9**. In Anais 1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde. Folheto nº 05. Rio de Janeiro: Serviço de Documentação MES, 1941.

_____. **V Conferência Nacional de Saúde**. Ministério da Saúde. Brasília: Governo Federal, 1975. 121p.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 02 de agosto de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996** que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS/MS, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19/09/1990. E Lei nº 8.142, de 28/12/1990**. Gestão Municipal de Saúde. Leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde, NOAS-SUS. **Portaria nº 373 de 27 de fevereiro de 2002**. Gestão Municipal de Saúde. Leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde, NOAS-SUS. **Portaria nº 2.048 de 05 de novembro de 2002**. Gestão Municipal de Saúde. Leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html> Acesso em 05 de fevereiro de 2017

_____. Ministério da Saúde. **Curso Básico de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: 2005. 210p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf> Acesso em 06 de março de 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.020 de 13 de maio de 2009**. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo (Unidades de Pronto Atendimento-UPA). Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de Orientação sobre Capacitação de Recursos na Saúde (com legislação)**. Sistema Único de Saúde: Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 que revê a Resolução 196/96 e aprova novas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: CNS/MS, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 342, de 4 de março de 2013**. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo (Unidades de Pronto Atendimento-UPA). Brasília, 2013.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2015. 133 p. Disponível em <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf> Acesso em 10 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde: **Média e Alta Complexidade**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=828. Acesso em: 26 jun. 2016.

BOBBIO, Norberto. **Teoria do ordenamento jurídico**. 6 Ed. Brasília: Ed. UNB, 1995.

CAMARGO, Caroline Leite de. Saúde: um direito essencialmente fundamental. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVII, n. 120, jan 2014. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14074>. Acesso jun 2017.

CAMPOS, Juarez Q.; SANTO, Antonio Carlos G.E.; MANTOVANI, Maria de Fátima F. **Introdução à Saúde Pública**. São Paulo: 1987.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico** [1943]. São Paulo: Forense Universitária, 2006.

CASTIEL, Luis David. **O que é saúde pública?** 2008. Pesquisador do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da ENSP. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/bibsp/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=107>>. Acesso em: 23 maio, 2017.

CARRET, Maria Laura Vidal. **Demanda do serviço de saúde de emergência: características e fatores de risco para o uso inadequado**. Tese (Doutorado em Epidemiologia, Medicina Social), Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2007. 231 fl.

CASTANHA, Antonio Paulo. **Ato adicional de 1834**. Disponível em: <http://www.histedbr.fe.unicamp.br/navegando/glossario/verb_c_ato_adicional_1834%20.htm#_ftnref1>, acessado em: 08 fev. 2016.

CASTANHEIRA, Carlos Henrique Campos; PIMENTA, Adriano Marçal; LANA, Francisco Carlos Félix; MALTA, Deborah Carvalho. Utilização de serviços públicos e privados de saúde pela população de Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 17, n. 1, p.256-266, 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400050020>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s1/pt_1415-790X-rbepid-17-s1-00256.pdf>. Acesso em: 10 maio 2017.

CASTELLS, Manuel. **A questão urbana**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 4ªed.1983.

CHAVES, Cleide de Lima. **Poder e saúde na América do Sul: os congressos Sanitários internacionais, 1870-1889**. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, abr.-jun. 2013. p.411- 434

CHIORO, Arthur; SCAFF, Alfredo. **A implantação do Sistema Único de Saúde**. Faculdade de Ciências Médicas de Santos / SP. http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material3_ChioroA.pdf

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M. **Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços**. 5.ed. – São Paulo: Cortez: CEDEC, 2003. 133p.

COHN, Amélia et al. **A saúde como direito e como serviço**. 7. ed.. – São Paulo: Cortez, 2015. 192 p.

COSTA, Geraldo de Farias Martins. A proteção da saúde do consumidor na ordem econômica: direito subjetivo público. **Revista de Direito do Consumidor**, n. 21, p. 132-141, jan./mar. 1997.

COSTA, Alexandre Araujo. **Introdução ao Direito**. [Porto Alegre]: Sergio Antônio Fabris Editor, 2001. 175 p.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; AZEREDO, Catarina Machado; SCHOTT, Márcia; MARTINS, Poliana C.; FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro; PRIORE, Sílvia Eloiza. Sobre o conhecimento e a consciência sanitária brasileira: o papel estratégico

dos profissionais e usuários no sistema sanitário. **Revista Médica de Minas Gerais**, [Minas Gerais], v. 1, n. 16, p.2-8, 2006.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 15, n. 4, p.227-234, out. 2005.

COUTO, Berenice Rojas. **O Direito Social e a Assistência Social Brasileira: uma equação possível?** 8ª. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

CRESWELL, J. **Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions**. Thousand Oaks, CA: Sage, 1998.

CZERESNIA, Dina; MACIEL, Elvira M.G.S; OVIEDO, Rafael Antonio M. **Os sentidos da Saúde e da Doença**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. 119p (Coleção Temas em Saúde)

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Revista Saúde Pública**. São Paulo. p. 57-63, 1988. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v22n1/08.pdf>> , acesso em 07 jun 2017.

DEGANI, Vera Catarina. **A resolutividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002. 201 fl.

DEMING, W. Edwards; **Qualidade: a revolução da administração**. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.

DIAS, Orlene Veloso; RAMOS, Lais Helena; COSTA, Simone de Melo. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde na Perspectiva da Satisfação dos Usuários. **Revista Pró-UniverSUS**, Vassouras, v. 1, n. 1, p. 11-26, jul./dez., 2010.

DOWBOR, Ladislau. **Reflexões Atuais Sobre Cidades, Família e Escola: Impactos na vida das Crianças e do planeta**. In: FONTENELLE, Laís; HENRIQUES, Isabella. Criança e Consumo 10 Anos de Transformação. Instituto Alana, 1 ed., São Paulo, 2006.

DONABEDIAN, Avidis. **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación**. México: Ediciones Copilco, 1984.

_____.(1996). The effectiveness of quality assurance. **Int J Qual Health Care**, v. 8, n. 4, 1996. p.401-407

DULLES, John W. F. **Getúlio Vargas: biografia política**. 2. ed. Rio de Janeiro, Rennes, 1967. p.351-353. 400p.

EDLER, Flávio Coelho. **Saber médico e poder profissional: do contexto luso-brasileiro ao Brasil imperial**. (in) PONTE, Carlos Fidélis; FALLEIROS, Ialê. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. p.23-46, 340 p.

SCOREL, Sarah.; NASCIMENTO, Dilene. R. & EDLER, Flavio C. **As origens da Reforma Sanitária e o SUS**. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.) Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

FALEIROS, Vicente de Paula et al. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Série I. História da Saúde no Brasil. 2006. 300p.

FALLEIROS, Ialê; LIMA, Júlio César França. **Saúde como direito de todos e dever do estado**. (in) PONTE, Carlos Fidélis; FALLEIROS, Ialê. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPJSV, 2010. p.239-246. 340 p.

FERNANDES, Waldir Algarte. **O movimento da qualidade no Brasil**. [s.l.]: Essencial Idea Publishing, 2011. 155 p.

FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

FONSECA, Cristina M. O. **Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes**. Saúde pública no governo Vargas (in) PONTE, Carlos Fidélis; FALLEIROS, Ialê. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPJSV, 2010. p.138-146. 340 p.

FONSECA, Pedro Cezar Dutra. O mito do populismo econômico de Vargas. **Revista de Economia Política**, vol. 31, nº 1 (121), pp. 56-76, janeiro-março/2011.

GARCIA, Vinicius Maniezo; REIS, Renata Karina. Adequação da demanda e perfil de morbidade atendida em uma unidade não hospitalar de urgência e emergência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s.l.], v. 13, n. 4, p.665-673, 29 out., Universidade Estadual de Maringá, 2014. Disponível em <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v13i4.19127>. Acesso em 13/08/2016

GAZÊTA, Arlene Audi Brasil. **Uma Contribuição à História do Combate à Varíola no Brasil: do Controle à Erradicação**. 2006. 232 fl. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, 2006.

GOMES, Paulo J. P. A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação. **Cadernos de Biblioteconomia Arquivista e documentação**, n. 2, p.6-18, Lisboa, 2004.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, março; 9 (2): p.48-55, 2001.

GOUVEIA, Giselle Campozana et al. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 3, p.281-296, set. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2009000300001>>. Acesso em: 17 maio 2017.

GUARESCHI, Pedrinho A.; JOVECHELOVITCH, Sandra (orgs). **Textos em Representações Sociais**. – 2ªed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; HENRIQUES, Ana Ciléia Pinto Teixeira; LIMA, Morgama Mara Nogueira. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 66 (1): 31-7, jan-fev., 2013.

GURGEL, Cristina. **Doenças e curas: o Brasil nos primeiros séculos**. São Paulo: Contexto, 2010.

HAMILTON, Wanda; FONSECA, Cristina. **Questões políticas do segundo governo Vargas contribuição para a criação do Ministério, há 60 anos**. Agência Fiocruz de Notícias-Saúde e Ciências para todos. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 2013.

HART, Herbert L.A. **O Conceito de Direito**. Trad. A. Ribeiro Mendes, 5. Ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2007.

HOCHMAN, Gilberto. **Reforma, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945)**. Educar, Curitiba, n 25, Editora UFPR, 2005. p.127-141

HOCHMAN, Gilberto e FONSECA, Cristina. **O que há de novo?** Políticas de saúde pública e previdência. 1937-1945. In: PANDOLFI, Dulce (Org.) Repensando o Estado Novo. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

IAMAMOTO, Marilda Vilella. Prefácio. In: COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?**. São Paulo: Cortez Editora, 2004. p. 19-28.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação, 2017**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 21 fev. 2017.

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JARAMILLO, Samuel. Crise dos meios de consumo coletivo urbano e capitalismo periférico. São Paulo: Editora Cortez. **Revista de Estudos Regionais e Urbanos**, v 6, n.18 Ano VI, 1986.

JODELET, D. **Representações sociais: um domínio em expansão**. In: As representações sociais - Tradução de Lilian Ulup, Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001, p. 17-44.

KEMPFER, Silvana Silveira; BELLAGUARDA, Maria Lígia dos Reis; MESQUITA; Maria Patrícia Locks de; ALVAREZ, Angela Maria. Percepção dos usuários sobre os serviços de saúde pública no Brasil: revisão integrativa. **Revista Rene**, Fortaleza, v.12 p.1066-1073, 2011.

KELSEN, Hans. 1881-1973. **Teoria pura do direito** / Hans Kelsen ; [tradução João Baptista Machado]. 6a ed. - São Paulo : Martins Fontes, 1998. – (Ensino Superior) Título original: Reine Reehtslehre. ISBN 83-336-0836-5 1. Direito - Bibliografia 2. Direito - Estudo e ensino 3. Direito - Filosofia I. Título. II. Série

LAMARCA, Gabriela; VETTORE, Mario. **O conceito bem-estar e as políticas sociais em avaliação**. 2015. Disponível em: < <http://dssbr.org/site/2015/10/o-conceito-bem-estar-e-as-politicas-sociais-em-avaliacao/>>. Acesso em: 19 maio 2017.

LEVY, Maria Stella Ferreira. O papel da migração internacional na evolução da população brasileira (1872 a 1972). **Revista de Saúde Pública** [online]. vol.8, suppl., pp. 49-90, 1974.

LIMA, Nísia Trindade. **O Brasil e a organização pan-americana da saúde: uma história em três dimensões.** (in) FINKELMAN, Jacobo (Org.) Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p.25 – 116, 328p.

LIMA, Rodrigo Oliveira de. Brasil e FMI: aceleração de investimento e o episódio do rompimento no governo JK. **Revista de Ciências Sociais: Ponto-e-Vírgula**, São Paulo, n. 3, 2008. p.75-91. Semestral.

LOJKINE, Jean. **O Estado capitalista e a questão urbana.** São Paulo, Martins Fonte, 1981/1997. 337p.

_____, Jean. **O papel do estado na urbanização capitalista. Da política estatal à política urbana.** In: FORTI, Reginaldo (Organizador), **Marxismo e urbanismo capitalista.** São Paulo, Livraria Editora Ciências Humanas, 1979. 166p.

LONGO, Rose Mary J. **Gestão da Qualidade: Evolução Histórica, conceitos Básicos e Aplicação na Educação - Brasília: IPEA, 1996.** (RI IPEA/CPS, n. 397 /94).

LOPES, Myriam Bahia; POLITO, Ronald. Para uma história da vacina no Brasil: um manuscrito inédito de Norberto e Macedo. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, abr.-jun. 2007. p.595-605

LUZ, Madel Therezinha. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5: 293-312. 2000.

MACHADO, GERALDA V. C., OLIVEIRA, Fernando L. P. de, BARBOSA, Helinton A. L., GIATTI, Luana, BONOLO, Palmira de F. Fatores associados à utilização de um serviço de urgência/emergência, Ouro Preto, 2012. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23 (4): 416-424, 2015.

MACHADO. Roberto et al. **Danação da Norma; Medicina Social e Constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Graal, 1978. 559p.

MARQUES, Lucimara dos Santos. **A saúde pública e o Direito Constitucional brasileiro.** In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XI, n. 59, nov 2008. Disponível em: <://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=4643>.[Acesso 2016 em 20 jun].

MARTINS, Camila Sartori; SARTORI, Michele Thaís; DIETRICH, Helena Luiza Douat; KLEM, Fabiane Barbero; DALLAGNO, Camilo; ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de; PERNA, Paulo de Oliveira; MEHANNA, Samya. **Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde. Saúde em Debate**, [s.l.], v. 37, n. 98, p.437-445, set. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-11042013000300007>.

MARTINS, Leandro José de Souza. **Uma Leitura da Teoria do Ethos e da Justiça em Aristóteles.** In: VVAA, **O fundamento do Direito.** Rio de Janeiro: Freitas Bastos Editora, 2008.

MATTA, Gustavo Correa. **Princípios e diretrizes do sistema único de saúde.** (in) FALLEIROS et al. **A constituinte e o sistema único de saúde.** (in) PONTE, Carlos Fidélis; FALLEIROS, Ialê. **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história.** Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. Cap.8 p.p. 237-276. 340 p.

MÉDICI, André C. **Financiamento da saúde**. *Boletim de la oficina Sanitaria Panamericana*, v.103, n.6, dez. 1987. p.571-598

MERHY, Emerson E. **A saúde pública como política. São Paulo, 1920-1948 os movimentos sanitários, os modelos tecno-assistenciais e a formação das políticas governamentais**. Editora Hucitec, São Paulo, 1992.

MERHY, Emerson; QUEIROZ, Marcos S. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9(2): 177-184, abr./jun. 1993.

MENDES, Antônio da Cruz Gouveia; ARAÚJO Junior, José Luís Corrêa Amaral de; FURTADO, Betise Mery Alencar Souza; DUARTE, SANTIAGO, Petra Oliveira; Renata; FLORÊNCIO, Tadeu Rodrigues da Costa. Avaliação da satisfação dos usuários com qualidade do atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, 9 (2): 157-165, abr. / jun., 2009.

MAZON, Luciana Maria; NEGRELLI, Mariléia Hodzinski. Satisfação dos usuários frente ao sistema único de saúde. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 16, n. 43, p.45-51, maio 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 5, n. 1, p.7-18, 2000. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232000000100002> Acesso em 21/02/17

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017 ISSN 2525-8222

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais**: investigações em psicologia social; traduzido por Pedrinho A. Guareschi. 11ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

MORRISON, Wayne. **Filosofia do Direito**: dos gregos ao pós-modernismo. Tradução: Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

NUNES, Everaldo Duarte. **Sobre a história da saúde pública**: ideias e autores. *Ciência & Saúde Coletiva*, n.5, n.2, 2000. p.251-264

O'DWYER, Gisele Oliveira; OLIVEIRA, Sergio Pacheco de; SETA, Marismary Horsth. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. 2009. 14(5): p.1881-1890.

OLIVEIRA, Saionara Nunes de; RAMOS, Bianca Jacqueline; Piazza Marina; PRADO, Marta Lenise do; REIBNITZ, Keyna Schmidt; SOUZA, Adalbi Cilonei. Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h: percepção da Enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2015. Jan-Mar; 24(1): p. 238-44.

OLIVEIRA, Wender Antonio de; SALES, Laryssa Cristina da Silva; BRANDÃO, Eralayne Camapum. Avaliação da satisfação dos usuários no atendimento da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas do município de Valparaíso de Goiás - GO. **Revista de Saúde da Fiaciplac**, Brasília, v. 4, n. 1, p.31-39, jan-jul. 2017.

OTHON, Jambeiro. et al. **Tempos de Vargas: o rádio e o controle da informação**. Preparação de originais e Revisão: Tania de Aragão Bezerra e Magel Castilho de Carvalho. Salvador: EDUFBA, 2004. 191p

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

PEIXOTO, Afrânio (org.). Cartas avulsas de jesuítas (1550-1568). Cartas Jesuíticas II. Rio de Janeiro: **Publicações da Academia Brasileira de Letras**, 1931.

PERNAMBUCO. **Lyra traz experiências do Sudeste para saúde do Estado**. Portal Saúde, 18 de jul. de 2008a. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/lyra-traz-experiencias-do-sudeste-para-saude-do-estado>. Acessado em: 30 jul. 2016.

_____. **Estado ajuda a construir unidade de pronto-atendimento em Olinda**. Portal Saúde, 27 de setembro de 2008b. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/estado-ajuda-construir-unidade-de-pronto-atendimento-em-olinda>. Acessado em: 30 jun. 2016.

PERNAMBUCO. **Secretaria de Saúde Estadual. Lei Estadual nº 15.210 de 19 de dezembro de 2013**. Dispõe sobre as Organizações Sociais de Saúde - OSS, no âmbito do Estado de Pernambuco. Recife, Governo do Estado de Pernambuco, 2013. 232 p. Disponível em: <http://legis.alepe.pe.gov.br/dadosReferenciais.aspx?indicenorma=1932>. Acesso em: 21 fev. 2017.

_____. **Secretaria de Saúde Estadual. Relatório Anual de Gestão UPAs 2014 JANEIRO A DEZEMBRO**. Recife, Governo do Estado de Pernambuco, 2015. 232 p. Disponível em: <https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam>. Acesso em: 21 fev. 2017.

PIANA, Maria Cristina. **As políticas sociais no contexto brasileiro: natureza e desenvolvimento**. São Paulo: Editora UNESP; Cultura Acadêmica, 2009. 233p.

PÍCOLI, Renata Palópoli; CAZOLA, Luiza Helena de Oliveira; MAURER, Nilda M. de Jesus Santos. USUÁRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO AZUL EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, Pr, v. 21, n. 1, p.01-07, jan. 2007. Trimestral. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43044/27664>. Acesso em: 17 maio 2017.

PIMENTA, Tania Salgado. Barbeiros Sangradores e curandeiros no Brasil (1808-28). **História da Ciência e Saúde - Manguinhos**, vol.5, no.2, Rio de Janeiro jul/out. 1998.

PITA, Sebastião da Rocha. **História da América portuguesa**. Belo Horizonte: Itatiaia, São Paulo: Edusp, 1976. 325p.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**, 2001. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-%5B16-030112-SES-MT%5D.pdf> >, acesso em: 13 jan. 2016.

PONTE, Carlos Fidelis. **O Brasil no microscópio**. (in) PONTE, Carlos Fidélis; FALLEIROS, Ialê. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. p.p. 49-72. 340 p.

PONTE, Carlos Fidélis. **Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes. A criação do Ministério da Saúde** (in) PONTE, Carlos Fidélis; FALLEIROS, Ialê. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. p.p. 147-148. 340p.

PONTE, Carlos Fidelis; NASCIMENTO, Dilene Raimundo. **Os anos de chumbo: a saúde sob a ditadura.** (in) PONTE, Carlos Fidélis; FALLEIROS, Ialê. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. p.p. 179-218. 340p.

PONTES, Ana Paula Munhen de; CESSO, Rachel Garcia Dantas; OLIVEIRA, Denize Cristina de; GOMES, Antônio Marcos Tosoli. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários?. **Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem**, [s. L.], v. 3, n. 13, p.500-507, jul. 2009. Disponível em: <http://eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=452>. Acesso em: 23 maio 2017.

PORTUGAL. OMS. (Org.). **Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde** - CDSS. Portugal: Organização Mundial da Saúde, 2010. 274 p. (978 92 4 856370 6).

POSSAS, Cristina A. **Saúde e trabalho – a crise da previdência social.** Rio de Janeiro, Graal, 1989.

PRADO, Luiz Regis. **Saúde pública: verbete (enciclopedia).** Disponível em: <<http://www.professorregisprado.com/Artigos/sa%20dade%20p%20dablica-Enciclopedia.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2017.

PRETECEILLE, Edmond. Políticas urbanas, equipamentos e serviços coletivos: elementos para um balanço das pesquisas. **Espaços e Debate – Revistas de Estudos Regionais e Urbanos**, v11, n.18, 1986.

REGO, Anderson da Silva et al. Perfil dos atendimentos a idosos em uma unidade de pronto atendimento. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, 4., 2015, Campina Grande - Pb. **Anais...** . Campina Grande, Pb: Xxxx, 2015.

REIS, José Roberto Franco. **Vargas e a previdência: entre a dádiva e o direito.** (in) PONTE, Carlos Fidélis; FALLEIROS, Ialê. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. p.p. 111-150. 340p.

REIS, José Roberto Franco. **O coração do Brasil bate nas ruas: a luta pela redemocratização do país** (in) PONTE, Carlos Fidélis; FALLEIROS, Ialê. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. p.p. 219-236. 340p.

REGIMENTO que serve de lei, que devem observar os comissários delegados do físico-mor do Reino nos estados do Brasil. 1744. Disponível em <http://www.historiacolonial.arquivonacional.gov.br/Media/F%C3%ADsico%20mor.pdf>, acessado em 23/02/2016.

REZENDE, Ana L. M. **Saúde: dialética do pensar e do fazer.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo, SP: Atlas, 2008.

ROMA, Cláudia Marques. **Meios de Consumo Coletivos x Políticas Públicas: Parque do Sol Adamantina – SP**. X Encontro de Geógrafos da América Latina. São Paulo, 2005.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec, Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

ROSS, Alf. **Direito e Justiça** / Alf Ross - tradução Edson Bini - revisão técnica Alysson Leandro Mascaro - Bauru, SP: EDIPRO, 2000. Título original: On law and justice p.431

SAISSU, Kauane M. A. **Unidades de Pronto Atendimento: uma avaliação normativa das UPAs do Distrito Federal**. 2013. 64 f. Monografia - Curso de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia, Distrito Federal, 2013. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/5324/1/2013_KuaneMinekoAlmeidaSaissu.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2017.

SANTOS José Sebastião et al. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP- USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Revista de Medicina**. 2003; 36(2/4): 498-515.

SANTOS, Letícia Rosa. **Direito do cidadão usuário do SUS: A percepção e o agir da equipe de enfermagem em um centro de saúde**. 2004. 135 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004. Cap. 2.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **Política Pública de Saúde no Brasil: encruzilhada, busca e escolhas de rumo**. Abril, 2008.

SARAIVA, Joseana Maria. **A lógica do capital e do Estado na provisão dos meios de consumo coletivo: uma experiência de responsabilidade social no campo da assistência à criança**. Recife: Editora UFPE, 2015. 221p.

SARAIVA, Joseana Maria; SILVA, Fátima Sampaio. **O Papel do poder público frente à provisão dos equipamentos e serviços de consumo coletivo de atendimento a criança**. In: SILVA, Maria Zênia Tavares; SARAIVA, Joseana Maria; SANTANA, Deisyvângela Eucrêmia da Silva Lima (Org.). O Consumo no contexto da família, da infância e da adolescência. Recife: EDUFRPE, 2016. 274p.

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

SCLIAR, Moacyr. et al. **Saúde pública: histórias, políticas e revoltas**. São Paulo: Scipione, (Coleção mosaico & documentos), 2002.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 20, p.580-588, mar. 2004.

SEQUEIRA, Angelo de. **Botica preciosa, e tesouro precioso da Lapa. Em que como em botica, e tesouro se acham todos os remédios para o corpo, e para a alma, e para a vida, E uma receita das vocações dos santos para remédio de todas as enfermidades, e vários remédios, e milagres de Nossa Senhora da Lapa, e muitas novenas, devoções, e avisos importantes para os pais de família ensinarem a doutrina cristã a seus filhos, e criados.** Lisboa, Of. Miguel Rodrigues, 1754.

SILVA, Flavia Martins André da. **Os direitos do homem são direitos válidos para todos os povos e em todos os tempos:** Esses direitos advêm da própria natureza humana, daí seu caráter inviolável, intemporal e universal (dimensão jusnaturalista-universalista).. 2006. Disponível em: <<http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/2627/Direitos-Fundamentais>>. Acesso em: 16 maio 2006.

SILVA Filho, João Ferreira da. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida (Org.). **Cidadania e Loucura:** políticas de saúde mental no Brasil. 7. ed. Petrópolis: Vozes, co-edição ABRASCO, 2001. p. 75-102.

SILVA, Heliana Marinho da. **A política pública de saúde no Brasil:** dilemas e desafios para a institucionalização do SUS. 1996. 173 fl. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Fundação Getúlio Vargas, Escola Brasileira de Administração Pública, 1996.

SILVA, Katielle Susane do Nascimento; SANTOS, Solange Laurentino dos. Unidades de pronto atendimento (upa) e promoção de saúde: um olhar a partir do “sistema de objetos” e “sistema de ações”. **Revista Movimentos Sociais e Dinâmicas Espaciais**, Recife, v. 03, n. 02, p.224-246, 2014.

SILVA, Marcos Alex Mendes da; FERREIRA, Efigênia Ferreira e; SILVA, Girlene Alves da. O direito à saúde: representações de usuários de uma unidade básica de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 20, p.1183-1207, 2010.

SILVA, Maria Zênia Tavares; SARAIVA, Josean Maria; SANTANA, Deisyvângela Eucrêmia da Silva Lima (Org). **O Consumo no contexto da família, da infância e da adolescência.** Recife: EDUFRPE, 2016. 274p.

SILVA, Paulo Lucas Barros e. **Qualidade = Satisfação do Cliente:** Para tornar essa equação uma realidade nas organizações, o conceito da ISO é um importante aliado.. 2011. Disponível em: <<http://www1.redegestao.com.br/cms/opencms/desafio21/artigos/gestao/organizando/0031.html>>. Acesso em: 06 fev. 2011.

SILVA, Ricardo. Planejamento econômico e crise política: do esgotamento do plano de desenvolvimento ao malogro dos programas de estabilização. **Revista Sociologia Política**, Universidade Federal de Santa Catarina, n. 14, p.77-101, jun, 2000.

SILVA, Rosa Shirley Peres da. O entendimento do direito à saúde: uma abordagem dos usuários do SUS no Distrito Federal. **Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 3, n. 4, p.56-74, jul./set. 2015.

SILVA, Roseilda Maria da; BARBOSA, Marianne Sousa. **Os discursos que maqueiam as relações sociais na saúde pública**: uma análise a partir da teoria de James Scott. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS CONTRA A POBREZA E A DESIGUALDADE, 1., 2010, Natal - Rn. Trabalhos aprovados. Natal - Rn: Xxxx, 2010. p. 1 - 11. Disponível em: <[http://www.cchla.ufrn.br/cnpp/pgs/anais/Arquivos GTS - recebidos em PDF/OS DISCURSOS QUE MAQUEIAM AS RELAÇÕES SOCIAIS NA SAÚDE PÚBLICA.pdf](http://www.cchla.ufrn.br/cnpp/pgs/anais/Arquivos%20GTS%20-%20recebidos%20em%20PDF/OS%20DISCURSOS%20QUE%20MAQUEIAM%20AS%20RELAÇÕES%20SOCIAIS%20NA%20SAÚDE%20PÚBLICA.pdf)>. Acesso em: 23 maio 2017.

SILVA, Silvina Pimentel. **Pesquisa, ensino e formação docente no ensino superior**. In: SALES, J. A, BARRETO, M. C. NUNES, J. B., NUNES, A. I., FARIAS, I. M, MAGALHÃES, R. D.; Formação e práticas docentes. Fortaleza: EdUECE, 2007. p. 165-178.

SILVA, Ticiane Raimundo da; MOTTA, Roberta Fin. **A percepção dos usuários sobre a política de saúde na atenção básica**. Mudanças: Psicologia da Saúde, [s. l.], v. 2, n. 23, p.17-25, jul. 2015.

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

SKIDMORE, Thomas E. **Brasil: de Getúlio a Castelo 1930-1964**. Apresentação de Francisco de Assis Barbosa; tradução coord. Ismênia Tunes Dantas. – 13ª ed. – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003. 512p.

SOUTO, Ana Cristina. **Saúde e política**: a vigilância sanitária do Brasil. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2004. 277p.

SOUZA, Diego de Oliveira. A saúde na perspectiva da 'ontologia do ser social'. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p.337-354, mai/ago 2016.

SPINK, Mary Jane. **Desvendando as teorias implícitas**: uma metodologia de análise das Representações Sociais. In: GUARESCHI, Pedrinho A.; JOVECHELOVITCH, Sandra (orgs). Textos em Representações Sociais. – 2ªed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). **RELATÓRIO DE AUDITORIA** - Unidades de Pronto Atendimento – UPA. Brasília, novembro de 2013. Disponível em <<http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A14D6E85DD014D7327BE294A0A>> Acesso em 20/04/2017

TRAD, Leny Alves Bomfim; BASTOS, Ana Cecília de Souza; SANTANA, Edyara de Moraes; NUNES, Mônica Oliveira. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 3, n. 7, p.581-589, 2002.

USUAL, Alessandra Bomfim; ARAÚJO, Aline Alves; DINIZ, Fernanda Vaz de Melo; DRUMOND, Marisa Maia. Necessidades sentida e observada: suas influências na satisfação de pacientes e profissionais. **Arquivos em Odontologia**. 42(1): 1-80, 2006.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 599- 613, [s.d]. 2005.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. (2006). **O Sistema Único de Saúde**. In G. W. de S. Campos (Org.), Tratado de saúde coletiva (pp 530 - 561). São Paulo: Hucitec, 2006.

VÉRAS, Mauro Pardini Bicudo. **Trocando Olhares**: uma introdução à construção sociológica da cidade. São Paulo: Educ, Studio Nobel, 2000.

VERONELLI, J. C.; TESTA, A.(Orgs.). **La OPS en Argentina**: crónica de una relación centenaria. Buenos Aires: Opas, 2002.

VIACAVA, F.; ALMEIDA, C.; CAETANO, R.; FAUSTO, M.; MASINKO, J.; MARTINS M *et al.*(2004).Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, 2004. p.711-24.

VIOTTI, Ana Carolina de Carvalho. **As práticas e os saberes médicos no Brasil colonial (1677-1808)**. 2012. 179 fl. Dissertação (Mestrado em História e Cultura Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais de Franca, Universidade Estadual Paulista —Júlio de Mesquita Filho, Campus de Franca, 2012.

VOLPATO, Luciana Fernandes; MENEGHIM, Marcelo de Castro; PEREIRA, Antonio Carlos; AMBROSANO, Gláucia Maria Bovi. Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o Desdobramento da Função Qualidade (QFD). **Cadernos em Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p.1561-1572, ago. 2010.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Tradução de Daniel Grassi. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA:

“Limites e contradições à efetivação do direito à qualidade dos serviços de saúde prestados pelas Unidades de Pronto Atendimento como meio de consumo coletivo”.

PREZADO(A) USUÁRIO(A) DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO:

Você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa cujo objetivo é analisar as representações sociais dos usuários das Unidades de Pronto Atendimento – UPAs da cidade do Recife-PE, acerca dos determinantes que levam à configuração as contradições em relação a efetivação do direito à qualidade dos serviços de saúde prestados por estas unidades em seus vários aspectos. A referida pesquisa é parte integrante da dissertação de mestrado do estudante André Paes Viana do Programa de Pós-Graduação do Mestrado em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social da Universidade Federal Rural de Pernambuco – UFRPE sob a coordenação da professora Dra. Joseana Maria Saraiva e pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. A pesquisa incluirá a realização de entrevistas, assegurando-se o anonimato do(a) entrevistado(a). Participando, você contribuirá para a identificação dos problemas e elaboração de propostas para melhoria dos serviços de saúde ofertados pelas UPAs da cidade do Recife. A Sua participação contribuirá de forma significativa para o avanço na efetivação do direito a qualidade dos serviços de saúde prestados pelas UPAs da cidade do Recife.

É IMPORTANTE SABER QUE:

Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Ao participar desta pesquisa não existe nenhum risco no sentido de prejudicar o entrevistado. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguro o sigilo sobre sua participação. Sua identificação não será revelada na divulgação dos dados. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e e-mail, formas de contato com o pesquisador, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

André Paes Viana*
Responsável pela Pesquisa

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Recife, / /2016.

Assinatura do Entrevistado

* **Contatos:** André Paes Viana – Departamento de Ciências Domésticas – UFRPE – Campus Sede - Rua Dom Manoel de Medeiros, s/n, Dois Irmãos - CEP: 52171-900 - Recife/PE. Fone: (87) 9 9914-1847 – E-mail: andrepaesviana@hotmail.com

**LIMITES E CONTRADIÇÕES À EFETIVAÇÃO DO DIRETO À QUALIDADE
DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PRESTADOS PELAS UNIDADES DE PRONTO
ATENDIMENTO COMO MEIO DE CONSUMO COLETIVO**

BLOCO I

DADOS DA IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA

Formulário nº _____ Data / / 2016

BLOCO II

**CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA E DEMOGRÁFICA DOS(AS)
USUÁRIOS(AS) DAS UPAs**

2.1.	Nome do(a) Entrevistado(a):		
2.2.	Sexo	Feminino () Masculino ()	
2.3.	Idade:	_____	anos
2.4.	Endereço:		
2.5.	Bairro:		
2.6.	Contato:		
2.7.	Grau de Escolaridade	Sem Escolaridade () Ensino Fundamental Completo() Incompleto() Ensino Médio Completo() Incompleto() Ensino Superior Completo() Incompleto() Pós-Graduação Esp() MSc() Doutorado()	
2.7.1	Qual o curso superior:		
2.7.2	Qual curso de pós-graduação:		
2.8.	Estado Civil	Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () União Estável () Viúvo(a) () Outro () _____	
2.9.	Qual sua ocupação?	Autônomo(a) () Empresário(a) () Desempregado(a) () CLT ()	Aposentado(a) () Do lar () Estudante () Outro _____

2.10	O(A) senhor(a) se considera	Branco(a) () Negro(a) () Pardo(a) () Amarelo(a) () Índio(a) ()
2.11	Qual a sua renda mensal?	< 1 salário mínimo () 1 a 2 salários mínimos () 2 a 4 salários mínimos () 4 a 6 salários mínimos () 6 a 8 salários mínimos () 8 a 10 salários mínimos () > 10 salários mínimos ()
2.12	Que UPA normalmente você faz uso?	UPA Caxangá () UPA Nova Descoberta () UPA Imbiribeira () UPA Torrões () UPA Ibura ()
BLOCO III		
REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS(AS) USUÁRIOS(AS) SOBRE SAÚDE, SOBRE POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E DIREITO SOCIAL		
3.1.	Para o(a) senhor(a) o que significa Saúde? _____ _____ _____	
3.2.	O que o(a) senhor(a) entende sobre Saúde Pública? _____ _____ _____	
3.3.	Para o(a) senhor(a) o que significa o termo Direito? _____ _____ _____ _____	

3.4.	<p>O(A) senhor(a) sabe quais são os seus direitos como cidadão(ã)? Sim () Não (). Se sim, quais são?</p> <hr/> <hr/> <hr/>
3.5.	<p>Como cidadão(ã) o(a) senhor(a) sabe o que significa ter Direito à saúde pública? Sim () Não (). Se sim, quais seriam os seus direitos?</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>BLOCO IV REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS(AS) USUÁRIOS(AS) SOBRE QUALIDADE E QUALIDADE NA SAÚDE PÚBLICA</p>	
4.1.	<p>O que significa para o(a) senhor(a) o termo qualidade?</p> <hr/> <hr/> <hr/>
4.2.	<p>Para o(a) senhor(a) quais são os fatores que definem qualidade na Saúde Pública?</p> <hr/> <hr/> <hr/>

4.3.	<p>Como usuário(a) dos serviços de saúde prestados pelas UPAs, como o(a) senhor(a) avalia a qualidade dos serviços prestados?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
4.4.	<p>Como usuário(a) dos serviços de saúde prestados pelas UPAs, o(a) senhor(a) está satisfeito(a) com a qualidade dos serviços prestados? Sim () Não (). Porquê?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
4.4.1	<p>Se não está satisfeito(a), atribui a quê a falta da qualidade ou de resolutividade?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
4.5.	<p>Se os serviços de saúde prestados pelas UPAs não têm qualidade, o que o(a) senhor(a) sugere para sua melhoria?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Recife, _____ de _____ de 2016.

 André Paes Viana
 (Pesquisador)

 Entrevistado