

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO A RESPEITO DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE -
UM ESTUDO REALIZADO JUNTO AO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA CATARINA

Aprovado Pelo DSS
Em 12 / 12 / 94

Trabalho de Conclusão de Curso Apresentado ao
Departamento de Serviço Social da Universidade
Federal de Santa Catarina para Obtenção do Título
de Assistente Social, pela Acadêmica:


Catarina Maria Schmickler
Sub-Chefe do Depto. de Serv. Social
CSE-UFSC

KETILYN SÔNIA DE MELLO

FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO DE 1994.

**Aos meus pais, José Emilio e Sônia, e
ao meu irmão Roggers, pelo apoio e
compreensão.**

" O direito à informação constitui um prolongamento lógico do processo constante em direção à liberdade e à democracia."

UNESCO, 1983.

AGRADECIMENTOS

Agradeço as pessoas que estiveram presentes comigo, nesta longa caminhada; À Vera Maria Nogueira, pela orientação; à minha família, pela compreensão e apoio; à Ana Elise, Beatriz, Liliane, Maria Eduarda, Rosilda e Tânia, pela nossa amizade; ao Setor de Serviço Social do Hospital Universitário, pela amizade e compreensão; aos pacientes internados no Hospital Universitário, pela colaboração e compreensão; e as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a minha formação profissional.

SUMÁRIO

Introdução	01
Capítulo I Propostas Públicas de Atenção à Saúde	
1.1 - Organização e filosofia de ação.....	05
1.2 - Reforma sanitária.....	13
Capítulo II O Sistema Único de Saúde / A atual proposta de atenção à saúde	
2.1 - O SUS - princípios e diretrizes.....	26
2.2 - O controle social sobre o SUS - mecanismos e estratégias ..	31
2.3 - O SUS e a municipalização da atenção à saúde.....	35
2.4 - A percepção da população sobre o funcionamento do SUS no Estado de Santa Catarina.....	42
Considerações Finais.....	55
Referências Bibliográficas.....	58

INTRODUÇÃO

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico social e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

De acordo com os princípios da Reforma Sanitária Brasileira deve ser entendida não apenas como ausência de doença. Ela é o "resultado das condições de trabalho, habitação, educação, renda, meio ambiente, serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida." (Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde).

Percebe-se que, através deste conceito, a saúde não é apenas ausência de doenças, mas que ela é resultante das condições de vida das pessoas. E está diretamente relacionada à conquista da população, em suas lutas cotidianas, por melhores condições de vida.

Esta conquista de melhores condições de vida e saúde, exige que a população tenha conhecimento do que ocorre no setor e especialmente sobre a importância do controle social para a garantia e efetivação dos direitos já conquistados.

Assistiu-se no Brasil, a partir da Constituição de 1988, a ampliação de garantias do acesso aos serviços de saúde através do reordenamento gerencial, político e administrativo das instituições públicas ligadas à área, nos planos federais, estaduais e municipais, conformando um Sistema Único de Saúde.

Uma das grandes conquistas refere-se à participação e conseqüentemente o controle social da população sobre o Sistema Único de Saúde.

Entretanto, durante o período de estágio 1, realizado na Clínica Feminina do Hospital Universitário, através de entrevistas, percebeu-se que a maioria das pacientes internadas não tinha idéia do que significava o Sistema Único de Saúde.

Este fato indicou a pertinência da realização de um estudo mais detalhado sobre a questão da informação e conhecimento da população sobre o SUS. A partir de estudos iniciais, estabeleceram-se os seguintes objetivos para o estudo em questão:

- conhecer o nível de informação da clientela atendida no Hospital Universitário sobre o Sistema Único de Saúde;
- evidenciar se o desconhecimento era proveniente da falta de informação ou inexistência de recursos.

Para a coleta das informações foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com pacientes internados nos seguintes setores: Clínica Médica Feminina e Masculina I e II, Clínica Cirúrgica I e II e no ambulatório do Serviço Social. Foram realizadas no período de 15 de agosto a 15 de setembro de 1994 e os sujeitos da pesquisa foram os pacientes internados nos setores mencionados e que estivessem em condições de prestar as informações solicitadas, que fundamentalmente eram as seguintes:

- conhecimento a respeito do SUS;
- existência de recursos de saúde a que tivesse acesso;
- alterações ocorridas no atendimento à saúde nos últimos 5 anos;
- formas de obtenção de medicamentos;
- conhecimentos de grupos ou instituições relacionados à saúde.

Originariamente, havia a intenção de realizar uma visita aos municípios que se destacassem na forma de divulgação. Devido ao fator tempo e inexistência de recursos financeiros para tanto, tal não foi efetivado. Ressalta-se também que em nenhum município foi reconhecida alguma divulgação sobre o SUS, a partir dos usuários.

Foram entrevistadas 51 pessoas que se enquadravam no critério estabelecido. As entrevistas não tiveram um tempo de duração semelhante, uma vez que algumas pessoas respondiam por monossílabas e outras já detalhavam bastante a informação prestada.

Posteriormente à transcrição das fitas, procedeu-se a análise do discurso contido nas mesmas e que se vinculavam aos objetivos propostos.

O trabalho concluído foi ordenado em dois capítulos, sendo que o primeiro trata das Propostas Públicas de Atenção à Saúde até 1988, e o segundo, a atual proposta de atenção à saúde, incluindo a percepção da população sobre a mesma.

CAPÍTULO I

PROPOSTAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

1.1 - ORGANIZAÇÃO E FILOSOFIA DE AÇÃO

Para contextualizar a saúde em nosso país, deve-se levar em conta a forma e o processo pelo qual esta ficou conhecida como uma questão pública, e também perceber a profunda ligação entre o desenvolvimento da sociedade em sua globalidade e as condições de saúde da população em sua totalidade.

É necessário compreender a intervenção do Estado Capitalista nas políticas sociais, sendo mais especificamente no setor saúde, uma vez que o cuidado com a saúde faz parte das atribuições governamentais desde o momento em que o Estado se constitui.

Entre as políticas públicas, a Previdência e a Saúde Pública são as que mais favorecem a compreensão das relações entre a classe trabalhadora e o Estado. Ao intervir no setor saúde, o Estado cumpre a finalidade de aumentar a taxa de mais-valia relativa:

- complementando o salário real pago pelo capital;
- mantendo a força de trabalho num certo grau de capacitação física permitindo os trabalhadores manterem a produção almejada;
- controlando politicamente a classe trabalhadora.

Evidencia-se que o Estado, intervém não só para manter a ordem, mas para garantir as condições de desenvolvimento do capital.

As políticas sociais constituem-se numa das maneiras que o Estado emprega para garantir o processo de inclusão/exclusão das classes dominadas. Estabelecendo um discurso aparentemente humanizante exprime sua preocupação com os direitos humanos, valoriza a pessoa para que tenha igualdade de oportunidades melhorando sua qualidade de vida, preocupa-se também com a dívida social, e com isso, não deixa que a classe dominada perceba as desigualdades causadas pelo Estado Capitalista.

"... as políticas sociais são formas de manutenção da força de trabalho econômica e politicamente articuladas para não afetar o processo de exploração capitalista e dentro do processo de hegemonia e contra-hegemonia da luta de classe."

(Faleiros , 1986: 80)

Nesse sentido, as políticas sociais executadas na área da saúde se inserem também na relação dialética capital/trabalho. O Estado atua tentando garantir condições para o desenvolvimento do capital. E agindo através da assistência médica individual, favorece a recuperação do trabalhador ao processo produtivo, viabilizando o consumo de bens produzidos pelo setor saúde. E muito antes de mostrar-se interessado nas questões de saúde à nível da assistência individualizada ao trabalhador, já estava atuando na área da saúde.

A saúde emergiu como questão social no país, no auge da economia capitalista exportadora cafeeira no início do século XX. Nessa época, a sociedade brasileira apresentava momentos de crise, havendo assim, uma desenfreada aceleração da urbanização e do desenvolvimento industrial, onde questões relacionadas à saúde pública irão caracterizar-se pelas tentativas de expandir seus serviços por todo o país.

Diante disso, a Saúde Pública, era para estar voltada à toda população, mas se restringia, através das ações do Estado, junto às áreas produtivas. E as demais áreas, viam-se desprovidas de maior interesse por parte do Estado sobre as questões sanitárias.

Não existia uma política nacional de saúde pública, mas apenas ações casuais e localizadas nos momentos de crise sanitária, de endemias. O caráter social referido à saúde era decorrente de problemas endêmicos e da falta de saneamento. Pode-se afirmar então que, a

crise sócio-econômica e sanitária ocasionada pela febre-amarela, malária e outras endemias tiveram efeitos catastróficos sobre a economia cafeeira, arriscando a mão-de-obra dos imigrantes. E de certa forma estava também prejudicando a exportação cafeeira através dos portos do Rio de Janeiro e de Santos, nos quais os navios estrangeiros eram proibidos de atracar.

Nesta fase, tem suas raízes a primeira etapa do desenvolvimento capitalista brasileiro, quando são iniciados diversos programas de saneamento, com medidas para combater as endemias e favorecer condições sanitárias adequadas nos portos e núcleos urbanos.

Os programas sanitários eram, teoricamente, destinados a toda população, eram na sua maioria, dirigidos às áreas portuárias e às regiões produtivas, não se constituindo uma Política Nacional de Saúde, com suas intervenções de caráter casual, desencadeadas sempre de forma emergencial em situações críticas.

As ações de saúde pública no Brasil, nesta época, apresentavam-se deficientes principalmente no seu quadro técnico, possuindo limitações provenientes de características específicas do processo de desenvolvimento capitalista brasileiro, é também, das limitações próprias do Estado Nacional nesta época de sua formação.

A saúde, até a década de 20, era vista como "caso de polícia" e só ganhou um novo direcionamento quando passou a ser considerada no discurso como sendo uma das atribuições do Estado Nacional. Isto aconteceu com a Reforma de 23, quando se cria o Departamento Nacional de Saúde Pública com suas ações concentradas à nível do Governo Federal. A partir desse momento começa haver um crescimento das centralizações das ações do Estado referentes ao setor de saúde pública, quando passam a ser atribuições do Governo Federal:


- o saneamento urbano e rural;
- as higiênes infantil, industrial e profissional;

- a propaganda sanitária;
- as atividades de supervisão e fiscalização;
- a saúde dos portos e do Distrito Federal;
- e o combate às endemias rurais.

Contudo, estas atribuições não entram em vigência e permanecem sob a responsabilidade dos governos locais.

Não foi somente na saúde pública que se concentrou a centralização das ações no âmbito do Estado, porém, este processo também acontecerá à assistência médica individual.

O processo de centralização federal começou a se efetivar em 1930, com a criação do Ministério da Educação e Saúde, composto por dois departamentos: o Departamento de Educação e o de Saúde. As ações de saúde pública se destacaram através de campanhas sanitárias como elementos centrais de intervenção, contando com a participação de técnicos do governo federal para atuarem junto aos governos estaduais.

 Neste mesmo ano, o caráter do Estado começa a se modificar devido a necessidade da expansão das suas bases sociais; portanto, as questões sociais foram incluídas à problemática do poder.

A etapa da economia e da política no Brasil iniciada nos anos 30, "cria um espaço para o surgimento de políticas sociais de 'corte social'. O Estado caracterizado por maior autonomia relativa frente às classes e frações de classe, nos quadros de hegemonia(...), agora tende a responder à questão social não mais parcial e pontualmente, como no período anterior".
(Braga, 1981: 51)

As alterações que ocorreram no campo político e as modificações na essência do Estado, é que favoreceram as condições iniciais para questões sociais em geral, e as de saúde em particular.

Na área da saúde, originou-se uma política de saúde de caráter nacional, que se divide em dois setores:

- de saúde pública;
- e o de medicina previdenciária - de caráter restrito frente as reais necessidades da população, devido à limitada capacidade financeira do Estado porque o molde sanitaria implantado era dispendioso por causa dos rigorosos requisitos técnicos, e o sistema previdenciário possuía incapacidade de atender à assistência médica individual e coletiva.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, que concretizou o suporte institucional e burocrático que o Departamento Nacional de Saúde exigiu desde sua última reforma em 1941, quando assumiu o controle da formação de técnicos em Saúde Pública, incorporou vários serviços de combate às endemias e institucionalizou as campanhas sanitárias.

A trajetória da saúde no Brasil tem se caracterizado pela ênfase na medicina privada e previdenciária, ficando a saúde pública praticamente anulada, e com isto, a grande maioria da população não possui acesso a mesma.

Percebe-se que o sistema de saúde tem tendência a privilegiar a medicina curativa provocando danos a medicina preventiva; ocasionando um aumento nos problemas e moléstias relacionadas à falta de saneamento básico.

Na Previdência, o direcionamento dado à saúde, resume-se na criação de vários órgãos e estruturas em benefício da população, os quais não conseguem atender de forma adequada às

necessidades oriundas das demandas dos usuários (desde o IAPAS até o SUS). Muitos desses órgãos responsáveis à saúde preferem muitas vezes gastar em convênios com a rede particular, dando prioridade aos fins lucrativos do que investirem na rede pública para que toda a população obtenha acesso à saúde.

O que acontece também é que os serviços médicos estão distribuídos de forma desigual numa mesma região. Desta maneira, os grupos populacionais que moram longe dos centros urbanos possuem menor acesso a esses serviços e com frequência necessitam sacrificar uma parte do seu salário para utilizá-los - gastos com transporte -, isto sem pensar nas graves complicações provenientes da falta de acesso ao atendimento médico.

➤ Nos anos 60, juntamente com o processo de expansão da medicina previdenciária, cria-se uma estrutura de atendimento hospitalar de origem privada e direcionada para organização de empresas médicas. Os serviços de saúde transformaram-se numa organização capitalista com a integração do Estado, empresas industriais e empresas de serviços médicos.

➤ Após 64, o Brasil sempre direcionou para um modelo capitalista de desenvolvimento, levando a um progressivo assalariamento da categoria médica. E o Sistema de Saúde implantado pelo regime militar, ao mesmo tempo em que consagrou o assalariamento dos profissionais de saúde, agravou os problemas do setor.

O Brasil viveu desde 64 até meados dos anos 80, um período de 21 anos de ditadura de governos militares conservadores, sendo que, muitos mecanismos democráticos de representação política foram extingüidos, para dar lugar a um processo decisório, altamente centralizador e controlador (autoritarismo).

Nos anos 70, aparecem propostas de uma política universalizante de assistência médica. É no auge do regime autoritário, deste modelo assistencial, privatista, que o Estado destaca a assistência médica como uma questão de política social. Deixa de ser privilégio de algumas

categorias para voltar-se a esse projeto de universalização, para que seja um direito de todo e qualquer cidadão. Projeta-se, então, o processo de massificação de assistência médica à custa da Previdência Social. Por trás disso, encontrava-se uma idéia positiva quanto ao desenvolvimento econômico do país, pois estávamos vivenciando o período do milagre econômico, imaginando que seria possível absorver o grosso da massa dos trabalhadores; que, com a expansão da contribuição previdenciária, seria possível diminuir o contingente que excluía do mercado de trabalho.

Essa exclusão dos trabalhadores do poder, no período ditatorial, e a desmobilização através da violenta pressão as suas organizações, refletiu-se nos aparelhos de políticas sociais através da maior intervenção estatal no sistema previdenciário.

Desde os anos 70, com a conseqüente separação dos trabalhadores do processo decisório, acentuaram-se algumas tendências relativas à organização do sistema de saúde neste período, tais como:

- "- reorientação da política nacional de saúde à prática médica curativa e individualizada, especializada e sofisticada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo;
- desenvolvimento de uma prática médica direcionada à lucratividade, propiciando a mercantilização e empresariamento da medicina através da alocação preferencial dos recursos previdenciários para compra de serviços aos prestadores privados;
- extensão da cobertura previdenciária, abrangendo a totalidade da população urbana e parte da população rural;
- viabilização de um complexo médico-industrial com a crescente expansão da base tecnológica da rede de serviços e do consumo de medicamentos."

(Teixeira, 1989:27)

Todo esse processo foi acompanhado por uma modernização administrativa e institucional dos aparelhos governamentais que se destinavam a lidar com as políticas sociais, com a especialização de cada órgão, juntamente com uma crescente centralização e concentração dos recursos institucionais.

No final da década de 70, esse modelo apresentava enormes inadequações com relação à realidade sanitária do país. Ao contrário dessa realidade, o processo de redemocratização iniciado nesta época, apontou novas exigências devido a enorme dívida social acumulada nos últimos anos.

A revisão proposta para o setor saúde nos anos 70, não se restringiu à questão da gestão (onde estavam incluídos os temas: regionalização, municipalização e participação da sociedade civil organizada), mas também subordinou-se a uma proposta nova de prestação de serviços de saúde, de organização da rede e de relações entre as redes públicas e privadas e tentar tornar eficaz esses serviços.

Até o final da década de 70, o país possuía um modelo assistencial de saúde fragmentado e desarticulado entre os três níveis de governo: federal, estadual e municipal, sendo que, dividia a clientela entre "previdenciários" e "não-previdenciários".

1.2 - REFORMA SANITÁRIA

Para entender a estratégia da mudança - Reforma Sanitária, torna-se necessário conhecer o processo pelo qual se constitui o Movimento Sanitário, principal ator na condução das medidas reformadoras.

A Reforma Sanitária é considerada como:

"a transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção as camadas populares - direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços."

(Teixeira, 1989: 39)

"A reforma sanitária brasileira deve ser vista sob vários eixos e na ampliação correspondente à sua magnitude, complexidade e diversidade dos problemas de saúde do País." (Teixeira, 1989)

O Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde descreve Reforma Sanitária como sendo:

"(...) as modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua

correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde”.

(Relatório Final da VIII Conferência Nacional da Saúde, 1986)

Apesar de recentemente estar se falando em Reforma Sanitária, esta já vem sendo pensada no país há quase quarenta anos, com profissionais da saúde e alguns técnicos reunindo para discutir problemas referentes ao Brasil.

É um projeto ideológico nascido na sociedade civil, no interior dos movimentos sociais pela ampliação dos direitos de cidadania. (Westphal, 1992: 69). Iniciou ao longo dos anos autoritários, continuou com seus núcleos de resistência e de oposição na academia, sendo que de certa forma foi possível manter uma postura crítica e reflexiva.

Em decorrência de diversos acontecimentos ocorridos no Brasil, na segunda metade dos anos 70, principalmente pela crise da legitimidade do governo, grupos que simpatizaram por suas tendências contra-hegemônicas na saúde coletiva, decidiram aproveitar a abertura de espaço e criar uma nova consciência sanitária.

O Movimento Sanitário era um grupo simpatizante das tendências da Reforma Sanitária. Suas origens referem-se aos primeiros anos da ditadura militar, onde as Universidades passaram a ser o principal ponto de defesa de contestação do governo autoritário, devido ao fechamento de quase a maioria dos canais de expressão política. Nas Faculdades de Medicina foram criados os Departamentos de Medicina Preventiva, no interior dos quais reunia-se e discutia-se o pensamento crítico na saúde.

Apesar de sua origem acadêmica não se limitou à produção de um novo saber; ao contrário, em todos os momentos caracterizou-se por aliar a produção científica à busca de novas práticas políticas e à difusão ideológica de uma nova consciência sanitária.

Este movimento reunia intelectuais, profissionais da área da saúde, associações, sindicatos, entidades populares, organizações, e tinham como valor único a saúde. Apresentava um conjunto de propostas políticas e técnicas de democratização do sistema de saúde. É identificado como introdutor de aspirações de grupos de consumidores, de usuários dos serviços de saúde, enquanto cidadãos.

E **Escorel** (1988:51) fala que:

"(...) o movimento sanitário, a nosso ver, com sua atuação desde os anos Geisel tem provocado uma reviravolta na saúde, transformando os conceitos, incluindo a política na análise e na prática de saúde, lutando pela modificação do panorama de atendimento e pela melhoria das condições de saúde da população brasileira".

Com essa explanação, a autora mostra que as transformações conceituais operadas nos saberes de saúde e doença, caracterizam-se pela inclusão da política na prática e na análise da saúde. E a democratização exigia que o sistema de saúde fosse descentralizado, viabilizando assim, uma autêntica participação popular em todos os níveis da política de saúde.

Foi a partir de 1975, com os primeiros sinais de esgotamento e fadiga dos governos militares, que a sociedade passou a ser o alvo das crescentes mobilizações e organizações na luta pela redemocratização.

Neste mesmo ano foi criado o Sistema Nacional de Saúde, através da Lei 6.229, tentando acabar com a dicotomia entre saúde coletiva e individual. Esta lei definiu atribuições às instituições de saúde, bem como as áreas de competência dos ministérios e órgãos federais, estaduais e municipais, mas não estabeleceu mecanismos efetivos de integração entre as variadas instituições, sendo que a assistência médica da previdência social e as ações de saúde pública continuaram desintegradas e conflitantes. (Rojas, 1987: 6)

Esta lei propunha uma coordenação inter institucional, prevendo a regionalização da assistência médica e privilegiando a "atenção primária". Esse Sistema Nacional de Saúde previa também as funções de cada Ministério nessa área.

Ainda no contexto ditatorial, porém, marcado pela reestruturação dos movimentos sociais, aparecem instituições como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) , criado por profissionais da saúde em 1976. Surgiu devido a uma proposta apresentada por vários médicos que participaram do primeiro curso de Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da USP (Universidade de São Paulo).

Inicia-se como um centro de difusão e faz articulação do Movimento Sanitário com os demais movimentos sociais, e para dar conta de duas metas:

- "ampliação da sociedade civil aos debates críticos que se avolumam entre profissionais e intelectuais no aparelho de Estado, assim como, na própria sociedade civil;
 - ampliação da informação e o debate para além das fronteiras da corporação médica."
- (Dâmaso, 1989: 61)

E ainda, para apoiar a organização e a condução, em nível nacional, do processo de divulgação, discussão e politização da proposta de reorganização da atenção à saúde, como uma perspectiva de redemocratizar o acesso a mesma.

Em 1977, é criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) que objetiva a reorganização e a racionalização dos aspectos críticos organizados pela expansão dos gastos com a assistência médica. Subdivide o sistema previdenciário, antes centralizado no INPS (Instituto Nacional de Previdência Social). A assistência médica passou a ser gerida pelo recém criado INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. O INPS passa a ser encarregado da prestação de benefícios em dinheiro aos segurados e da prestação de assistência complementar e reabilitação profissional. (Oliveira, 1989: 86-87)

Nesta época, o Movimento Sanitário buscou propostas para reestruturar o sistema de saúde, assumindo um caráter mais pragmático.

Em 1979, surgiu a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), que começou a organizar a prática acadêmica, em torno da crítica do modelo assistencial, e das propostas de reorganização e construção de um sistema de atenção à saúde numa perspectiva democrática.

No início dos anos 80, quando se destaca a crise financeira da Previdência Social e no seu interior, a crise do modelo privatizante do setor saúde, o Movimento Sanitário foi o único grupo que mostrou uma alternativa concreta para reformular o sistema de saúde.

Embora carecendo de um apoio substancial por parte dos usuários do sistema de saúde, continuou com a sua estratégia de politizar a discussão da saúde, justamente com um grupo de opositoristas em torno de um projeto reformador, além de ocuparem progressivamente os espaços políticos disponíveis. (Teixeira, 1989: 48)

A partir da VII Conferência Nacional de Saúde, surge em 1980 o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), com o objetivo de estender a cobertura por serviços básicos a, pelo menos, 90% da população brasileira, mas foi cancelado em sua

proposta inicial que tinha como prioridade os serviços públicos, e por isso, foi considerado um projeto "estatizante" e politicamente inconveniente ao governo, pois desestabilizava os interesses privados.

Apesar de fundar-se em propostas de hierarquização e regionalização dos serviços, o PREV-SAÚDE foi inviabilizado devido as pressões dos empresários privados de saúde, em decorrência a falta de apoio político, dado o período autoritário e tecnocrático no qual foi gestado.

O governo investe mais uma vez em "Reformas Reformistas" na tentativa de diminuir as tensões sociais através da prestação de serviços. Surge assim em 1982 o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP); criado em 2 de setembro de 1981, através do Decreto nº 86.329 da Previdência da República, como órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social. Esse plano tinha uma preocupação de racionalizar o uso de recursos da Previdência Social pela implantação de uma política de contenção dos gastos com a assistência médica. E objetivava a melhoria do quadro orçamentário da instituição, adequando recursos às necessidades e prevendo gastos, e melhoria da qualidade da assistência à população. Tinha como diretrizes básicas a regionalização e hierarquização dos serviços de saúde.

De acordo com o que foi exposto anteriormente, o plano do CONASP apresentava os seguintes objetivos:

- "1 - melhoria da qualidade de assistência prestada à população, pelo INAMPS, direta ou indiretamente;
- 2 - cobertura assistencial, em condições iguais, a toda população (rural e urbana);

- 3 - planejamento da assistência à saúde de acordo com parâmetros assistenciais, respeitando as disponibilidades orçamentárias do INAMPS e das instituições envolvidas nesse processo;
- 4 - aumento da produção dos recursos da Previdência Social direcionados à saúde, com racionalização das maneiras de prestar os serviços". (Tomazi, 1986: 75)

Esse plano gera em 1983-84, as Ações Integradas de Saúde (AIS), com o objetivo de integrar os serviços de saúde na área federal, estadual e municipal possuindo os seguintes princípios:

- Universalidade: atendimento de igual valor à toda população;
- Hierarquização: o atendimento médico deve se classificar de acordo com a sua complexidade;
- Integralidade: a assistência deve ser prestada de forma integral à saúde do indivíduo;
- Regionalização: os recursos devem ser levados até a população, evitando o deslocamento do indivíduo;
- Equidade: proporcionar atendimento igual à todos;
- Descentralização: autonomia de decisão nos diversos níveis.

Além de difundir essas propostas de universalidade e equanimidade, da integração e participação, num enfoque de controle social sobre os serviços, as AIS fortalecem o princípio federativo buscando a incorporação do planejamento à prática institucional, constituindo-se num importante instrumento de planejamento descentralizado e integrado.

A estrutura funcional das AIS constituem as instâncias de planejamento, gestão e acompanhamento das AIS:

- Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN): órgão responsável pela atuação integrada e efetiva das instituições federais nas AIS;
- Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS): órgão responsável por coordenar e gestar as AIS em cada unidade federada;
- Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde (CRIS): órgão responsável por planejar integralmente e coordenar as AIS à nível de cada região de saúde das unidades federadas;
- Comissões Sociais ou Municipais Interinstitucionais de Saúde (CLIS-CIMS): órgão responsável por planejar e gestar as AIS, correspondendo a municípios de acordo com critérios geográficos, demográficos, funcionais e políticos a serem propostos pela CIS correspondente.

Foi a partir das AIS que o acesso aos serviços de saúde passam a ser possíveis, independentemente do vínculo trabalhista do indivíduo. A saúde começa a ser reconhecida como um direito básico de todos os trabalhadores e descentralizando os recursos financeiros. Possibilitaram, então, que os Estados e Municípios, através das Comissões Municipais e Regionais de Saúde, desenvolvessem ações e programas de saúde direcionados aos interesses advindos da problemática de uma determinada realidade.

As AIS procuravam reformular o Sistema de Saúde no País, que vinha sendo discutido há mais de dez anos. Essa discussão se tornou mais intensa a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986. Estavam presentes nessa Conferência cerca de 4.000 (quatro mil) pessoas como: técnicos interessados na saúde, representantes do Movimento Popular e Sindical, que juntos avaliaram temas de alta relevância como o direito à saúde e cidadania, a organização de um sistema de saúde, que possibilitasse a democratização das ações de saúde e o financiamento do setor.

Os postulados aprovados nessa Conferência, consubstanciaram idéias e propostas de um movimento social e político em prol da igualdade e universalização do direito à saúde, movimento que os insere no processo mais geral de toda a sociedade brasileira, na busca da democracia e da liberdade.

No contexto das propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, o conceito de saúde é visto como um direito que:

"(...)significa a garantia pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade".

(Santana, 1988: 09)

Não resta dúvidas que a saúde no Brasil obteve maior ênfase devido ao processo de condução e realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, e a partir daí, foi definido um real programa à Reforma Sanitária. Não apenas como meras modificações técnico-administrativas e organizacionais, mas, dar ênfase a temas como o da democratização do Estado e da formulação de um projeto contra-hegemônico (consciência sanitária e ampliação do conceito de direito à saúde).

O movimento da Reforma Sanitária deve ser compreendido como um processo que tem pretendido desencadear a construção de um Sistema Nacional de Saúde realmente comprometido com a melhoria das condições de vida da população e com a participação da mesma.

Durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, técnicos interessados no setor saúde e representantes do Movimento Popular e Sindical, discutiram a organização, operacionalização de um novo Sistema de Saúde em 20 de julho de 1987, foi assinado o Decreto nº 94.657 criando o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), pelo Presidente da República em exercício: José Sarney, garantindo direitos igualitários aos serviços de saúde e, para tentar superar as ações fragmentadas junto à questão saúde no país.

Esse decreto privilegiava um planejamento ascendente, iniciado à nível municipal, responsável pelo sistema estadual de saúde, e chegando à União, responsável pelo planejamento estratégico, definidora da política nacional de saúde.

O SUDS significava entregar para o gerenciamento dos governos estaduais, os equipamentos do INAMPS, hospitais e postos de assistência médica, bem como, parte da compra de serviços do setor privado, desarticulando o INAMPS.

Apoiou-se na organização descentralizada do Sistema de Saúde, com base no setor público (executador das políticas de saúde), complementando suas necessidades através de convênios filantrópicos. A proposta privilegiou ainda, a utilização de instrumentos para planejar a administração dos serviços, objetivando assim, uma distribuição dos recursos de saúde de uma maneira mais igualitária, com a participação da população e dos profissionais na gestão e controle orçamentário e de qualidade dos serviços de saúde.

O SUDS representou um processo radical de alteração nas regras do processo decisório vigente e foi expressão dos seguintes consensos:

- "1) o INAMPS perde seu papel de prestador de serviços e torna-se um órgão controlador e co-financiador do Sistema de Saúde;
- 2) a prestação de serviços passa a ser efetuada de forma descentralizada pelos Estados e Municípios;

- 3) o planejamento passa a ser efetuado de forma descentralizada, buscando maior resolutividade, universalização, regionalização, hierarquização e, integralidade das ações de saúde;
- 4) a estrutura do INAMPS sofre modificações visando à eficácia do Sistema de Saúde a curto prazo". (**Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde**, 1992:51).

O SUDS coloca as Secretarias Estaduais de Saúde como responsáveis pelo repasse das verbas aos municípios, considerados executores do sistema, estimulando a unificação institucional para a elaboração de projetos de estadualização e municipalização dos serviços. Avança ainda no sentido de transferir a responsabilidade da gestão, os convênios e contratos entre a Previdência Social e o conjunto dos prestadores públicos e privados dependentes dos recursos públicos para a esfera do Estado, prevendo sua futura municipalização.

As principais diretrizes básicas para a implantação e consolidação do SUDS, foram as seguintes:

- "__ A universalização da assistência é a plena garantia do acesso igualitário aos serviços de saúde, a toda a população do Estado;
- __ A integralidade e a melhoria da qualidade dos cuidados à saúde do cidadão;
- __ A integração e a regionalização dos serviços de saúde, de modo a constituírem um Sistema Único, com o máximo de eficiência e eficácia, de acordo com as características populacionais e epidemiológicas do Estado;
- __ A descentralização efetiva das ações de saúde, através de mecanismos de incremento de responsabilidade dos níveis locais e regionais na gerência do setor;
- __ O desenvolvimento de mudanças no conteúdo das práticas de saúde, através dos distritos sanitários, para garantir a integralidade das ações de saúde (prevenção e cura), a resolutividade do cuidado e sua continuidade;

__ A constituição e o pleno desenvolvimento de instâncias colegiadas gestoras das ações de saúde, em todos os níveis, com ampla garantia de participação das representações populares e da democratização das decisões;

__ A efetivação de uma política de recursos humanos para o setor saúde, que contemple carreiras e cargos com capacitação e reciclagem para as funções, o estímulo ao tempo integral e a dedicação exclusiva para o Setor Saúde."

(Secretaria de Estado de Saúde - SC)

O SUDS, apesar, das suas dificuldades de implementação criou um movimento de mudança no setor saúde. Fez-se necessário reavaliar o modelo assistencial em cada unidade federada, em sua articulação e funcionamento do sistema e sua gestão. Essa reavaliação aponta para um novo perfil profissional para seus recursos humanos, e também, para um aparelho burocrático ajustado as novas funções.

CAPÍTULO II

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE A ATUAL PROPOSTA DE ATENÇÃO À SAÚDE

2.1 - O SUS - PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

A efetiva extensão dos serviços de saúde inclui assistência médica a toda a população, na perspectiva de que "a saúde é direito de todos e dever do Estado" conforme regulamenta a Constituição Federal de 1988. E este novo texto constitucional atende a maior parte das reivindicações do Movimento Sanitário, e portanto, torna reconhecido legalmente o direito à saúde e a participação popular na gestão dos serviços.

Basicamente, os principais pontos aprovados na nova Constituição foram:

- O direito universal à saúde e o dever do Estado na sua garantia, terminando assim, com as discriminações;
- As ações e serviços de saúde conseguem importância pública, e o Poder Público deve regulamentar, fiscalizar e controlar esses serviços;
- Implantar um Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos, hierarquizando, regionalizando, descentralizando, e ainda, dando atenção integrada à população;
- Será realizada de maneira complementar a participação do setor privado no sistema de saúde;
- Proibir a comercialização de sangue e seus derivados.

E como se pode constatar, a Constituição de 1988 tem como um dos principais pontos, a implantação de um Sistema Único de Saúde, e sua unificação possibilitou a constituição de uma política nacional para a saúde, com base nos princípios universais, reduzindo a desigualdade na distribuição dos recursos, garantindo benefícios iguais para toda a população segundo necessidades definidas, descentralizadas.

O Sistema Único de Saúde é uma formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde que interagem para um fim comum. É uma

conquista Constitucional desde 1988, tendo sido regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19/09/90. Não é o sucessor do INAMPS e nem tampouco do SUDS. É um novo sistema de saúde que está em construção. É um novo modelo de assistência à saúde que integra "o 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". (Lei nº 8.080, Art. 4º de 19/09/90).

É uma forma de descentralizar a atenção à saúde, garantido ações a nível local, na forma de um plano de saúde com participação e controle dos trabalhadores.

Seu objetivo é melhorar a qualidade de atenção à saúde no país, rompendo com um passado de descompromisso social e irracionalidade técnico-administrativo. É o dispositivo legal que norteará o trabalho do Ministério e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Tem o compromisso de assegurar a todos, indiscriminadamente, serviços e ações de saúde de forma equânime, adequada e progressiva.

É considerado único por seguir a mesma doutrina e princípios organizativos em todo o país, sob a responsabilidade das três esferas de governo: federal, estadual e municipal, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde no país através de sua promoção, proteção e recuperação.

O SUS preconiza um novo modelo assistencial, e tem suporte em alguns princípios norteadores.

"- UNIVERSALIDADE: o atendimento será universal, todos poderão utilizar o sistema e usufruir dos recursos públicos de saúde, e dos sistemas contratados pelo poder público. A saúde é direito de cidadania e dever do governo: municipal, estadual e federal;

- **EQUIDADE:** as ações e serviços serão asseguradas conforme a complexidade de cada caso, sendo que todas as pessoas são iguais e serão atendidas conforme sua necessidade, dentro dos limites do que o sistema possa oferecer a todos;
- **INTEGRALIDADE:** é o reconhecimento na prática dos serviços de que:
 - cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade;
 - as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentizados;
 - as unidades prestadoras de serviço, com suas complexidades, formando também um sistema capaz de prestar assistência integralmente;
 - o homem é um ser integrado, bio-psico-social, e deverá ser atendido integralmente por um sistema de saúde também integral, voltado a promoção, proteção e recuperação da saúde".

(ABC do SUS , 1990: 10)

Os princípios que regem a organização do Sistema Único de Saúde são os seguintes:

* **REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO:** os serviços devem ser organizados de acordo com seu nível de complexidade tecnológica, distribuídos numa área limitada e com a definição da população a ser atendida. O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. E a rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada;

* **RESOLUTIVIDADE:** é a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente deverá estar capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua competência;

* **DESCENTRALIZAÇÃO:** a redistribuição das ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, partindo da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, maior é a chance de dar certo. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com reforço do poder municipal sobre a saúde (municipalização de saúde). Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltados aos seus cidadãos;

* **PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS:** é a garantia constitucional de que a população, através de entidades representativas, participará do processo de formação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis desde o federal até o local. Essa participação deve se dar através dos Conselhos de Saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço;

* **COMPLEMENTARIEDADE DO SETOR PRIVADO:** a Constituição definiu que, quando, por insuficiência do setor público, for necessária a contratação de serviços privados, isso deve se dar sob três condições:

"1ª - a celebração de contrato, conforme as normas de direito público, ou seja, o interesse público prevalecendo sobre o particular;

2ª - a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS, prevalecendo os seus princípios como se o serviço privado fosse público, uma vez que, quando contratado, atua em nome deste;

3ª - a integração dos serviços privados deverá se dar da mesma lógica organizativa do SUS em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços. Em cada região, deverá estar claramente estabelecido quem vai fazer o que, em que nível e em que lugar, considerando-se os serviços públicos e os privados contratados."

(ABC do SUS, 1990 :11)

A legislação do SUS apresenta avanços referentes a cidadania, e expõe de forma clara que todo usuário tem o direito de participação e igualdade dentro do sistema. Supera a tradição das antigas políticas que promoviam níveis diferenciados de cidadania, ou seja, dirigiam os programas de acordo com o nível social e econômico da clientela.

Os itens que dispõem sobre esses direitos estão inseridos na Lei nº 8.080, Art. 7º, Inciso I à VIII:

- I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integralidade física e moral;
- IV - Igualdade da assistência saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - Divulgação de informação quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades e alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - Participação da comunidade.

2.2 - O CONTROLE SOCIAL SOBRE O SUS, MECANISMOS E ESTRATÉGIAS.

Complementando a Lei Orgânica da Saúde, foi aprovada a Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que regula a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. Participação esta que deverá acontecer através de associações representativas da comunidade, que terão acesso tanto "na definição das políticas de saúde, quanto na gestão e controle de sua execução. " A participação de acordo com a lei, se dará nas três esferas do governo: federal, estadual e municipal.

A participação efetiva da sociedade civil de forma organizada será a única maneira de ajustar as políticas de saúde às reais necessidades da população, bem como assegurar a realização de um trabalho de prevenção no atendimento à saúde. É necessário que a sociedade comprometa-se com o Controle Social.

Os organizadores da IX Conferência Nacional de Saúde, etapa estadual (1991) definiram o Controle Social como sendo:

"a capacidade que tem a sociedade organizada de intervir nas políticas públicas, interagindo com o Estado para o estabelecimento de suas necessidades e interesses e na definição das prioridades e metas dos planos de saúde." (Relatório da IX Conferência Nacional de Saúde etapa estadual).

No Sistema Único de Saúde - SUS o controle social concretizar-se-á através de Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, constituídos nas esferas: federal, estadual e municipal.

De acordo com a Lei nº 8.142, no seu artigo 1º, Conferência de Saúde, "reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes". (Lei nº 8.142 - Art. 1º - 19/09/90, p-18).

Nota-se que é extremamente importante a realização de Conferências Nacionais de Saúde, pois através destas são feitos debates para reavaliarem o direcionamento que o setor saúde está tomando. A VIII Conferência Nacional da Saúde (1986) colaborou na implantação do SUS, e a IX Conferência Nacional de Saúde (1992) forneceu subsídios para que os estados e municípios pudessem agilizar a implantação do sistema na sua globalidade.

A criação dos Conselhos de Saúde não é apenas uma exigência legal. É a garantia de que a sociedade deixe de ser apenas usuária dos serviços para se transformar, efetivamente em agente de mudança.

Compete aos Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde "... atuar na formulação de estratégias da política de saúde, incluídos os aspectos econômicos e financeiros." (Lei nº 8.142, Art. 1º & 2º, 19/09/90 - p-18).

Os Conselhos Nacional, Estadual e Municipal, são órgãos oficiais de caráter permanente deliberativo, ligado ao Poder Executivo, integrante da estrutura básica da Secretaria de Departamento de Saúde, autônomos e fiscalizadores das ações e serviços de saúde no âmbito em que atua (municipal, estadual, federal).

O Conselho Municipal de Saúde tem competência para examinar e aprovar diretrizes da política de saúde, devendo funcionar em caráter permanente e deliberativo. É um órgão colegiado que atua permanentemente, regularmente, e toma decisões.

Suas deliberações devem se dar em torno de atribuições básicas, que incluem medidas de controle da política de saúde, com seus aspectos econômicos e financeiros.

Cabe ao Conselho Municipal de Saúde:

- "1) definir, acompanhar a avaliar a política de saúde;
- 2) deliberar sobre o Plano de Aplicação dos Recursos, bem como o controle mensal das contas do Fundo de Saúde;
- 3) deliberar sobre o Plano Municipal de Saúde;
- 4) estabelecer diretrizes para a participação complementar do setor privado, contratado e conveniado ao SUS;
- 5) ser consultivo, deliberativo e fiscalizador das ações da política de saúde." (**Cartilha do Fórum Popular Estadual de Saúde**, 1993: 15).

Um Conselho de Saúde deverá ser composto por representantes do governo, de profissionais de saúde, de prestadores de serviços de saúde e usuários. A representação total dos conselheiros deve ser distribuída da seguinte forma: 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços (público e privado).

Com relação aos Conselhos de Saúde, o Movimento Popular de Saúde do Piauí, redigiu uma cartilha referente ao controle do Sistema Único de Saúde pela população, destacando-se alguns pontos, tais como:

- Analisar, propor e deliberar sobre propostas e planos de trabalho, tipo de atendimento, programas de saúde, organização do modelo, etc;
- Prestar informações aos usuários e a população em geral sobre a saúde, contribuindo assim, para a formação da mesma;
- Pesquisar as condições de vida e os problemas de saúde da população e os serviços de saúde existentes;
- Fiscalizar o atendimento da saúde zelando por sua qualidade;

- Fazer a ligação do conselho com os movimentos, outras entidades da Sociedade Civil e a população;
- Organizar e conscientizar a população incentivando a participação da mesma nos conselhos de saúde.

Um dos pontos importantes na conquista do Sistema Único de saúde é a descentralização, que é "entendida além de um ato administrativo, consiste numa efetiva partilha do poder entre Estado e as coletividades locais". (Sposati & Falcão, 1990: 16).

Sendo assim, estados e municípios podem planejar e executar suas ações de saúde, adequando-as da melhor forma a atender as necessidades da população.

A descentralização, portanto, supõe antecipadamente a participação da sociedade que esteja informada e integrada as ações administrativas na comunidade, pois não se terá uma descentralização efetiva se todas as atribuições forem concentradas nos agentes governamentais.

2.3 - O SUS E A MUNICIPALIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

O processo de descentralização pressupõe a municipalização, possibilitando o fortalecimento dos municípios e maior autonomia para gerir suas ações de saúde.

Municipalização é ação político-administrativa com a qual a direção nacional e estadual do SUS promovem a descentralização aos municípios, dos serviços e das ações de saúde. Considerando que a proximidade entre gestor e usuário do sistema torna mais eficientes e efetivas as decisões tomadas, a transferência do poder decisório ao nível local, tem como base a possibilidade de uma interferência e controle social mais direto na escolha de soluções. Desse modo, a municipalização tem como pressuposto básico, a recuperação do papel do município como unidade político-administrativa responsável pela resolução dos problemas locais.

É uma estratégia, visando com a reorganização dos serviços, a conquista de elementos básicos de ganho em qualidade de atenção à população, entre eles, universalização do atendimento, equidade na prestação da assistência, além da abertura da participação popular.

A municipalização da saúde, não deve significar apenas a simples transferência de recursos físicos, humanos e financeiros, mas uma adequação perfeita das atribuições nas diversas instâncias gestoras do setor, com nítido reforço a esfera municipal do governo, o que implica realizar a municipalização do gerenciamento das ações e serviços de saúde. Significa também, que o poder de decisão e os recursos estão próximos do usuário que poderá controlar fiscalizar a aplicação dos mesmos.

O município, portanto, é principal responsável pelo atendimento ao doente e pela saúde da população, através de instituições próprias ou contratadas. Nos locais onde os serviços não sejam suficientes para atender a população é permitida a contratação - pelo poder público - do setor privado, dando-se preferência as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.

Ao serem contratadas as entidades privadas passam a incorporar o Sistema, submetendo-se as normas técnicas administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde- SUS, onde deve ser mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

O financiamento do Sistema Único de Saúde provém do orçamento da Seguridade Social, acrescido de outros recursos da União, constantes da Lei de Diretrizes Orçamentárias, formando o Fundo Nacional de Saúde que é administrado pelo Ministério da Saúde. Parte desses recursos é utilizado pelas Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, sempre seguindo os critérios definidos em função da população, do perfil epidemiológico e necessidades da rede. Serão depositados em conta especial em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

De acordo com a Lei nº 8.142, para receber os recursos que possibilitam a municipalização da saúde os municípios tem que atender os seguintes requisitos:

- a) Criação de Conselhos Municipais de Saúde, compostos por representantes do governo municipal, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, com composição paritária;
- b) Criação do Fundo Municipal de Saúde;
- c) Apresentação do Plano Municipal de Saúde aprovado pelos respectivos conselhos e referendado pela autoridade do Poder Executivo;
- d) Programação e Orçamentação de Saúde, como detalhamento do Plano de Saúde;
- e) Apresentação de Relatórios de Gestão Local, de desempenho assistencial, gerencial e financeiro;
- f) Contrapartida de recursos para a saúde, de seu orçamento;
- g) Constituição de Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, cargos e salários, com o prazo de 2 anos para a sua implantação.

Em 1990, a Secretaria Estadual da Saúde de Santa Catarina elaborou um documento denominado "Manual Projeto Pró-Saúde", sugerindo a reorganização do Modelo Assistencial vigente no Estado, a partir de orientações advindas do Sistema Único de Saúde.

A análise global do Modelo Assistencial fundamentou-se no item "Modelo Assistencial para o Estado de Santa Catarina", retirado do referido documento, especificamente no que se refere às diretrizes gerais que afirmam:

- Universalidade: garantir o acesso do cidadão aos serviços de saúde e que ainda não foi concretizada em sua plenitude. É de conhecimento que os serviços prestados pelo SUS ainda sofre problemas, tanto à qualidade do atendimento, quanto ao acesso da população a esses serviços;
- Equidade: garantir a prestação de serviços de saúde em todos os níveis, fundados nas necessidades de saúde da população e que não acontece devido a lógica dominante nos serviços ainda ser a mesma;
- Integralidade: o Modelo Assistencial existente não está, na sua totalidade, fundamentado em critérios epidemiológicos; portanto, já compromete o preceito da integralidade;
- Regionalização e Hierarquização: a Secretaria de Estado da Saúde tem dado prioridade ao processo de regionalização do setor, onde este preceito está se concretizando gradativamente;
- Resolutividade: até o momento não foram utilizados parâmetros para avaliar esta diretriz.
- Descentralização: desde a implantação do SUS no Estado, este preceito vem sendo desenvolvido intensamente;
- Participação: quase todos os municípios e o Estado já têm seus Conselhos de Saúde, graças às exigências dos governos Federal e Estadual. Resta observar a atuação e a representatividade de cada Conselho;

- Complementaridade do Setor Privado: o setor privado, salvo algumas exceções, ainda configura-se no principal prestador de serviços, dificultando ainda a implantação do Modelo Assistencial proposto e o atendimento integral dos preceitos do SUS. (**Plano Estadual de Saúde**, 1994).

O grande impulso à promoção da descentralização das ações e serviços de saúde, foi a implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), firmados entre União e Estado, Estado e Município.

Em 1987, o governo do Estado de Santa Catarina, através da Secretaria de Estado da Saúde, assumiu o convênio SUDS, iniciando o processo de descentralização e de unificação institucional, provocando mudanças na esfera estadual de gestão, unificando e integrando numa única organização. A partir de 1988, foram firmados convênios SUDS entre o Estado e os municípios catarinenses.

O processo de descentralização obteve avanços com a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e 8.142/90), que estabelece, como modelo de reorganização do Setor Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público, formado por uma rede hierarquizada e descentralizada, com gestor único em cada esfera de governo e participação dos usuários no controle do sistema.

Os princípios e diretrizes políticas definidas no SUS, principalmente a descentralização e regionalização do sistema, indicam para uma urgente redistribuição de responsabilidade entre os vários níveis de governo e clara redefinição dos papéis dos gestores do Sistema de Saúde. A reformulação política e organizacional do Sistema de Saúde em desenvolvimento impõe ao nível municipal, a principal responsabilidade pelo planejamento, execução e controle das ações e serviços de saúde. De acordo com a Lei nº 8.080/90, cabe ao município a execução dos serviços, ficando a União e os Estados responsáveis pela normatização, controle, acompanhamento e fiscalização das ações na sua área de abrangência. Isto significa dizer que o

município torna-se responsável pela programação, execução e avaliação das ações de promoção, proteção e recuperação de saúde.

A partir da criação do SUS, foram firmados em 1991 os Convênios de Municipalização SUS/SC, entre o Estado e todos os municípios de Santa Catarina, com a intervenção do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

Além da descentralização dos Recursos Humanos e Físicos é fundamental também a descentralização de recursos financeiros, para um bom funcionamento do Sistema. A Lei nº 8.142/90 é bem clara sobre as transferências de recursos financeiros de forma regular e automática aos municípios, Estado e Distrito Federal, do Fundo Nacional de Saúde. Conforme estabelece o Art. 4º desta Lei, para receberem tais recursos, os gestores do sistema deverão cumprir os requisitos básicos, já mencionados anteriormente e conhecidos como mecanismos político-gerenciais do SUS.

Em 27 de setembro de 1976 - Lei nº 5.254 e alterada em 17 de março de 1989 - Lei nº 7.548 foi criado o Fundo Estadual de Saúde e, em 18 de junho de 1993 - Lei nº 9.120 criou-se o Conselho Estadual de Saúde. A contra-partida orçamentária de recursos estaduais destinados à saúde compreende um percentual aproximado de 7% (sete por cento) em 1992, que serão aplicados nas áreas que necessitarem investimentos.

A descentralização dos Recursos Humanos vinculados ao quadro de pessoal da União e ao quadro do Estado, bem como as unidades prestadoras de serviços de saúde, pretendendo transferência da responsabilidade na execução dos serviços básicos de saúde aos municípios, configuram, o que se chamou em Santa Catarina a Primeira Etapa de municipalização.

Nesta primeira etapa, foram transferidos aos municípios de Santa Catarina, todas as unidades de serviços ambulatoriais e todos os Recursos Humanos vinculados as unidades de saúde.

E o que se convencionou chamar de Segunda Etapa da Municipalização refere-se ao cumprimento dos dispositivos da Lei nº 8.142, que prevê a transferência direta e automática de recursos financeiros do Ministério da Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, através da descentralização do gerenciamento das ações e serviços de saúde.

Com o intuito de descentralizar o maior número possível de municípios, a Secretaria de Estado da Saúde promoveu em 1991, um treinamento micro-regionalizado sobre os mecanismos político-gerenciais do SUS, para Secretários Municipais de Saúde e Técnicos das Micro-Regiões.

Como já foi referido anteriormente, o processo de descentralização da saúde no Estado de Santa Catarina, está acontecendo em vários municípios, e o repasse de verbas para as ações de saúde pelo Governo Federal, dependem da criação dos Conselhos Municipais, que é um instrumento de controle da população.

Os Conselhos Municipais de Saúde são resultados de muito esforço e luta de representantes sindicais, setores de Pastoral da Saúde, associação de moradores e conselhos profissionais ligados à área da saúde. Como 50% dos Conselheiros, devem por lei representar a sociedade organizada, estes devem estar preparados para representarem de fato as necessidades e reivindicações das comunidades e devem servir como um intercâmbio permanente e efetiva representação após ouvir as sugestões e reivindicações de saúde.

Com informações adquiridas da IIª Plenária Estadual de Saúde, 1993, através de 62 municípios das regiões sul, norte, oeste, meio oeste e alto vale do Itajaí, constatou-se que: 93,5% (58 municípios) já possuem o Conselho Municipal de Saúde institucionalizado; deste, 87,5% (49 municípios) foram criados por Lei Municipal, 12,5% (08 municípios) por Decreto do Executivo, 6,4% (04 municípios) ainda não possuem Conselho Municipal de Saúde, 3,2% (02 municípios) apresentam dados insuficientes.

Segundo esta pesquisa, 87,9% (51 municípios) dos Conselhos Municipais de Saúde tem caráter deliberativo 3,4% (02 municípios) dos Conselhos Municipais de Saúde são consultivos e 5,1% (03 municípios) informações insuficientes.

Definindo a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde - CMS nos municípios pesquisados, afirma-se que: 34,4% (20 CMS) tem atuação efetiva, 53,4% (31 CMS) possuem pouca ou nenhuma efetividade e 12,2% (07 CMS) não apresentaram informações suficientes para uma conclusão a esse respeito.

Para mudar este quadro é necessário que se:

"1º) Mobilize os municípios, divulgando a legislação que define os CMS para que seu caráter jurídico-legal esteja de acordo com o espírito que anima a participação popular no SUS;

2º) Faça dos CMS espaços deliberativos com permanente controle social - percebido que foi, o funcionamento ainda precário dos CMS já existentes."

(Relatório Final IIª Plenária Estadual de Saúde, 1993:10).

Uma organização não governamental, o Fórum Popular Estadual de Saúde, existe em Santa Catarina desde 1992, e consiste na associação de um grupo de entidades não-governamentais envolvidas na luta pela implementação do SUS, especialmente no que se refere ao controle social. Assim, uma de suas atividades é prestar assessoria aos conselheiros espalhados por todo o Estado, além da mobilização da população na luta pela conquista da saúde como direito de cidadania e dever do Estado.

2.4 - A PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO SOBRE O FUNCIONAMENTO DO SUS NO ESTADO DE SANTA CATARINA

As políticas de saúde atualmente, relevam a aprovação de uma política democrática e participativa.

Segundo **Castro** (1992:15):

"O Sistema Único de Saúde - SUS definiu uma verdadeira modernização no modo de funcionamento do sistema e da própria concepção do modelo assistencial, calçado no princípio do direito universal da cidadania."

Contudo, essa política teve somente iniciada sua implantação, e com certeza, ainda será grande o percurso, exigindo muitos esforços e discussões, para que seja operacionalizado tal como foi prevista em lei.

O Sistema Único de Saúde teve como embrião a organização da sociedade civil, mas sua mobilização não ocorreu na totalidade. Na verdade, compreende-se que a discussão a respeito das políticas de saúde, que teve seu auge com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, mobilizou uma pequena parcela dessa sociedade. Grande parcela hoje desconhece totalmente ou parcialmente o novo sistema de saúde, e um número bem reduzido conhece esse sistema. Isto deve-se ao fato da população estar desinformada a respeito desse novo sistema de saúde.

Para reverter esse quadro a população deverá ter acesso as informações sobre o SUS, para que possa reivindicar seus direitos. Informar "é um processo dinâmico e complexo, envolvendo componentes tecnológicos, econômicos, políticos, conceituais e ideológicos, associados a um referencial explicativo sistemático". (**Moraes**, 1994:17). Sendo assim,

propõe-se um enfoque interdisciplinar e intersetorial como estratégia norteadora das discussões em torno da definição de uma maneira de informar a população sobre os serviços de assistência à saúde no Brasil. Deve-se levar em conta, que essa maneira de informar a população, aspectos voltados para o apoio de um processo de tomada de decisão compatível com uma nova ordem constitucional (Saúde, direito de todos e dever do Estado), institucional (descentralização e unificação dos serviços de saúde) e societária (pacto democrático).

A construção de uma "Consciência Sanitária" é a base de sustentação do projeto da Reforma Sanitária. Significa que o reconhecimento das dificuldades nas experiências acumuladas e a necessidade de sua superação implica a elevação da consciência social sobre os problemas de saúde, seus determinantes e na elaboração de alternativas de organização de serviços e de reestruturação das práticas de saúde. Para tanto, é necessário que a população tenha acesso as informações sobre os serviços prestado à ela, para que possa exigir melhores condições ao tratamento e reivindicar seus direitos.

A luta política pelos direitos à saúde, à informação, às condições dignas de vida e trabalho, não se trata apenas na militância partidária, mas, sobretudo, na lenta transformação do cotidiano e das mentalidades, num insistente questionário crítico da sociedade "moderna", das suas desigualdades sociais, das formas de participação no debate político, no acesso à informação.

Todavia, o direito à informação corresponde ao passaporte da cidadania, viabilizando cada indivíduo numa luta pelos seus direitos.

Portanto, não conhecendo as diretrizes e os princípios que regem o novo sistema de saúde a população não poderá exigir seus direitos (muitos desconhecem quais sejam), e também, não poderá realizar uma leitura crítica sobre esse sistema.

Apesar de estar inserido nas diretrizes e princípios do SUS, no seu Art. 7º, inciso VI, "a divulgação de informação quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário" (Lei nº 8.080/90, Art. 7º, inciso VI, Cap. 2), tal não vem ocorrendo de modo eficiente.

A partir das entrevistas realizadas nos vários setores do Hospital Universitário de Santa Catarina, constatou-se apenas duas pessoas, das cinquenta e uma entrevistadas, têm uma visão mais ampla sobre o Sistema Único de Saúde, sendo uma de Florianópolis e outra do Estado de Belém do Pará. Quanto aos pacientes vindos do interior do Estado, não há registro por parte das mesmas, de informações sobre o SUS. As pessoas utilizam os serviços de saúde sem saber realmente o que está por trás e como se caracteriza o seu processo.

Os depoimentos a seguir mostram o nível de informação que os usuários possuem com relação ao Sistema Único de Saúde.

"A informação do SUS, ou seja, desse acoplamento com o INSS, que o INSS deixou de ser o que atendia por absoluto, porque nós tínhamos só o seguinte: INSS, particular e empresas que prestavam serviços através de carnês, etc. Então, o SUS surgiu numa hora até boa, porque sem o SUS a situação estaria bem mais problemática. Agora as pessoas tem direito à saúde igualmente." (A. A.)

"Esse Sistema Único de Saúde aí, você vê. Eu entrei com um processo, porque estou tomando insulina animal, uma dosagem muito grande. Então, a Doutora me pediu para abrir um processo para conseguir insulina humana para mudar rapidinho. Mas, faz um mês e meio e agora é que me forneceram o primeiro frasco; fora a burocracia que tem. Eu tive que apresentar: comprovante de renda da minha mãe, do meu irmão e o meu, e papéis que não sei que necessidade têm prá isso, porque se estou precisando, e não tenho condições de comprar, eu não tinha sido encaminhado para lá. E se falta algum documento eles fazem a gente voltar. Colocam um monte de obstáculos para conseguir alguma coisa. Há muita burocracia." (S.P.)

O primeiro depoimento mostra como era o sistema de saúde antes da implantação do Sistema Único de Saúde. Pois antes, somente as pessoas que pagassem a Previdência Social ou que possuíssem convênios de saúde é que eram assistidos. Havia uma discriminação entre quem possuía e quem não possuía, entre os previdenciários e os não-previdenciários.

Portanto, após a implantação do SUS, todos tem direito à saúde sem nenhuma discriminação, é um preceito Constitucional "saúde direito de todos e dever do Estado", mas ainda existem alguns problemas que precisam ser resolvidos.

Sabe-se que a partir da progressiva implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, irá buscar-se a melhoria na estrutura de atendimento à saúde, tentando minimizar ou suprir as necessidades da população.

As organizações públicas tem a obrigação de prestar serviços, um dever de atendimento inexistente no setor privado. Os cidadãos têm direito de receber tais recursos, o que significa dizer, que não existe seletividade dos usuários, todos devem ser atendidos igualmente.

O segundo depoimento mostra que o processo de atendimento realizado pelo Sistema Único de Saúde ainda possui muita burocracia, dificultando assim, o acesso ao atendimento e a demora em conseguir o que necessita. Esse aspecto, evidencia que o direito à saúde fica condicionado a procedimentos burocráticos/administrativos, solapando um dos princípios fundamentais acima mencionado, "saúde direito de todos e dever do Estado."

No caso específico, o fato do usuário possuir conhecimento sobre o SUS permitiu-lhe encontrar, no plano legal, ações que lhe garantissem o direito. Esse depoimento ilustra a importância do conhecimento e informação sobre o SUS para que a sociedade possa pressionar o Estado para garantir seus direitos. A garantia dos direitos evitaria que o usuário, já tão massacrado pelas atitudes discriminatórias, tenha ainda que agüentar os percalços da

burocracia ⁽¹⁾ decorrentes da implantação de uma nova política, e tenha que reivindicar um auxílio que é seu por direito.

Ao reivindicar recurso como remédios, as carências econômicas dos usuários não serão suprimidas, e nem tão pouco a desigualdade intimamente ligada ao sistema. Contudo, esses recursos proporcionarão condições a um tratamento de saúde adequado. Além do que reivindicar seus direitos é um grande passo em busca da cidadania da consciência política.

Segundo **Damião** (1987:33) :

"(...) a reivindicação de direitos orienta a construção da cidadania, na medida em que grupos sociais relegados pelas esferas dominantes de poder, concretizando sua participação no processo político, tendem a assegurar na sociedade uma nova expressão de liberdade, na qual o livre desenvolvimento de cada um é pressuposto para o livre desenvolvimento de todos. "

Outros depoimentos evidenciam questões relacionadas a um total desconhecimento das diretrizes do SUS, sendo confundidas com mudanças ocasionadas na estrutura da Seguridade Social; aparece também, o descrédito que possuem a respeito das instituições e políticas de saúde, resultado da experiência de descaso com os problemas enfrentados pela população ao longo da história.

"Acho que é uma coisa para substituir o INSS, mas não sei como funciona." (G.R.).

(1) Burocracia entendida como um sistema integrado por intelectuais do aparelho estatal, com funções de gerência, planejamento e a quem sempre é delegado parte do comando do sistema.

"Esse convênio agradável que nós temos, que todo mundo paga e eles não fazem nada." (P.N.).

Verificou-se também que muitos usuários, num total de onze usuários, relacionam a sigla SUS à área da saúde por vê-las nos cartãozinhos de marcação de consultas usados nos postos de saúde, nos exames que fazem, em placas e instituições hospitalares, mas não sabem o seu real significado. Uma vinculação da sigla SUS é um primeiro passo, mas a forma como essa informação foi passada, principalmente através da televisão, em campanhas realizadas pelo Ministério da Saúde sem um conteúdo mais explicativo, impossibilitou um conhecimento efetivo sobre as alterações desse sistema. O conhecimento evidenciado pelo usuário, superficial, não lhe permite acionar direitos.

A implantação do Sistema Único de Saúde ainda enfrentará obstáculos, destacando-se entre eles, os próprios usuários desse sistema. Não por não concordarem com suas diretrizes e seus princípios, ou por não desejarem que sejam implantados, mas por manterem-se desinformados sobre este processo.

Somente o usuário - de forma organizada - que poderá garantir e viabilizar a eficiência e a aplicação da legislação, utilizando para isso seus espaços de participação. E para que isso se concretize na prática é necessário que haja uma vinculação de informações a respeito do Sistema Único de Saúde, para que as pessoas possam pressionar os municípios e reivindicar seus direitos.

Os depoimentos que se seguem evidenciam além da crítica à forma de atenção à saúde que não há correlação do funcionamento percebido com as alterações que vem ocorrendo no plano jurídico e técnico-operacional.

Os entrevistados, quando questionados sobre a existência de Postos de Saúde, Hospitais e seu funcionamento, fazem uma crítica aos mesmos, não os relacionamentos,

entretanto, com uma política de saúde que vem sendo alterada estrutural e conjuntamente, denunciando novamente a falência da comunicação sobre o SUS.

"O atendimento (Posto de Saúde) é aquela correria toda vida, prá arranjar um número pro dentista. A gente tem que esperar de segunda até sexta. Chega lá, arranja uma vaga prá segunda e quando vai consultar não consegue, marca prá outro dia. O atendimento não é muito. Não é só pelo atendimento, mais pela quantidade de pessoas que vão lá. demora muito e tem que esperar muito." (N. R.).

"Muita gente reclama do atendimento (do Posto de Saúde). Quase não tem material, falta equipamentos, medicação. O atendimento não é muito bom." (J.M.).

"Tem Posto de Saúde, mas não funciona. Funcionar, funciona. Só que as pessoas não são bem atendidas. Se a pessoa tem uma emergência tem que agendar antes. E o agendamento deles é uns 30 à 60 dias. Tem funcionário, mas não tem eficiência. Para ser bem atendidas as pessoas tem que ter um bom conhecimento, porque senão não consegue medicação." (P.J.C.).

"O atendimento (hospitalar) é bom. Só que não tem especialistas, e não tem os aparelhos que tem aqui." (V.M.).

"O atendimento (hospitalar) é bom. Só que tem poucos médicos; não tem especialistas que tem aqui." (M.Z.).

"O atendimento (hospitalar) até que é bom, o que falta é equipamentos. E quando a coisa engrossa, tem que vir prá outros hospitais mais equipados." (G.R.).

"O atendimento (hospitalar) e bom, só que tem pouco médico. Hospital pequeno, falta equipamento, pouco recurso, então, eu vim prá cá." (A.E.C.).

Na prestação de serviços de saúde ocorrem problemas administrativos relacionados à escolha das prioridades, à alocação de recursos, o que sempre implica custos de oportunidades num contexto de recursos limitados, proporcionando um difícil acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Os aspectos referentes à recursos financeiros e escolha de prioridades, via de regra, são considerados como eminentemente técnicos, sendo portanto, considerados como "difíceis" e "inacessíveis" para a população em geral. As decisões sobre estes aspectos financeiros/administrativos não são veiculados, tanto que não há um único depoimento onde apareça qualquer tipo de informação à respeito.

Sempre que houver uma predominância das regras do mercado na produção de serviços de saúde, há uma tendência de não conseguirem desenvolver técnicas gerenciais, tanto no interior de cada unidade de saúde, quanto em relação ao sistema como um todo. Não há planejamento, e nenhum mecanismo que possa controlar os serviços de saúde.

Esta tendência poderá ser revertida se houver a pressão popular, levando a escolha de prioridades que se expresse em planejamentos compatíveis com as reais necessidades da população. Reconhece-se também, que para haver pressão popular deve ocorrer campanhas informativas, sistemáticas para que a sociedade civil possa se posicionar sobre essa escolha de prioridades.

Todavia, a limitação de recursos técnicos para o atendimento individual num Centro de Saúde, é fruto da desigualdade na distribuição dos recursos públicos de saúde pelo Governo e da sua corrupção que consome uma boa parcela destes recursos.

Tudo isso vem demonstrar que "o processo de descentralização/municipalização da saúde, apresenta limitações no plano operacional, decorrentes da incapacidade administrativa

rede de unidades sanitárias instaladas nos municípios catarinenses". (Magajewski, 1994: 218).

Foram perguntados aos usuários do Hospital Universitário de Santa Catarina onde conseguiam a medicação necessária ao seu pronto restabelecimento, e alguns depoimentos mostraram que, na maioria das vezes, tem que comprar por não conseguirem nos postos. Os medicamentos existentes nos postos de saúde são geralmente os de menor preço, não se encontrando medicamentos mais caros.

"Eu compro; as vezes eu tenho que comer; então eu fico sem comer, prá comprar o remédio." (P.B.).

"Medicação tenho que comprar, não consigo nada." (R.T.).

"No posto, consegue um remédio que seja do alcance do pessoal. Os remédios mais caros eles não arrumam, só dão assim, remedinho mais barato com As." (J.C.).

"Eu compro, porque os remédios que tomo não tem no posto, aí tem que comprar." (M.R.).

Isso mostra que o sistema funciona em termos, para aquela parcela que dispõe de recursos para comprar sua medicação, e os que não possuem dinheiro para comprar ficam sem tomar e acabam interrompendo seu tratamento, ocasionando na maioria das vezes internações nos hospitais por esta causa.

Os municípios na maioria das vezes não conseguem gerenciar os investimentos que lhes são afetos, não conseguem administrar o dinheiro para comprar medicação para os Postos de Saúde. Somente colocam a disposição da população os remédios de baixo custo, os remédios para tratamentos prolongados, considerados os mais caros, não estão disponíveis à população.

A lógica empresarial ainda vem permeando o SUS, que com a falta desses medicamentos mais caros, os usuários são obrigados a comprar para que o seu tratamento não seja interrompido.

Há um predomínio do interesse privado sobre o público. Onde as decisões são tomadas mais em função dos interesses corporativos (empresários, farmacêuticos), do que em função das necessidades de saúde da população. Não se evidencia, em todos os depoimentos, qualquer relação com a possibilidade do medicamento ser um direito garantido pela lei, o que novamente comprova a ineficácia da divulgação do SUS. Essa ineficácia pode ser explicada pela convivência do interesse público e interesse privado nas questões de saúde. Na medida em que não há interesse, por parte da iniciativa privada, de alterar a situação presente, mantendo a população, criticando o funcionamento do Estado, é mais conveniente do que deixar transparecer a relação entre interesses públicos e particulares.

Os próximos depoimentos relatarão o que os usuários notaram, sua opinião, a respeito das mudanças ocasionadas no atendimento à saúde.

"Olha acho que tem melhorado um pouco, mais tem que melhorar ainda mais porque falta medicação." (N.R.).

"Tá modificando só que a gente não nota bem como é que é. Eu tenho notado que o atendimento tem melhorado." (T.J.).

Esses depoimentos vem constatar a desinformação da população a respeito das diretrizes do SUS. Não possuem uma informação adequada sobre seu funcionamento, impossibilitando-os de realizarem uma análise mais profunda. Sabem que o processo de atendimento à saúde mudou, mas não sabem explicar como é.

Segundo **Heras** (1975:276): "a informação é uma função vital que precede a ação." Para decidir e atuar eficazmente na luta por melhor acesso à saúde, é necessário que a

população esteja a par de como está estruturado, atualmente, os serviços de assistência à saúde.

Para reverter esse quadro é necessário que a população tenha acesso as informações sobre o SUS, possibilitando assim, a ampliação de uma "consciência organizada", uma prioridade política para que os atores sociais que representam a população (sindicatos dos operários e dos profissionais de saúde, os partidos políticos, as associações de moradores, etc.) passem a pressionar, de maneira sistemática, para que as políticas de saúde sejam compatíveis com suas reais necessidades.

Portanto, o direito à informação, mencionado anteriormente, corresponde ao passaporte da cidadania, viabilizando o indivíduo numa luta por seus direitos.

Para finalizar as entrevistas, foi perguntado aos usuários do Hospital Universitário de Santa Catarina se conheciam alguma entidade ou grupo relacionado à saúde, e dos 51 entrevistados, somente quatro pessoas disseram conhecer a Pastoral da Saúde, mas não explicam como funciona, e uma pessoa conhece o Conselho Municipal de Saúde.

"O Conselho Municipal de Saúde, Pastoral da Saúde, vem surgindo. Veja bem, todos esses movimentos ~~sem~~ surgindo de uns tempo prá cá, isso justamente devido a aflição que eles sentem, que eles têm em relação à saúde. Então, eles vão se auto-conscientizando, e vão conseguindo fazer esses programas que só poderá trazer benefícios à saúde é uma forma de pressionar o governo federal." (N.R.).

Este depoimento mostra que o usuário possui uma visão ampla da importância que tem os Conselhos Municipais e a Pastoral da Saúde. Pois, somente o usuário - de forma organizada - poderá viabilizar e garantir a eficiência e a aplicabilidade do Sistema Único de Saúde, utilizando para isso seus espaços de participação.

A participação deve ser entendida como um processo de democratização da vida municipal, de forma continuada, e para tanto, há necessidade de além de informar, tornar explícitos os canais de participação. A organização popular através da formação de grupos é a porta por onde toda a sociedade tem que passar em sua caminhada para a democracia, justiça social e saúde.

Uma das principais bandeiras de luta do Movimento Popular de Saúde é que os serviços de saúde sejam controlados pelos trabalhadores organizados. Na verdade, esta é a única estratégia capaz de melhorar radicalmente os serviços de saúde destinados à população.

Portanto, quem deverá controlar se o Sistema Único de Saúde está funcionando ou não, é a população. Deve ter conhecimento dos seus direitos para que possa reivindicá-los ao gestor ⁽²⁾ local do SUS, sempre que os mesmos não forem respeitados.

De acordo com a Lei nº 8.142/90, no seu Art. 1º inciso 4, garante a população o direito de participar das decisões através das Conferências e dos Conselhos de Saúde. E garante ainda, a participação no gerenciamento do SUS, mas que falta é vontade e iniciativa dos governantes para que isto se concretize. Muitos prefeitos e secretários de saúde não tem interesse em realizar as Conferências e que sejam criados Conselhos de Saúde, porque tem medo que suas ações sejam fiscalizadas e controladas.

É necessário que se criem Conselhos Municipais de Saúde em cada município do Estado, e que a população tenha acesso ao mesmo. O que ocorre na prática hoje, é que a participação da sociedade civil nos Conselhos Municipais de Saúde ainda está eletizada, onde certos atores vão se projetando em relação ao demais.

(2) Os gestores são entidades encarregadas de fazer com que o SUS seja implantado e funcione adequadamente dentro das suas diretrizes. Haverá gestores nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal.

Os representantes de entidades populares, por não possuírem o mesmo saber que os demais representantes - sindicatos e profissionais de saúde - tornam-se passivos e desmotivados em participar das reuniões. É necessário que se criem mecanismos para que este quadro possa se reverter, e a população possa colocar suas opiniões nas reuniões, pois é através desta que os conselheiros poderão saber realmente o que está faltando para a eficácia do Sistema Único de Saúde. É necessário também, que os representantes das entidades populares realizem reuniões nas suas respectivas associações, para que fiquem inteirados sobre os assuntos discutidos nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde.

A consciência de direito não gera transformação se ocorrer isoladamente, na cabeça de cada usuário. É necessário mais do que isso, ou seja, que se manifeste através dos espaços de participação (conferências e conselhos de saúde, associações comunitárias, etc). Somente a organização e participação de usuários conscientes de seus direitos (de cidadão) poderá fazer frente e alcançar os mesmos patamares de poder das instituições, reivindicações não o direito de cada um, mas o direito de todos.

Ressalta-se o papel do Estado nesse processo, se ele tem uma perspectiva real de melhorar as condições de saúde da população, de articular os aspectos técnicos/operativos/gerenciais com as demandas populares, deve tornar esse processo bastante divulgado de maneira que a população através de seus grupos e associações populares, tenham conhecimento e possibilidades efetivas de acionar direitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo realizado sobre o conhecimento da população a respeito do Sistema Único de Saúde - SUS, pode-se constatar que a população ainda continua desinformada sobre as diretrizes e os princípios que regem este sistema de saúde.

Assim, não pode reivindicar seus direitos, pois sem conhecê-los fica difícil exigir sua eficácia. É necessário que a população tenha direito à informação, só assim é que poderá exercer sua cidadania, lutando por seus direitos.

A população vem utilizando os serviços de assistência à saúde sem saber como está estruturada, o que está por trás e quais os reais interesses.

Segundo Heras, mencionado anteriormente, "a informação é uma função vital que precede a ação." Para decidir e atuar eficazmente na luta por melhor acesso à saúde, é necessário que a população esteja organizada em grupos relacionados à saúde e, informar-se como estão estruturados os serviços de assistência à saúde.

A população estando informada, obterá uma "consciência sanitária organizada" e através dos seus atores sociais (sindicatos operários e dos profissionais de saúde, as associações de moradores, etc.), poderá pressionar de maneira sistemática, no sentido de oferecer uma nova direção à Política de Saúde.

A luta política pelos direitos à saúde, à informação, às condições dignas de vida e trabalho, não se trava apenas na militância partidária, mas, sobretudo, na lenta transformação do cotidiano e das mentalidades, num insistente questionamento crítico da chamada sociedade "moderna", das suas desigualdades sociais, das formas de participação no debate político, no acesso à informação.

O direito a informação não apenas tornou-se um privilégio de poucos, mas uma estratégia política responsável pelo controle ideológico da sociedade.

Portanto, a luta pela informação como um direito de todos, em nossa sociedade, implica em mudar a fisionomia do Estado que aí está, dando-lhe uma nova feição, a de instância aberta à participação excluída.

Para segurar o direito à saúde, a população organizada em vários núcleos decisórios, em vários níveis, assegura o controle social sobre as ações do Estado.

Evidenciou-se também, que o desconhecimento da população refere-se à ausência de divulgação do SUS e não à inexistência de recursos. Este fato é bastante preocupante, pois a população não se apropria do processo de gestão e decisão sobre as questões de saúde, tornando-se usuária passiva do sistema e presa fácil de manipulação ideológica e político-partidária.

Acredita-se que, a garantia à saúde pública de boa qualidade e gratuita, passa por mobilizações de todos os segmentos da sociedade civil.

Mostra-se assim, a importância da atuação dos intelectuais orgânicos da sociedade civil, entre eles o Assistente Social, como articulador e mobilizador da população acerca dos serviços de assistência à saúde, numa perspectiva de democratização das informações para que

a população à medida em que tome contato com tais informações, engaje-se, em lutas cotidianas, para garantir a efetivação e implantação do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRAGA, J.C. de S. e PAULA, S.G. de. Saude e previdência: estudos de política social. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1981. 224p.
2. BRASIL. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1989. 200p.
3. _____. Presidência da República. Lei nº 8080 de 19.09.90
4. _____. Presidência da República. Lei nº 8142 de 28.12.90
5. BENEYTO, Juan. Informação e sociedade. Rio de Janeiro: Vozes, 1974. 187p.
6. CADERNOS DA IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília, 1992.
7. CAMPOS, Gastão Wagner de S. A Saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: HUCITEC, 1991. p.106 - 127.

8. _____, Gastão W. de S. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: HUCITEC, 1992. p. 35 - 104.
9. COELHO, Salésio João. O doente mental e seu tratamento. Florianópolis: UFSC, 1992. Trabalho de Conclusão de Curso.
10. CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE. Jornal Popular de Saúde, Santa Catarina, ABR. 1993, ano 2, nº3.
11. CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. O controle do sistema único de saúde pela população. Fórum Popular Estadual, Santa Catarina, 1993. 13p.
12. COSTA, Nilson do Rosário et al. Demandas populares, políticas públicas e saúde. Rio de Janeiro: VOZES/ABRASCO, 1989. p.13-63.
13. DALLARI, Sueli Gandolf. A municipalização dos serviços de saúde e setor privado. São Paulo: Brasiliense, 1985. p.78 - 100.
14. DÂMASO, Romualdo. Saber e práxis na Reforma Sanitária: avaliação da prática científica do movimento sanitário. In: TEIXEIRA, Sônia M.F. (org.). Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortes, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989. p.61 - 118.

15. DUSSAULT, Gilles. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. Administração Pública, Rio de Janeiro, p.09 - 19, abr./jun. 1992.
16. ESCOREL, Sarah. Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, Sônia M.F. (org.). Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989. p.181 - 192.
17. FALEIROS, Vicente de P. A Política Social do Estado Capitalista; as funções da previdência e assistência social. São Paulo: Cortez, 1980. 175p.
18. FELIPE, José Saraiva. UNISIS: Univesidade Integrada ao Sistema de Saúde. Brasília, nov. 1988. p.6 - 11.
19. _____. MPAS: O vilão da reforma Sanitária? Saúde em Debate, São Paulo: CEBES, nº 20, p.65 - 69, abr. 1988.
20. FÓRUM POPULAR ESTADUAL DE SAÚDE. IIª Plenária Estadual de Saúde. Relatório Final. Auditório da reitoria da UFSC, Florianópolis, 24 e 25 abr. 93. p.08 - 09.
21. HERAS, Jorge Xifra. A informação: análise de uma liberdade frustrada. Rio de Janeiro : LUX, 1974. 346p.

22. INOJOSA, Rose Marie. A municipalização nos sistemas unificados e descentralizado de saúde (SUDS). Administração Pública. Rio de Janeiro, v.24, nº04, p. 26- 45, ago/out.1990.
23. JUNQUEIRA, Luciano A. P. e INOJOSA, Rose M. Descentraização do modelo de prestação dos serviços de saúde em São Paulo. Administração Pública, Rio de Janeiro, v.24, nº4, p.7 - 25, ago./out. 1990.
24. MAGAJEWSKI, Flávio R. L. Seletividade estrutural e a construção do sistema único de saúde e, Santa Catarina no período de 1987-1990. Florianópolis: UFSC. 1994. 2332p. Dissertação de Mestrado.
25. MEDICI, André Cezar e SILVA, Pedro L. B. Seguridade social no Brasil: bases operacionais para uma reforma. Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 28, nº 02, p.120 - 121, abr./jun. 1994.
26. MELO, José M. de. Comunicação: teoria e política. São Paulo: SUMMUS, 1985. 138p.
27. _____. Comunicação: direito à informação. São Paulo. PAPIRUS, 1986. 151p.
28. MENDES, Eugênio Vilaça. Cinco razões para o fim do INAMPS. Saúde em Debate, São Paulo: CEBES, nº 39, p.26 - 29, jun. 1993.

29. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília, 1986.
30. _____. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/SNAS. ABC do SUS: doutrinas e princípios, Brasília, 1990. 20p.
31. MORAES, Ilaro H. S. de. Informações em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994. 165p.
32. OLIVEIRA, Heloisa M. J. de. Assistência Social: do discurso do estado à prática do serviço social. Florianópolis: IFSC, 1989. 286p.
33. PEREIRA, Silvana M. Implantação do SUS em Florianópolis. Florianópolis: UFSC, 1994. 26p. Projeto de Dissertação de Mestrado.
34. PIAUÍ, Controle do Sistema Único de Saúde pela população. MOPS. 1990. 20p.
35. PIGNATARI, Décio. Informação, linguagem, educação. São Paulo: Perspectiva, 7 ed., 1978. 95p.
36. ROSINHA. Sistema único de saúde: o que é, o que queremos? Curitiba, 1992. p.01 - 23.

37. ROJAS, Deise Beatriz et al. Proposta de atenção à saúde: enfermagem comunitária. Florianópolis: UFSC, mar.1987. Projeto de Extensão.
38. SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Plano estadual de saúde. Florianópolis, mar. 1994. p.215 - 219.
39. SANTANA, José P. de. Educação médica e reforma sanitária. Saúde em Debate, São paulo: CEBES, nº 24, p.08 - 11, mar. 1989.
40. SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE- SC. Convênio SUDS- 01/88.
41. SPÍNOLA, Aracy With de P. et al. Pesquisa social em saúde. São Paulo: Cortez, abnr. 1992. 291p.
42. SPOSATI, A. e FALCÃO, M. C. A assistência brasileira: descentralização e municipalização. São Paulo: EUDU, 1980. 120p.
43. TEIXEIRA, Carmem Fontes. Formação de recursos humanos para o SUS; desafios na perspectiva da mudança de modelo de gestão e atenção à saúde. Saúde em Debate. São Paulo: CEBES, nº 41, p.20 - 23, dez. 1993.
44. TEIXEIRA, Sônia M. F. Política de saúde na transição conservadora. Saúde em Debate. São Paulo: CEBES, nº 26, p.42 - 53, set. 1989.

45. TEIXEIRA, Sônia M. F. (org.). Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1983. 232p.
46. _____. Reorientação da assistência médica previdenciária: um passo adiante ou dois atrás? *Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, nº 1, p.48 - 57, jan./mar. 1985.
47. TOMAZI, Zelma T. O que todo cidadão precisa saber sobre saúde e estado brasileiro. São Paulo: L Global, 1986. p.45 - 75.
48. VASCONCELOS, Eymard. M. Educação popular nos serviços de saúde. São Paulo: HUCITEC, 2 ed., 1991.
49. WESTPHAL, Maria F. Contribuição sa educação em saúde para a reforma sanitária. Saúde em Debate. São Paulo: CEBES, nº 33, p. 33, p.69 - 71, dez. 1991.