



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

DANIELLE SIQUEIRA DOS SANTOS

**O ACESSO À SAÚDE PÚBLICA:
PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS CARDIOPATAS ATENDIDOS PELO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE NO INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE SANTA CATARINA**

Florianópolis
2018

DANIELLE SIQUEIRA DOS SANTOS

**O ACESSO À SAÚDE PÚBLICA:
PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS CARDIOPATAS ATENDIDOS PELO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE NO INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE SANTA CATARINA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof^a. Dra. Mariana Pfeifer Machado

Florianópolis
2018

DANIELLE SIQUEIRA DOS SANTOS

**O ACESSO À SAÚDE PÚBLICA:
A VISÃO DOS USUÁRIOS CARDIOPATAS ATENDIDOS PELO INSTITUTO DE
CARDIOLOGIA DE SANTA CATARINA**


Trabalho de Conclusão de Curso apresentado e aprovado
como requisito parcial para a obtenção do título de
bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de
Santa Catarina.

Monografia aprovada em 30 / 11 / 2013

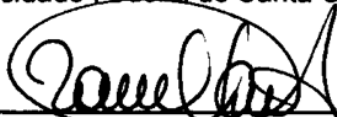
Banca Examinadora



Prof.^a Dra. Mariana Peifer Machado
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof.^a Dra. Marisa Camargo
Examinadora
Universidade Federal de Santa Catarina



Assistente Social Marilda Costa Duarte Zanellato
Examinadora
Instituto de Cardiologia de Santa Catarina

*Dedico este trabalho, a minha família, a
minha companheira de vida, Caroline, e aos
meus amigos Daxiomar, Rafaela e Marilaine,
pessoas imprescindíveis nessa trajetória.*

AGRADECIMENTOS

A Deus e a espiritualidade de luz, que me deram força e resignação para superar os desafios e percorrer essa jornada de aprendizado.

A minha família, que mesmo de longe, me incentivou a seguir em frente.

Aos meus pais, que sempre me deram o amparo e o lenitivo necessário.

A minha companheira, Caroline, pela sua compreensão e parceria, em momentos tão difíceis dessa caminhada. Agradeço por despertar em mim, sorrisos, por partilhar momentos alegres e sempre mostrar o melhor de mim.

Aos meus amigos: Daxiomar, Bruno e as meninas de Itapema – “lalanjas” queridas, que me incentivaram a concluir esse objetivo tão almejado.

A Rafaela e a Marilaine, profissionais maravilhosas, que me conquistaram com o seu conhecimento e tornaram-se amigas muito especiais.

Aos meus colegas de trabalho por serem parceiros e empáticos, obrigada “equipe P12”, por tornar os meus dias mais “leves” e alegres. Em especial agradeço as minhas colegas: Ariana, Franciele e Carmen.

As minhas colegas de graduação: Gabriela, Gesiane e Ana Paula, que compartilharam conhecimentos, momentos, angústias e alegrias.

Aos professores e servidores do Departamento de Serviço Social, em especial agradeço: a professora Eliete, o professor Hélder, a professora Luziele, a professora Simone e o secretário José (o Zé) do DSS.

A minha orientadora de TCC, Mariana Pfeifer e a examinadora professora Marisa, pelas orientações e direcionamentos que fizeram toda a diferença.

Agradeço as minhas supervisoras acadêmicas: a professora Rúbia e a professora Aline, pelos ensinamentos.

As minhas supervisoras de campo: Marilda e Silvana, por tornar esse processo de aprendizagem teórico-prático tão produtivo. Agradeço em especial, a você Marilda, por ter aberto o campo de estágio para mim. Agradeço também as demais Assistentes Sociais do ICSC, que compartilharam conhecimentos e vivências, muito obrigada: Rafaela, Valdirene e Eliane.

Saibam que foi graças ao apoio, respeito e carinho de vocês, que cheguei a esse momento de imensa felicidade.

"Os poderosos não podem deixar solto alguém que saiba da verdade, mesmo que
seja sobre as estrelas mais distantes!"

(Bertold Brech)

RESUMO

Em 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS), conceituou a saúde como o completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças e agravos. Em 1986, com a VIII Conferência Nacional de Saúde, a saúde passou a ter uma perspectiva mais global, a partir do conceito ampliado de saúde. Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, a saúde passou a ser entendida como um direito de todos e dever do Estado, marco considerável para a cidadania. Diante disso, entendemos que o acesso à saúde está vinculado à garantia de direitos, entretanto existem fatores facilitadores e dificultadores que limitam ou favorecem o acesso. Fizemos o exercício de apresentar um resgate histórico da saúde pública no Brasil, buscando identificar a concepção de acesso dos usuários cardiopatas atendidos pelo Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC), bem como identificar as formas de acesso utilizadas e os desafios para a sua efetivação. Com isso, o objetivo geral deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi identificar os fatores dificultadores e facilitadores para o acesso à saúde, na percepção dos usuários cardiopatas. Quanto à metodologia, utilizamos a pesquisa exploratória descritiva com abordagem quali-quantitativa. O levantamento de dados se deu prioritariamente através de pesquisa de campo no ICSC, utilizando-se como instrumento, o questionário semiestruturado, aplicado a 10 usuários que utilizam os serviços do ICSC. Por fim, realizou-se a análise dos dados obtidos através dos questionários preenchidos, onde percebeu-se alguns fatores dificultadores com maior prevalência entre os usuários pesquisados, tais como: tempo de espera para a realização de consultas médicas, a dificuldade para adquirir medicamentos, não ter apoio familiar, não ter meio de transporte próprio, não conseguir fazer a articulação com a rede pública de saúde, a falta de leitos, a falta de informação, a falta de gestão e financiamento do SUS. Os fatores levantados como facilitadores, foram: ter apoio familiar, morar próximo à unidade de saúde, ter meio de transporte próprio, conseguir adquirir os medicamentos, ter acesso à rede pública de saúde, entre outros. Ao longo do trabalho pretendemos mostrar que os fatores informados pelos usuários pesquisados podem limitar ou favorecer o acesso, gerando entraves ou oportunidades de efetivação do direito.

Palavras-chave: Acesso à saúde. Política Pública de Saúde. Sistema Único de Saúde.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram cardiopatia (dados percentuais).....	40
Gráfico 2	Faixa etária dos usuários pesquisados (dados percentuais).....	45
Gráfico 3	Indicativo do sexo dos usuários pesquisados (dados percentuais).....	46
Gráfico 4	Responsabilidade na garantia do direito ao acesso à saúde (dados percentuais).....	48
Gráfico 5	Natureza do atendimento obtido no ICSC (dados percentuais).....	49
Gráfico 6	Serviços mais utilizados no ICSC (dados percentuais).....	51
Gráfico 7	Fatores dificultadores de acesso (dados percentuais).....	54
Gráfico 8	Fatores facilitadores de acesso (dados percentuais).....	57
Gráfico 9	Avaliação do acesso ao ICSC (dados percentuais).....	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Faixa etária dos usuários pesquisados (dados absolutos e percentuais).....	45
Tabela 2	Indicativo do sexo dos usuários pesquisados (dados absolutos e percentuais).....	46
Tabela 3	Responsabilidade na garantia do direito ao acesso à saúde (dados absolutos e percentuais).....	47
Tabela 4	Natureza do atendimento obtido no ICSC (dados absolutos e percentuais).....	49
Tabela 5	Serviços mais utilizados no ICSC (dados absolutos e percentuais).....	51
Tabela 6	Fatores dificultadores de acesso à saúde (dados absolutos e percentuais).....	53
Tabela 7	Fatores facilitadores de acesso (dados absolutos e percentuais)....	56
Tabela 8	Avaliação do acesso ao ICSC (dados absolutos e percentuais).....	62

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

AMS	-	Assistência Médica e Sanitária
ANS	-	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ASPS	-	Ações e Serviços Públicos de Saúde
CAPs	-	Caixas de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários
CAPES	-	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoas de Nível Superior
CEBES	-	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CNS	-	Congresso Nacional de Saúde
COMS	-	Constituição da Organização Mundial da Saúde
CONASP	-	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
DNSP	-	Departamento Nacional de Saúde Pública
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
EC	-	Emenda Constitucional
INAMPS	-	Instituto Nacional de Atenção Médica da Previdência Social
IAP	-	Instituto de Aposentadoria da Previdência
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSC	-	Instituto de Cardiologia de Santa Catarina
INPS	-	Instituto Nacional de Previdência Social
IPCA	-	ndice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
LOS	-	Lei Orgânica de Saúde
MPAS	-	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	-	Ministério da Educação e Saúde
MJNI	-	Ministério da Justiça e Negócios Interiores
MS	-	Ministério da Saúde
NOAS	-	Norma Operacional da Assistência Social
NOB	-	Norma Operacional Básica
ODCE	-	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econmico
OMS	-	Organização Mundial da Saúde

ONG	-	Organização Não-Governamental
ONU	-	Organização das Nações Unidas
PDI	-	Plano Diretor de Investimento
PEC	-	Proposta de Emenda Constitucional
PIB	-	Produto Interno Bruto
PND	-	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNS	-	Política Nacional de Saúde
PNS	-	Pesquisa Nacional de Saúde
PPA	-	Plano Plurianual
RSB	-	Reforma Sanitária Brasileira
SBPS	-	Sistema Brasileiro de Proteção Social
SES/SC	-	Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
SESP	-	Serviço Especial de Saúde Pública
SNS	-	Sistema Nacional de Saúde
SUDS	-	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCC	-	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UFSC	-	Universidade Federal de Santa Catarina
UTI	-	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1. A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL: UM RESGATE HISTÓRICO ...	14
2 CONCEPÇÃO E ACESSO À SAÚDE.....	24
2.1 Conceito ampliado de saúde	324
2.2 O conceito de acesso aos direitos	32
2.3 O conceito de acesso aos direitos.....	34
3 O ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE CARDIOLOGIA NO ICSC.....	38
3.1 O contexto institucional do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina	38
3.2 Indicações metodológicas da pesquisa	41
3.3 Análise dos fatores dificultadores e facilitadores do acesso	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS.....	69
APÊNDICE A	76
APÊNDICE B	81
APÊNDICE C	85
ANEXO I.....	88

1. INTRODUÇÃO

A questão acesso é complexa, multidimensional e questionada. A partir da década de 1980, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, houve a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que possibilitou identificar mais claramente os avanços dessa conquista, bem como os desafios para a sua efetivação. Muitas razões podem levar às impressões diversificadas de acesso e, por isso, foi necessário fazer um resgate histórico da saúde pública no Brasil, considerando as formas de acesso à saúde, os fatores dificultadores e facilitadores a tal acesso, sob a perspectiva do conceito ampliado de saúde.

A escolha pela temática surgiu a partir da inserção no estágio, como estagiária de Serviço Social do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC), houve a aproximação com as realidades vivenciadas pelos usuários cardiopatas e o acesso à saúde sempre foi pauta de nossas conversas e intervenções. Para a realização deste trabalho e construção do marco teórico-conceitual e sócio-histórico, fundamentamos a revisão de literatura em portais como a SCIELO, o repositório da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e o portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Foi encontrado três estudos no repositório da UFSC, que têm como temática central, o acesso aos serviços de saúde. Pensando na relevância acadêmica que tem o presente estudo, o mesmo faz parte de uma corrente consolidada no campo do Serviço Social sobre o acesso aos direitos.

Levando em conta os desafios enfrentados pela população para obter acesso à saúde, apresentamos a **questão central** que norteia este TCC: Como ocorre o acesso aos serviços de saúde pública na perspectiva dos usuários cardiopatas? Definido o problema, o **objetivo geral** foi identificar os fatores dificultadores e facilitadores para o acesso à saúde, na percepção dos usuários cardiopatas. Quanto aos **objetivos específicos** buscamos: a) Resgatar historicamente, a política pública de saúde no Brasil; b) Analisar as concepções de acesso à saúde, a partir da literatura especializada; b) Coletar e analisar dados mediante utilização de questionário, relativos ao acesso à saúde, tais como: o acesso a consultas e medicamentos, condições objetivas de inserção e adesão aos tratamentos, e questões relacionadas ao apoio familiar.

A partir disso, a pesquisa procurou entender o acesso como direito, entretanto observou que existem desafios para acessar o sistema de saúde pública. Identificou-se as formas de acesso aos serviços de saúde pública, bem como os fatores dificultadores e/ou facilitadores para a sua efetivação. Neste sentido, o presente trabalho teve como **hipótese** que existem fatores dificultadores que podem limitar o acesso ou gerar entraves para a sua efetivação, porém o acesso se efetiva na maioria das vezes, vinculando-se à garantia de direitos.

Em relação à metodologia, utilizamos a pesquisa exploratória descritiva, com abordagem quali-quantitativa. O levantamento dos dados foi prioritariamente através de pesquisa de campo, realizada no ICSC, com os usuários cardiopatas atendidos na instituição. Na coleta de dados, foi utilizado como instrumento o questionário semiestruturado, que foi aplicado com 10 usuários, cuja participação foi voluntária e não envolveu fins lucrativos. Após a coleta de dados foi realizada a tabulação dos dados, que foram organizados e analisados sob a ótica do conceito ampliado de saúde, bem como sob a perspectiva do acesso como direito.

Em relação à estrutura, o TCC está dividido em três capítulos: o primeiro capítulo aborda a política pública de saúde no Brasil e visa fazer um resgate histórico. No capítulo 2, inicialmente abordamos sobre as concepções e abrangências de acesso à saúde, buscando descrever a implantação e implementação do SUS, evidenciando os seus desafios e potencialidades. Na sequência, realizamos o exercício de apresentar e fundamentar o conceito ampliado de saúde e o conceito de acesso. O capítulo 3 tratou do estudo do acesso aos serviços de cardiologia no ICSC, primeiramente realizamos uma breve apresentação do ICSC, a partir do contexto institucional. Em seguida, apresentamos as indicações metodológicas da pesquisa e posteriormente desenvolvemos as análises sobre o levantamento das formas de acesso utilizadas pelos usuários cardiopatas, bem como sobre os fatores dificultadores e facilitadores para a obtenção deste. A partir disso, foi possível identificar a percepção de acesso, às formas de acesso utilizadas, as dificuldades e facilidades para o acesso e a avaliação dos usuários pesquisados.

Por fim, reitera-se a importância de realizar contribuições com o debate acerca do acesso à saúde e sua efetivação, apropriando-se da realidade brasileira no que diz respeito ao enfrentamento das expressões da questão social e os desafios existentes para acessar a saúde, visando assegurar o direito de todos os cidadãos para acessar os serviços de saúde pública.

2. A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL: UM RESGATE HISTÓRICO

Abordar sobre a política pública de saúde, pressupõe realizar um resgate histórico que perpassa o nível nacional, posto que foram as reivindicações trabalhistas, do século XIX, na Europa, que mobilizaram mudanças na área da saúde. No Brasil, a partir do século XX, a saúde pública transformou-se Questão Social¹, exigindo uma intervenção estatal.

Segundo Bravo (2001), no século XVII, a assistência à saúde destinada a população brasileira, acontecia através de filantropia², não havendo nenhuma intervenção do Estado, nem política de saúde destinada a toda população. Monteiro (2010) afirma que no século XIX, havia poucos médicos, e a população acabava recorrendo a outras áreas, como parteiras e cirurgiões barbeiros. No final do século XIX, com a crescente urbanização e industrialização, a questão saúde surge através da “reivindicação no nascente movimento operário” na Inglaterra (BRAVO, 2001, p.2).

Monteiro (2010) considera complexa a relação do liberalismo com a burguesia urbana existente no Brasil no início do século XX, porém havia indícios de intervenção estatal através de medidas que buscavam melhores condições de trabalho e qualidade de vida dos trabalhadores assalariados, como a criação de leis de proteção aos trabalhadores urbanos, criadas após a primeira guerra mundial (1918). Considera-se importante ressaltar que isso foi fruto do “movimento operário brasileiro que iniciou uma pressão para que o Estado fosse o regulador dos conflitos sociais existentes entre patrões e empregados” (MONTEIRO, 2010, p.75). Borba (1997) afirma ainda que, esse período, foi marcado por mudanças socioeconômicas, decorrentes do sistema capitalista que se instaurou no país, bem como, pelas doenças que atingiram a população na época, denominadas doenças de massa, tais como: malária, tuberculose, lepra e desnutrição. Bravo (2001) concorda com as autoras aqui citadas, que afirmam que “a saúde emerge como questão social no

¹ Segundo Yamamoto (1998, p.27), “A Questão Social é apreendida como um conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade”.

² Segundo o dicionário Aurélio de português online (2018, p.1), filantropia significa “Amor à humanidade”. Em relação à saúde, o atendimento filantrópico ocorre através do trabalho voluntário, sem fins lucrativos, de forma assistencialista.

Brasil no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado” (BRAGA; PAULA, 1985, p. 41-42 apud BRAVO, 2001, p.2-3).

Monteiro (2010) afirma que nas primeiras décadas do século XX, a assistência à saúde ocorria através do médico da família, profissional liberal, utilizado no período de 1890 a 1920. A partir da década de 1920, “a saúde pública transformou-se em Questão Social, havendo intervenções dos Estados e, sobretudo, da União no campo da saúde e das políticas de saneamento rural” (FARIA, 2007, p. 57 apud MONTEIRO, 2010, p. 70). A assistência hospitalar também ganhou atenção do Poder Público, neste período.

Segundo Borba (1997), a partir de 1923, a Reforma Carlos Chagas passou a se estruturar como uma política de saúde. Já para Bravo (2001), essa Reforma tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso. Monteiro (2010) concorda com Borba e afirma que Carlos Chagas deu início a um projeto de saúde pública, através de suas ações, tais como: a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1919, regulamentado em janeiro de 1920, pelo decreto legislativo nº 3987 e pelo decreto nº 11354 de setembro do mesmo ano; através da Reforma Carlos Chagas, e através da construção do Hospital Francisco de Assis (1922) e do Hospital Gaffrée e Guinle (1924-1929), destinado ao controle e à profilaxia da sífilis e das doenças venéreas. Todas essas medidas tinham como objetivo principal combater e controlar doenças infectocontagiosas e epidemias.

Em 1923, através da Lei Elói Chaves houve a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários (CAPs), tornando a saúde responsabilidade do Estado. A intervenção mais efetiva do Estado, no setor da saúde, ocorreu a partir de 1930, em decorrência de alguns fatores, que segundo Bravo (2001) “foi o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais, além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores” (BRAVO, 2001, p.3).

A partir disso, entende-se que as décadas de 1920 e 1930, apresentaram várias manifestações de desigualdades sociais, bem como problemas no setor da saúde, que acabaram exigindo uma intervenção estatal, tornando-se uma questão política. Bravo (2001) afirma ainda que, “a conjuntura de 1930, com suas

características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática” (BRAVO, 2001, p.3). A autora afirma que, nesse período, a política de saúde era:

De caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966 (BRAVO, 2001, p. 4).

Segundo Borba (1997), em 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde (MES), com isso à saúde deixou de ser tratada como caso de polícia, pois não era mais de responsabilidade do Ministério da Justiça e Negócios Interiores (MJNI). Bravo (2001) afirma que, a Política Nacional de Saúde, projetada desde 1930, foi consolidada no período de 1945-1950. Durante a 2ª Guerra Mundial (1939-1945) surgiu o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em convênio com órgãos do governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller (BRAVO, 2001, p.5). Em 1942, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que segundo Borba (1997) significou avanço nas ações médico-sanitárias do país.

No final da década de 1940, o Plano Salte³ incluiu a saúde como um dos seus principais objetivos, os investimentos estavam previstos para 1949, porém não chegou a ser efetivado. De 1945 a 1964 a população apresentou doenças infecciosas e parasitárias, com taxas elevadas de morbidade e mortalidade infantil e geral da população. Conforme Bravo (2001), a partir da década de 1950, estruturava-se o atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, e apontava na direção da formação das empresas médicas.

Em 1945, surgiu o Instituto de Aposentadoria da Previdência (IAP), sob influência do modelo de seguridade social europeu. Segundo Magajewski (1994), com o fim do Estado Novo em 1945, instaurou-se no Brasil:

³ Conforme a Kanaan (2004), o plano SALTE (iniciais de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia) possibilitou definir as áreas que necessitavam maiores investimentos, bem como buscou melhorar as condições de vida e diminuir a desigualdade social da população brasileira. Foi um plano econômico lançado por Eurico Gaspar Dutra.

um sistema de proteção social que imprimiu à sociedade, principalmente às classes trabalhadoras, uma condição de cidadania regulada para qual o Estado brasileiro, como forma de legitimação social, criou uma série de bens e serviços oferecido através do IAP, este considerado berço da previdência social brasileira (MAGAJEWSKI, 1994 apud BORBA, 1997, p.20).

No ano de 1963, houve a separação do Ministério da Saúde (MS), antes era atrelado ao antigo Ministério da Educação e Saúde (MES). Para Luz (1994), isso significou o esvaziamento institucional, do setor saúde enquanto setor estatal, em proveito da educação (apud BORBA, 1997, p.20).

Bravo (2001) afirma que, para a população brasileira, a ditadura militar (1964-1974), ressignificou o modelo econômico-social e político do país, porém “os problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática” (BRAVO, 2001, p.6). E para responder a questão social deste período, o Estado interviu de forma opressora, afirmando prestar assistência a sociedade brasileira. E, ainda,

em face da “questão social” no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital. A unificação da Previdência Social, com a junção dos IAPs em 1966, se deu atendendo a duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores (BRAVO, 2001, p.6).

Por volta de 1966, a saúde pública passou por um declínio, enquanto a medicina previdenciária ascendia. Para Oliveira e Teixeira (1986) “foi implantado no país, nessa conjuntura, o modelo de privilegiamento do produtor privado” (apud BRAVO, 2001, p. 7). Segundo Bravo (2001), a Política Nacional de Saúde (PNS):

enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde (BRAVO, 2001, p.8).

Na década de 1970, a saúde individual e coletiva passou a ser responsabilidade do I Plano Nacional de Desenvolvimento⁴ (I PND) e do II Plano Nacional de Desenvolvimento⁵ (II PND). Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), responsável pela assistência médico assistencial privatista, conforme Magajewski (1994) designou “as atividades não rentáveis para o Estado e as rentáveis para o setor privado intermediado pela previdência social” (apud BORBA, 2001, p.21). Conforme Luz (1984 apud BORBA, 1997), em 1975, foi regulamentado o Sistema Nacional de Saúde (SNS), a assistência médica acentua-se em relação à saúde pública, através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e posteriormente pelo Instituto Nacional de Atenção Médica da Previdência Social (INAMPS).

No final da década de 1970, para Borba (1997), a saúde apresentava duas correntes político ideológicas, uma era formada por “representantes da indústria de medicamentos, de laboratórios e de hospitais”, e ressaltava a privatização do setor saúde. A outra corrente era formada por intelectuais e profissionais de saúde, bem como pelo movimento estudantil, denominado Movimento Sanitário Brasileiro.

Para Borba (1997), o I Simpósio Nacional de Política de Saúde, ocorrido em 1979, representado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde⁶ (CEBES), apresentou e discutiu abertamente pela primeira vez, sua proposta de reorientação do sistema de saúde que já se chamava, na época, Sistema Único de Saúde (BORBA, 1997, p.22).

Bravo (2001) afirma que, a década de 1980 foi marcada pelo processo de democratização política instaurada após a ditadura militar, o período passou por uma forte crise econômica que persiste até a atualidade. A saúde passou a ter um viés democrático e contou com o apoio dos profissionais de saúde e com o fortalecimento do setor público. No Brasil, os debates acerca do tema da saúde foram intensificados a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que

⁴ Conforme Piquet e Ribeiro (2008), o I PND (1969-74), foi um plano econômico brasileiro, iniciado em 1969, durante a ditadura militar, pelo governo do general Emílio Garrastazu Médici. Plano que teve como estratégia a incorporação de novas áreas ao circuito produtivo, o sul do estado do Pará com sua rica reserva mineral de Carajás e as vastas áreas agriculturáveis do Centro-Oeste.

⁵ Conforme Piquet e Ribeiro (2008), o II PND (1974 -1979), foi lançado no final de 1974, instituído durante o governo do general Ernesto Geisel e teve como base um elenco de projetos formulados e implantados diretamente pelo setor público.

⁶ Amarante et al. (2015) entendem o CEBES, por um sujeito coletivo, que desde 1976 criou um veículo de divulgação de saúde. Os autores afirmam que o CEBES foi uma entidade que respondeu pela sua direção política e intelectual.

ocorreu em março de 1986, em Brasília. Segundo Bravo (2001), os temas abordados foram: saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento setorial. Cerca de quatro mil e quinhentas pessoas participaram da conferência, destas, mil eram delegados, que participavam com o objetivo de afirmar o caráter deliberativo da conferência. A autora afirma ainda, que isso intensificou a relação saúde-sociedade e a “questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária” (BRAVO, 2001, p.9).

O período foi marcado por crises econômicas e com aprofundamento da desigualdade social. A Constituição Federal, promulgada em 1988, contribuiu para ampliar os direitos sociais⁷ no Brasil. O texto da emenda constitucional, capítulo II, art. 6º, declara como direitos sociais:

a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 2015, p. 7).

Bravo (2001) afirma que, a Constituição de 1988 “introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais”, porém não conseguiu “universalizar direitos” devido a recorrente privatização dos serviços públicos, que por sua vez favorecem o capitalismo, bem como as classes dominantes. A Constituição Federal de 1988 apresenta a saúde da seguinte forma:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p. 98).

Segundo Bravo (2001, p.12), ainda na década de 1980, houve o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento, bem como “a redução do papel do setor privado na prestação de serviços à saúde” e a

⁷ Conforme Telles (2001), os direitos sociais visam garantir aos indivíduos o exercício e usufruto de direitos fundamentais em condições de igualdade, “devem valer para todos, sem distinção de raça, religião, credo político, idade ou sexo: salário igual por um trabalho igual; previdência social em caso de doença, velhice, morte do arrimo de família e desemprego involuntário; renda condizente com uma vida digna; direito ao repouso, ao lazer e a férias remuneradas” (TELLES, 2001, p. 67).

descentralização política de saúde ao nível local. Enfatizam-se dois grandes marcos neste período: a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, e a elaboração constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, regulamentado posteriormente, pelas Leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990.

Bravo (2001) afirma que, tais medidas impactaram pouco na melhoria das condições de saúde da sociedade brasileira, pois não se efetivaram de forma operacional. Outros pontos dificultadores foram os limites estruturais, como as forças progressistas vinculadas à Reforma Sanitária que, a partir de 1988, perderam espaços junto à aliança governante. Com isso, “o retrocesso político do governo da transição democrática repercute na saúde, tanto no aspecto econômico quanto no político” (BRAVO, 2001, p. 12).

Segundo Bravo (2001), no final da década de 1980, a implementação do Projeto de Reforma Sanitária apresentou algumas fragilidades, como a ineficácia do setor público, o conflito com os profissionais de saúde e o pouco apoio da população, devido à ausência de melhoria no setor da saúde. Bravo (2001) afirma que, a construção democrática é a única via para se conseguir a Reforma Sanitária e a mobilização política “é uma de suas estratégias”, desafio colocado à década de 1990 (BRAVO, 2001, p. 13).

Para Bravo (2001), o Estado ampara-se pela Política de Ajuste Neoliberal³, deixando de ser o responsável direto pela realização das atividades econômicas e sociais para se tornar o promotor e regulador destas, transferindo a responsabilidade para o setor privado. Isso arruinou a proposta de Política de Saúde construída na década de 1980, abrindo caminho para lógica mercantilista na saúde. Com relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), isso significou um:

desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico – hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de Reforma do Estado para o setor saúde ou contrarreforma propunha separar o SUS em dois: o hospitalar e o básico (BRAVO, 2001, p.14).

Fleury (1997) afirma que ao traduzir a noção de equidade como um direito universal e igualitário ao sistema de saúde, a Reforma Sanitária Brasileira assume a igualdade como valor e princípio normativo, formulando um modelo de ética e de justiça social fundado na solidariedade, em uma comunidade politicamente inclusiva,

rompendo com qualquer tipo de discriminação (FLEURY, 1997, p. 33 apud VASCONCELOS, 2001, p.79).

Segundo Bravo (2001), essa proposta trouxe conflitos aos projetos vigentes da época: o da Reforma Sanitária, “construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988”, e o projeto de saúde de ordem privada.

A partir da década de 1990, houve o redirecionamento do papel do Estado, influência direta do Neoliberalismo. Bravo (2001) afirma que, a Reforma do Estado, é uma alternativa que favorece o setor produtivo, onde o Estado se abstém de suas responsabilidades, transferindo-as para o setor privado, ameaçando assim, o sistema econômico vigente. Em 1990, no governo do presidente Fernando Collor foi aprovado a Lei Orgânica de Saúde (LOS), sob nº 8.080/1990 e 8.142/1990, regulamentam a organização dos serviços de saúde e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Para Borba (1997), após o impeachment do presidente Collor, durante o governo do vice presidente Itamar Franco, o Ministério da Saúde (MS) apresentou avanços com a elaboração da Norma Básica nº 1, de 1993, que estabeleceu “procedimentos para efetivar o processo de descentralização das ações e dos serviço de saúde” (BORBA, 1997, p. 24).

No início dos anos 2000, instaura-se o governo Lula, que se manteve na presidência de 2003 a 2011, mantendo a política macroeconômica do antigo governo, as políticas sociais eram fragmentadas e subordinadas à lógica capitalista. Bravo (2001) afirma que, “nessa setorização, a concepção de seguridade social não foi valorizada, mantendo a segmentação das três políticas: saúde, assistência social e previdência social” (BRAVO, 2001, p.15). No setor saúde, acreditava-se que o governo Lula iria fortalecer o projeto de reforma sanitária, porém ele manteve dois projetos de saúde em ação: o projeto da reforma sanitária e o projeto de saúde privatista. Com isso, o governo enfatizou “à política de focalização, a precarização, a terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e na falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social” (BRAVO, 2001, p.18). Nas palavras da autora:

a questão do desfinanciamento é a mais séria pois está diretamente articulada ao gasto social do governo e é a determinante para a manutenção da política focal, de precarização e terceirização dos recursos humanos (BRAVO, 2001, p.19).

A ampliação da contratação sem concurso público, de agentes comunitários de saúde, de auxiliar e técnico de saneamento, agente de vigilância sanitária, agentes de saúde mental, são exemplos do reflexo da precarização e terceirização da força de trabalho e do serviço de saúde. Nesse sentido, o serviço de saúde teve sua ênfase nas ações de programas focalizados, que ampliaram a terceirização e a precarização da política pública de saúde.

Segundo Reis et al. (2016), os Governos Lula e Dilma, preconizaram o Estado Mínimo e a estratificação de clientela⁸. Esse caráter neoliberal formulava as políticas públicas e de saúde minimalistas, ou seja, dialoga com o interesse do capital financeiro, contrapondo-se a efetivação do SUS. Reis et. al. (2016) afirma ainda que, no ano 2000, foi promulgada a Emenda Constitucional (EC), EC-29 que objetivava o comprometimento das “três esferas do governo com o financiamento da saúde”, definir o que seriam Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) e estabelecer fontes estáveis de financiamento, prevenindo crises. Em 2012, um Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública (Movimento Saúde+10), entregou ao congresso “o projeto de iniciativa popular com mais de 1,9 milhão de assinaturas pedindo a destinação de 10% das receitas correntes brutas da União para a saúde pública” (REIS et al., 2016, p. 126). No entanto, foi aprovada a EC nº 86/2015, tornando obrigatória a execução das emendas parlamentares individuais e alterando a regra de vinculação dos recursos federais para a saúde. Em 2013, o Brasil teve um gasto total na saúde de 48,2% do Produto Interno Bruto (PIB), esse gasto foi “inferior ao de países latino americanos, como: Argentina, 67,1%; Colômbia, 76%; Costa Rica, 75%; Cuba, 93%; e México, 51,7% e equiparável ao dos Estados Unidos 47,1% (REIS et al., 2016, p. 123).

Em 2015, segundo Reis et al. (2016), a maior parte dos gastos com a saúde foi privada. Nesse período, “26% da população possuía planos de saúde”. Como o SUS é aberto “a ricos e pobres”, muitos utilizam o SUS em atendimentos de alto custo, onde os planos de saúde não tem cobertura. Os setores de fornecimento e prestação de serviços cresceram e “dependem, de certa forma, do SUS”. Reis et. al. (2016) afirma que, os recursos e acesso a compras públicas fomentou a competição

⁸ Segundo Eibenschutz (1996) a estratificação visa movimentar o mercado econômico, tendo o Estado como aliado, que por sua vez, garante minimamente a proteção social e usa de força coerciva para obrigar a sociedade a vincular-se ao novo sistema inclusivo, segmentando a clientela em um novo padrão de cidadania universalizada.

na indústria de medicamentos e insumos, dando ao SUS o poder de “alavancador e garantidor de um ambiente de negócios favoráveis aos seus interesses” (REIS et al., 2016, p. 127).

Reis et al. (2016) afirmam que, o Ministério da Saúde passa a defender que não é sua atribuição, e nem de sua agência reguladora, a ANS, fiscalizar a qualidade dos planos de saúde. Sugere que seja fiscalizado pelos próprios consumidores, dando a entender que a saúde deixa de ser um direito social tornando-se mera mercadoria, contrapondo-se ao princípio de universalização do SUS, bem como a responsabilidade do Estado de gerir e assegurar direitos sociais. Reis et al. (2016) afirmam ainda que, a saída para a crise seria a oferta de “planos populares de saúde” que reiteram a desresponsabilização do Estado de prover saúde para todos.

Em 2016, a presidenta Dilma Rousseff foi afastada da presidência, ato legitimado pela Câmara dos Deputados. Neste mesmo ano, foi deferido e aprovado o impedimento definitivo da presidenta Dilma Rousseff, pelo Senado Federal, denominado, conforme Reis et al. (2016), como O Golpe (jurídico-parlamentar) à democracia, a partir disso a presidência foi assumida por Temer, que enfatizou o projeto neoliberal⁹, desmerecendo os direitos sociais, fundamentados pela Constituição Federal de 1988. Reis et. al (2016) afirma que, o Governo Temer vem impondo fortes ameaças às políticas públicas e políticas de saúde, através de ações neoliberais que desarticulam e enfraquecem as garantias de direitos asseguradas historicamente, e com isso entramos numa era de desmontes de direitos, onde o SUS enfrenta a mais grave ameaça das três últimas décadas.

Os autores levantaram mais duas grandes ameaças ao sistema público de saúde brasileiro, as Propostas de Emendas Constitucionais (PEC), PEC 451, de 2014 do Deputado Eduardo Cunha, que propõe a alteração do parágrafo único do art. 7º da Constituição Federal, de 1988, obrigando todos os empregadores brasileiros a garantirem aos seus empregados, serviço de assistência à saúde (suplementar), exceto os trabalhadores domésticos. E a PEC 241, de 2016, de autoria do Poder Executivo, “altera o Ato das Disposições Constitucionais

⁹ Segundo Gomes (2011, p.5) “Na saúde, a retórica neoliberal é expressa através do Projeto de Saúde Privatista ou articulado ao mercado. [...] O neoliberalismo prega uma política de saúde que passa a minimizar o dever do Estado, este passa a focalizar suas ações, dando prioridade à atuação para o setor mais pobre, onde os outros (que ainda podem pagar) ficam à mercê do setor privado, submetendo-se ao seu pagamento pelo acesso à saúde”.

Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, limitando os gastos públicos” inclusive os gastos com saúde, realizando um congelamento de investimento, por vinte anos. Reais et al. (2016) afirmam, que o orçamento do Ministério da Saúde (MS), por duas décadas, será reajustado apenas pela apuração da inflação, medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Os próximos capítulos mostrarão as implicações que medidas como essas, podem trazer para as políticas públicas de saúde, ao sistema de saúde e conseqüentemente ao acesso à saúde.

2.1 O Conceito de Saúde

Para conhecer o conceito de saúde, precisamos realizar um breve resgate histórico, que nos permite entender a saúde nas suas diversas facetas, bem como ter conhecimento sobre as suas reconceituações.

No ano de 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS), conceituou “a saúde como o completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças e agravos”. Em 1986, com a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), o conceito de saúde passou a ter uma nova perspectiva embasada no conceito ampliado de saúde, que integra variadas resultantes, que serão abordadas no próximo subcapítulo. Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, a saúde passou a ser entendida como um direito de todo o cidadão, sendo de responsabilidade do Estado.

No ano de 1988, a partir da promulgação da Constituição Federal foi criada a estrutura funcional do Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público e universal, sendo de responsabilidade do Estado executar essa tarefa, cabendo a ele garantir também o acesso à saúde para toda população. O texto constituinte possui uma seção específica para a saúde: a seção II, artigos 196 a 200, que conceituam saúde na sua perspectiva política, econômica e social. Conforme o art. 196 da Constituição Federal, de 1988, saúde é:

um direito de todos e dever do estado, garantido mediante medidas políticas, sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, Seção II, Da Saúde, Art. 196, 1988, p. 83).

Como já falamos anteriormente, a mobilização social foi parte constituinte dos direitos sociais adquiridos historicamente, conforme Silva et al. (2005) o processo de mobilização social teve início nas décadas de 1970 e 1980, sendo que a participação social teve destaque na década de 1990, onde os atores sociais – os cidadãos foram fundamentais para o levantamento de demandas e de democratização. Integrando o Sistema Brasileiro de Proteção Social (SBPS), que é voltado ao atendimento das demandas da sociedade e garantia da Seguridade Social. Nesse sentido, é de suma relevância a intervenção social nas políticas públicas, seja nos espaços de debates, como conferências e fóruns, bem como nos espaços de deliberação e controle de políticas, como os conselhos¹⁰ municipais, estaduais e federais de direitos.

O acesso universal e igualitário permite desenvolver uma atenção integral a saúde (PAIM, 2015, p. 30). A atenção à saúde relaciona a organização estratégica do sistema, às práticas de saúde, conforme a demanda. As políticas, programas e serviços de saúde, baseiam-se nos princípios doutrinários do SUS: a universalidade, a equidade e a integralidade, entendidos pelo Ministério da Saúde (2018), da seguinte forma:

Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio

¹⁰ Conforme Vilela (2005) “os conselhos de políticas públicas são instâncias relativamente recentes. Mas a gestão da sociedade e do Estado na gestão de políticas públicas pode ser identificada já em 1981, quando se realizou a primeira experiência de gestão compartilhada, por meio do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), composto por representantes da sociedade civil e do Estado” (VILELA, 2005, p.4).

de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersectorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2013-2018, p. 1).

Importa também ao acesso à saúde, outros princípios do SUS, que são estruturais e organizativos, são eles:

Regionalização e Hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

Descentralização e Comando Único: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Participação Popular: a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde (BRASIL, 2013-2018, p. 1).

Conforme a Constituição Federal de 1988, a função do SUS, está fundamentada conforme as competências do SUS, que são:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do

meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, Seção II, Da Saúde, Art. 196 a 200, 1988).

Atualmente, o SUS beneficia “mais de 180 milhões de pessoas e realiza por ano, cerca de 2,8 bilhões de atendimentos, desde procedimentos ambulatoriais simples a atendimentos de alta complexidade, como transplantes de órgãos”, bem como, realiza consultas, exames e internações hospitalares (PENSESUS, 2018, p.1). O SUS também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção de vigilância sanitária, como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos.

O Ministério da Saúde afirma que o Brasil é o único país do mundo que possui um sistema universal, público e gratuito de saúde destinado a todos os cidadãos. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), o Brasil é considerado:

referência internacional na área de saúde pública e exemplo para outros países que buscam sistemas mais igualitários de saúde. Com a criação do SUS, o Brasil foi um dos primeiros e poucos países fora da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) a prever na legislação o acesso universal aos serviços de saúde, reconhecendo a saúde como direito do cidadão e dever do Estado (ONUBR, 2013, p.1).

Paim (2015) dialoga com essa concepção de SUS e reitera que, a ideia central do SUS é que a saúde seja um direito de todo o cidadão brasileiro. Sem que haja necessidade de depender de caridade, de comprovação financeira ou de pagamento pelo serviço de saúde. A saúde faz parte do tripé da seguridade social e o SUS “supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e equidade, sem discriminações ou privilégio” (PAIM, 2015, p. 28). A gestão do SUS deve ser solidária e participativa, de modo que as ações e os serviços de saúde permeiam entre as três esferas da Federação: “a União, os Estados e os municípios” (BRASIL, 2013-2018, p.1).

O SUS é composto por uma rede ampla e abrangente, que engloba: atenção básica de saúde, média e alta complexidade. Dispõe dos serviços de urgência e emergência, da atenção hospitalar, das ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e da assistência farmacêutica. Segundo a Constituição de 1988, a saúde é:

direito de todos e dever do Estado e criou o Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país (BRASIL, 2013-2018, p.1).

Vasconcelos (2007) afirma que, mesmo assegurados em lei, os princípios e diretrizes do SUS, enfrentam impasses quanto aos seus fins e meios, especialmente no tocante ao seu financiamento (não só do custeio, mas, principalmente, o não-investimento na expansão da rede de serviços) - e acesso aos seus serviços cada vez mais desfinanciados e sucateados (VASCONCELOS, 2007, p. 79).

Paim (2015) afirma que após a implantação do SUS houve um grande corte de custos e com isso, pouco financiamento do sistema de saúde. No início da década de 1990 ainda havia resistência do financiamento do SUS, por parte do governo federal. Diante disso, o Ministério da Saúde elaborou um conjunto de portarias denominadas, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Norma Operacional de Assistência Social (NOAS), são elas: NOB 91, NOB 93 e NOB 96¹¹ e NOAS 2002¹². Um dos grandes objetivos dessas normas foi possibilitar a Política de Descentralização do SUS, e em 2006, transformaram-se em um novo instrumento: o Pacto da Saúde¹³. No entanto, a falta de recursos e a gestão do sistema de saúde são alguns dos problemas que, conforme o site PENSUS (2018), o Governo e a sociedade civil têm a responsabilidade de encontrar estratégias para viabilizar a solução desses problemas. Segundo Paim (2015), O SUS precisa:

¹¹ Segundo Scatena e Tanaka (2001), as Normas Operacionais Básicas (NOB), NOB 91 NOB 93 NOB 96, editadas no período de 1991 a 1996, são “instrumentos normalizadores do processo de descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil, um dos pilares de sustentação do Sistema Único de Saúde” (SCATENA E TANAKA, 2001, p. 47).

¹² Conforme o Ministério da Saúde (2002), portaria nº 373, “art. 1º - Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios” (BRASIL, 2002, p. 1).

¹³ Conforme consta na Portaria nº399 (2006) “o Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados” (BRASIL, 2006, p. 2).

construir seu futuro, explorando caminhos para sua sustentabilidade - econômica, política e científico-tecnológica - e conquistando uma autonomia relativa perante o Estado e os governos, reiterando porém sua natureza pública e seu caráter republicano (PAIM, 2015, p. 87).

Segundo Vasconcelos (2007), um dos fatores determinantes do processo de implementação do SUS está na capacidade de abertura de canais de participação, transparência, descentralização, que possam garantir os princípios almejados, entretanto o processo de democratização está mediado pelas relações de força e poder político (federal, regional e local). A partir disso, entende-se, que as iniciativas de implementação estrutural do SUS, trouxeram avanços e recuos (VASCONCELOS, 2007, p. 78).

O Ministério da Saúde (2018) considera um avanço, o SUS ter um caráter universal, público e gratuito, posto que no período que antecedeu a Constituição Federal de 1988, os assegurados pelo sistema público de saúde eram apenas os trabalhadores vinculados à Previdência Social, totalizando cerca de 30 milhões, que tinham acesso somente a serviços hospitalares. Já o restante da população utilizava os serviços de saúde oferecidos pelas entidades filantrópicas.

Quanto ao desenvolvimento da organização sanitária antes do SUS, pode-se afirmar que o Brasil tinha uma proteção social principiante, onde o Estado só interferia se a família e os recursos de mercado não fossem suficientes, isso se deu até a década de 1920. A partir de 1930, adotou o seguro social para trabalhadores com Carteira de Trabalho da Previdência Social assinada e, a partir da Constituição de 1988, os direitos sociais fortaleceram-se e a saúde integrou-se a seguridade social. Paim (2015) afirma “embora o direito à saúde tenha sido difundido internacionalmente desde a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), somente quarenta anos depois o Brasil reconheceu formalmente a saúde como direito social” (PAIM, 2015, p.41).

Conforme o site do Ministério da Saúde (2018), o texto constitucional de 1988, enuncia que o SUS assegura o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. Com isso, todos os cidadãos passaram a ter direito a receber cuidados integrais à saúde, e não somente a assistência hospitalar. O pesquisador da Universidade Federal de Pelotas, Facchini (OPAS, 2018) afirma que apesar da conjuntura social e econômica atual ser desfavorável, o Brasil vivencia avanços no setor da saúde, um exemplo disso é a abrangência que a Estratégia Saúde da

Família (ESF) atinge, que chega a aproximadamente 65% da população. O professor de Sistemas Globais de Saúde, na Universidade de Harvard, Rifat Atun, concorda com essa perspectiva de avanço e afirma que o SUS significa:

uma realidade no Brasil e tem contribuído para atingir excelentes resultados, relacionados à redução de mortalidade materna, mortalidade infantil e doenças infecciosas. Este Sistema tem garantido acesso à saúde para milhões de pessoas, especialmente as mais pobres e vulneráveis do país. Tem oferecido atendimento em regiões e estados onde há muita carência de serviços de saúde. Em 30 anos de existência do SUS, há muito a celebrar. Mas é preciso continuar construindo esse acesso universal, e garantir a sustentabilidade do SUS no futuro (ATUN, 2018, p.3).

Segundo Gadelha (OPAS, 2018), pesquisador da Fiocruz, para atingir a sustentabilidade do SUS é necessário ter inovação científica e tecnológica nos programas utilizados pelo sistema de saúde. Isso facilitaria a garantia da promoção, proteção e assistência do sistema de saúde (OPAS, 2018, p.3). Na contrapartida, Correia e Omena (2013) afirma que os ajustes estruturais, que os governos neoliberais têm destinado ao SUS, fazem com que ele se afaste da proposta inicial elaborada pela Reforma Sanitária Brasileira e perca a identidade assumida pela Constituição Federal de 1988. Nas palavras do autor:

Na década de 1990, o SUS foi alvo das contrarreformas neoliberais que tem atacado o seu caráter universal e público visando o seu desmonte, através de um processo de universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde (CORREIA; OMENA, 2013, p. 43).

Já para Narvai (2018) “o SUS aos 30 anos está transformado em pálida caricatura de si mesmo” ao comparar-se com o que foi traçado constitucionalmente em 1988 (apud ABRASCO, 2018, p.4). Isso se dá pela “desqualificação” dos serviços de saúde, incluindo o “ocultamento do SUS”, que parece desaparecer, ou seja, perder o espaço para a mercantilização da saúde. O autor afirma, que o aceleração da mercantilização da saúde se dá pelo investimento e fortalecimento das prestadoras de plano privado de saúde. Segundo Narvai (2018), a falência do projeto do SUS é devido ao sucesso empresarial do setor de saúde, ou seja, os serviços de saúde transformaram-se em mercadoria. Com isso, entende-se que o sucesso do SUS está atrelado “à reafirmação da saúde como direito e a regulamentação das ações dessas empresas ao interesse público na saúde” (apud ABRASCO, 2018, p.3). O pesquisador relata que ouviu falar que “o SUS acabou”,

porém ele discorda e ainda afirma, que “o SUS vive”, reitera que a sua sustentabilidade e a consolidação da cidadania, fundamentada na Constituição Federal de 1988, estão atreladas há alguns desafios que o SUS precisa enfrentar, tais como:

romper as amarras do subfinanciamento, livrar-se das terceirizações que lhe vampirizam os recursos, inverter o modelo de atenção ainda predominante no Brasil, baseado em hospitais, colocando o centro da sua atuação na atenção primária à saúde e ousar criar uma carreira nacional do SUS. São desafios gigantescos, é certo, mas não maiores nem mais ousados do que o desafio da sua criação 30 anos atrás (ABRASCO, 2018, p.6).

Narvai (2018) afirma ainda, que os defensores do serviço público do SUS são os próprios profissionais de saúde, que “trabalham direta ou indiretamente para o SUS”, que lutam pelos seus postos de trabalho, bem como, pela assistência a saúde que a população necessita, “comprometendo-se com a concretização da saúde como direito de cidadania” (apud ABRASCO, 2018, p.3). Conforme dados que constam no PENSESUS (2018), a origem dos problemas do SUS está na gestão do sistema de saúde, bem como no subfinanciamento da saúde. A implementação do SUS simbolizou a democratização da saúde¹⁴ e trouxe uma nova conceitualização fundamentada pela Constituição Federal, de 1988, regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), de nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que passou a entender a saúde, conforme o art. 2º “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990, p. 1).

¹⁴ Segundo Paim (2015, p. 48), o conceito de democratização da saúde foi elaborado pelo projeto da Reforma Sanitária Brasileira “para assegurar o direito à saúde de todos os brasileiros, articulando a saúde a uma reforma social mais ampla, capaz de influir sobre a determinação da saúde e da doença nas populações”.

2.2 Conceito ampliado de saúde

Para entender o conceito ampliado de saúde, é necessário conhecer o conceito de saúde, que a partir da Constituição Federal de 1988, foi enunciado como um direito social destinado a todo cidadão brasileiro, conforme tratado no início do capítulo 2.

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade (OMS, 1946, p.3). A partir dessa definição, entende-se que há necessidade de criar condições de vida saudáveis, ou seja, buscando melhorar as condições de meio ambiente, espaço, território, relações sociais, de trabalho, culturais e políticas. Isso foi reiterado pela Carta de Ottawa, redigida no ano de 1986, em Ottawa, Canadá, na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que designou a promoção de saúde, da seguinte forma:

o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente [...]. Assim, a promoção à saúde não é responsabilidade exclusiva do setor da saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (CARTA DE OTTAWA, 1986, p.1).

Já no entendimento de Castro et al. (2008), é possível estabelecer o conceito de saúde, a partir das consequências do modo de produção capitalista, que forçam o Estado a responsabilizar-se pela execução de “uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas, garantindo assim, a sua efetivação”, bem como comprometendo-se em promover qualidade de vida, a fim de estabelecer o pleno direito à cidadania (CASTRO et al., 2008, p. 746).

No ano de 1986, em Brasília, foi realizado o VIII Congresso Nacional de Saúde (CNS) que formulou um novo conceito de saúde, denominado, conceito ampliado de saúde, pertencente ao âmbito do movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RBS), transformado em “texto constitucional, em 1988”. Batistella (2007) afirma que essa foi uma conquista da mobilização social, “contra os

regimes autoritários e a crise do sistema público de saúde”, realizada nas décadas de 1970 e 1980, período de redemocratização do país (BATISTELLA, 2007, p.63).

Conforme a Constituição Federal, de 1988, a saúde “reflete o ambiente político de redemocratização do país e mostra a força do movimento sanitário”, que segundo Batistella (2007), se empenhou na ampliação dos direitos sociais. A partir desta perspectiva, entende-se que saúde implica o acesso à moradia, à educação, à cidadania, ao saneamento básico, à sociabilidade, ao lazer, à tudo que promove o bem estar e a saúde do indivíduo. Conforme texto redigido na VIII Conferência Nacional da Saúde, a saúde é entendida como:

a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde, sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p.4).

Segundo Luz (1991, p. 29) a concepção ampliada de saúde implica “o efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência, como a expressão ativa – e participativa – do exercício de direitos de cidadania, entre os quais o direito ao trabalho, ao salário justo, à participação nas decisões e gestões de políticas institucionais”. Isso pressupõe reconhecer a intrínseca relação entre direitos sociais e econômicos, entendendo, também, que a intervenção estatal, na esfera das políticas sociais, não pode ser vista como independente dos interesses econômicos (MIOTO; NOGUEIRA, 2013, p.6).

Considera-se importante referenciar que o campo da saúde sempre foi palco de lutas sociais. Miotto e Nogueira (2013) afirmam que, conquistaram-se e fortaleceram-se os direitos sociais, fato refletido na Constituição de 1988. Universalizou-se o direito à saúde, visando garantir pleno acesso aos serviços sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação. Abriram-se espaços para decisões políticas no campo sanitário, compartilhadas com os usuários e para a gestão democrática dos serviços de saúde, por meio da participação popular, possibilitando o controle social, diferentes sujeitos coletivos, que interagem entre si e com o Estado.

2.3 O conceito de acesso aos direitos

O conceito de acesso é alvo de pesquisa devido à complexidade e abrangência da temática, Assis e Jesus (2012) afirmam que, “acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde” (ASSIS; JESUS, 2012, p.2866).

Para Penchanski e Thomas (1987, p.127 apud GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 189), acesso é um conceito geral que integra um conjunto de dimensões que adequam clientes e sistema de saúde. Essas dimensões¹⁵ são: “disponibilidade, acessibilidade, acomodação, capacidade financeira e aceitabilidade”. Os autores defendem um encaminhamento para uma perspectiva de Estado gerencialista¹⁶, de política social na relação custo-benefício, a partir da disponibilidade do serviço, não priorizando a perspectiva de acesso como direito, o que traz implicações ao acesso. Sanchez e Ciconelli (2012) dialogam com esse conceito de acesso e afirmam que atualmente o conceito de acesso à saúde possui quatro aspectos subjetivos, denominados dimensões, são elas: “disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação”. Destas, três dimensões já foram levantadas pelos autores acima mencionados, incorporando apenas uma dimensão: a informação¹⁷. Segundo Aday e Andersen (2012) as dimensões do acesso podem ser avaliadas por indicadores de processos e resultados, que auxiliam na determinação da existência

¹⁵ Entende-se por dimensões do acesso: “disponibilidade — relação entre o volume e o tipo de serviços existentes e o volume de clientes e o tipo de necessidades; acessibilidade — relação entre localização da oferta e a localização dos clientes, tomando em conta os recursos para transporte, o tempo de viagem, a distância e os custos; acomodação ou adequação funcional — relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar clientes (sistema de agendamento, horário de funcionamento, serviços de telefone) e a capacidade/habilidade dos clientes acomodarem-se a estes fatores e perceberem a conveniência dos mesmos; capacidade financeira (affordability) — relação entre os preços dos serviços segundo o mantenedor, o depósito requerido para a entrada de clientes e a capacidade de pagar, ou a existência de seguro-saúde por parte do cliente; aceitabilidade — relação entre atitudes dos clientes sobre os profissionais e as características das práticas dos provedores de serviços assim como a aceitação pelos provedores de prestar serviços àqueles clientes” (PENCHANSKI; THOMAS 1987, p. 127 apud GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 189-190).

¹⁶ Segundo PEREIRA (2010), o “Estado Gerencial, revelou-se um instrumento fundamental das sociedades modernas para neutralizar a ideologia neoliberal que buscava diminuir o tamanho do Estado na medida em que, ao tornar mais eficiente (embora jamais tão eficiente quanto gostaríamos) a provisão dos serviços sociais públicos ou coletivos, legitima o próprio Estado Social, e garante seu aprofundamento futuro”.

¹⁷ Conforme Sanchez e Ciconelli (2012) a informação é essencial para a compreensão de cada uma das dimensões do acesso. Estar bem informado é resultado do processo de comunicação entre o sistema de saúde e o indivíduo. Permeando a discussão, é importante ressaltar a noção do empoderamento para tomar decisões bem informadas sobre o uso dos serviços de saúde.

de equidade ou desigualdade no acesso à saúde (SANCHEZ;CICONELLI, 2012, p.261 apud ADAY; ANDERSEN, 2016, p.2).

Assis e Jesus (2012) afirmam que o acesso ao direito enfrenta inúmeros obstáculos para sua efetivação, a conjuntura socioeconômica atual e os cortes de custos, dificultam ainda mais que as pessoas consigam acessar e usufruir os seus direitos. Giovanella e Fleury (1996) dialogam com essa concepção de acesso, e mostram o conceito fundamentado pelo modelo tecnicista¹⁸, que considera que o acesso parte da “ação planejadora do Estado”, que articula e se propõe a disponibilizar os serviços na rede de saúde conforme as demandas apresentadas.

Entretanto, as autoras sinalizam:

a incapacidade crônica das políticas de saúde de integrar os serviços públicos em uma rede hierarquizada, substituindo a desarticulação existente pela alocação planejada dos recursos, torna esta concepção do acesso mais uma "imagem-objeto" do que uma realidade a ser analisada (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p.185).

Já Paim (2015) afirma que, a Constituição Federal de 1988, passou a reconhecer a saúde como direito social de todo cidadão brasileiro. E fundamentou um novo sistema de seguridade social que passa a compreender a saúde, a assistência social e a previdência social. Vasconcelos (2007), afirma que:

assim figuram, na Constituição, a universalidade, equidade, uniformidade e equivalência, irredutibilidade dos valores dos benefícios, gestão democrática, descentralizada e participativa, como princípios e objetivos da Seguridade Social, garantindo o seu caráter público e de responsabilidade do Estado (VASCONCELOS, 2007, p.77).

A partir disso, entende-se que garantir acesso à saúde é de responsabilidade do poder público. Conforme texto constitucional, art. 196: “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. Com base na exposição dos autores aqui mencionados, entendemos que, em se tratando de seguridade social, cabe ao Estado garantir os direitos sociais. Reconhece-se a dificuldade desse em atender a demanda, mas por tratar-se de direito social e constitucional, buscaram-se outras vias para acessar os direitos, como o Ministério Público¹⁹, órgão estatal que tem essa

¹⁸ Conforme Silva e Silveira (2009), o modelo tecnicista do complexo médico-industrial, preconizando saúde para todos, através da prevenção, promoção e reabilitação, sendo a atenção primária o foco dessas ações.

¹⁹ Segundo Arantes (1999) o Ministério Público tem sido o agente mais importante da defesa de direitos coletivos pela via judicial [...]. Pertencente ao Poder Executivo, “conferindo-lhe autonomia

finalidade. Segundo Pessoa (2011), os direitos sociais são aqueles que têm por finalidade assegurar os direitos fundamentais dos cidadãos, de ordem e necessidade básica. Esses exigem a intervenção Estatal, a fim de garantir melhores condições de vida. O autor destaca a eficácia da intervenção que o Ministério Público, vem desenvolvendo na defesa destes direitos,

propondo ações civis públicas que visam proteger os direitos dos cidadãos, em busca desta efetiva prestação dos direitos sociais, pela via processual ou extraprocessual, deve levar o Ministério Público a realizar o acesso dos direitos fundamentais as milhões de pessoas que vivem à margem do direito, as vias do Ministério Público, como instituição de defesa dos direitos da sociedade, vem também promovendo à efetivação de acesso a saúde pública de qualidade aqueles que necessitam (PESSOA, 2011, p. 3).

Segundo Giovanella e Fleury (1996), acessibilidade é o termo utilizado em saúde para designar acesso ao direito. Para Frenk (2012, p.189 apud GIOVANELLA; FLEURY 1985, p.443), acessibilidade é "o grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde e as da população no processo de busca e obtenção da atenção". Para conhecimento, esse termo também está relacionado às pessoas com deficiência e envolve as possibilidades de deslocamento do indivíduo com adequada segurança, depende tanto da mobilidade, quanto do ambiente físico (AMARAL et al, 2012, p.1834). Entretanto, este trabalho dedicou-se a fazer referência apenas ao conceito de acessibilidade à saúde, também denominado por outros autores, de acesso.

A Constituição Federal de 1988 ratificou a saúde como direito universal, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de garantir a todos, o acesso à saúde. Entretanto, atualmente, persistem a desigualdade social e o acesso excludente ao sistema público de saúde. Segundo Assis e Jesus (2012), o acesso à saúde possui uma política "seletiva, focalizada e excludente"²⁰, mesmo após a

administrativa e independência funcional, deslocando-o da tarefa de defender o Estado para a condição de fiscal e guardião dos direitos da sociedade" (ARANTES, 1999, p. 84).

²⁰ Conforme Assis et al. (2003, p. 2) "há uma seleção social a priori pela relação estabelecida entre os preços dos serviços e a capacidade de compra do cliente e/ou empresa, estando o consumidor à mercê da autoridade dos empresários da saúde para determinar quanto e o que deve consumir. [...] Excludente, por ser pautado na lógica do mercado e condicionar o direito à assistência universal aos mecanismos de racionamento dos gastos que têm como consequência a deterioração da qualidade da atenção prestada nos serviços públicos, excluindo os grupos sociais que têm um maior poder de organização na sociedade, [...] O acesso é focalizado, ao restringir o atendimento público a determinados serviços ou programas, e a universalização da atenção se traduz em um sistema segmentado e desarticulado no âmbito interno do sistema público e na cadeia organizativa do sistema como um todo".

implementação do SUS, que trouxe limitações e avanços para o acesso universal ao direito (ASSIS; JESUS, 2012, p. 2866).

Conforme Parâmetros – CFESS (2009), a desigualdade de acesso da população limita a efetivação da política de saúde, conforme do Conselho Federal:

A política pública de saúde tem encontrado notórias dificuldades para sua efetivação, como a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, entre outras (CFESS, 2009, p. 21).

Giovanella e Fleury (1996) inspiram-se na definição de acesso dada por Berlinguer, uma conceituação sanitarista-politicista²¹, que afirma que acesso é:

a tomada de consciência de que a saúde, como afirma o artigo da Constituição, é um direito da pessoa e um interesse da comunidade. Mas como este direito é sufocado e este interesse descuidado, consciência sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar este objetivo (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p.185 apud BERLINGUER, 1978, p.5).

A partir dessa perspectiva podemos entender que o acesso relaciona-se ao conceito ampliado de saúde, sendo entendido como um direito individual e coletivo adquirido constitucionalmente. Alicerçado em base marxista, Giovanella e Fleury (1996), afirma que direciona a consciência sanitária aos cidadãos, que podem fazê-la individual e coletiva, reconhecendo-se enquanto classe e buscando as melhorias desejadas, através da mobilização e da participação social, atuando junto à gestão pública, realizando assim, o controle social. Consideramos relevante afirmar, que essa interpretação é emancipadora e potencializa o acesso aos direitos, mas não deixa de sinalizar as limitações existentes para o acesso à saúde.

²¹ Segundo Assis et. al (2007, p. 4), o modelo sanitarista-politicista surge como um outro olhar sobre a discussão do acesso e sua relação com o planejamento no campo da saúde coletiva. Alicerçado na concepção formulada por Berlinguer e analisado por Campos; Giovanella e Fleury, “em que a população adquire a capacidade cognitiva de compreender as determinações sociais do processo saúde/doença e os fatores que determinam à organização social da prática médica, num processo de (des)alienação, ou seja, rompimento com as deformações impostas pela sociedade à consciência sanitária [...]”.

3. O ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE CARDIOLOGIA NO ICSC

O presente capítulo realiza uma breve apresentação do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC), a partir do contexto institucional, bem como realiza as indicações metodológicas da pesquisa e, posteriormente, mostra o desenvolvimento da análise sobre o levantamento das formas de acesso utilizadas pelos usuários cardiopatas, identificando os fatores dificultadores e facilitadores para sua obtenção.

3.1 O contexto institucional do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina

O Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC) fica anexo ao Hospital Dr. Homero de Miranda Gomes, situado no município de São José-SC. Foi instituído por decreto governamental, nº 1.508, de 19 em abril de 1963. Segundo dados institucionais pesquisados no site da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), o ICSC é o único hospital público de referência estadual no atendimento aos usuários cardiopatas²². O ICSC atende um público variado, de todas as idades, independentemente do gênero e até mesmo nacionalidade. Abrange assim, a população cardiopata que esteja em território catarinense e necessita de atendimento.

O ICSC possui uma estrutura física composta por emergência, semi-intensiva, unidade de terapia intensiva coronariana, unidade de internação clínica cardiológica, unidade de internação cirúrgica cardiológica, enfermarias, ambulatório cardiológico, onde são realizadas as consultas eletivas e ambulatório vascular, onde são realizados consultas eletivas e exames especializados. Presta serviços de alta complexidade, como: medicina nuclear, serviço de hemodinâmica, onde são realizados procedimentos, cirurgia cardíaca e estudo eletrofisiológico, onde são realizados procedimentos, bem como o acompanhamento clínico, através da reabilitação cardíaca. O ICSC dispõe de Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia,

²² Conforme o dicionário Aurélio, cardiopata refere-se à cardiopatia é a doença do coração em geral (AURÉLIO, 2017, p.1).

Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Radiologia, Ultrassonografia e Contrastados. Segundo dados do setor de regulação de leitos do ICSC, a instituição possui aproximadamente 130 leitos, sendo tem 32 leitos na unidade de internação clínica 2ºA; tem 20 leitos na unidade de internação clínica 2ºB; 20 leitos na unidade de internação cirúrgica cardiológica 3ºC; tem 39 leitos na emergência; tem 4 leitos flutuantes e 15 leitos na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana.

O site da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) mostra que o ICSC possui natureza pública, vinculada a Secretaria, ou seja, ao governo do Estado. Tendo como área de atuação a saúde pública e coletiva.

O Instituto de Cardiologia de Santa Catarina utiliza a Política Estadual de Saúde Descentralizada, que possui os seguintes eixos:

- a) Incremento no financiamento Estadual para assistência na Farmácia Básica.
- b) Incentivo à assistência hospitalar.
- c) Ampliação no número de leitos de UTI.
- d) Redução das desigualdades regionais com aumento de número de consultas e exames especializados.
- e) Descentralização de serviços especializados, com investimento em ressonância magnética.
- f) Regulação do acesso dos pacientes aos serviços de saúde (SES/SC, 2018, p.1).

A sua fonte de financiamento é Estadual, utiliza o Plano Diretor de Investimento (PDI) e o Plano Plurianual (PPA). As políticas de assistência à saúde que são direcionadas à instituição, vinculam-se ao SUS e visam à universalização, à intersetorialidade e à equidade de acesso à saúde. Conforme a legislação:

- Art. 67. À Secretaria de Estado da Saúde compete coordenar a política de saúde no âmbito do Estado, em observância aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde [...].
- XV- coordenar as políticas e ações programáticas de assistência em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (Redação do art. 67, cap. XV e XVI - Lei Complementar Nº 381 de 07/05/2007).

Em relação ao Serviço Social, o setor surgiu em 1987 na instituição, ano em que foi admitida a primeira Assistente Social, para enfrentar as expressões da questão social e atender a demanda institucional. Atualmente a equipe é composta por quatro Assistentes Sociais, que atuam em todas as unidades e serviços do ICSC. O Serviço Social do ICSC atende de forma sistemática, os usuários cardiopatas que se encontram internados ou acessando programas e serviços, bem como atende as demandas espontâneas das famílias, acompanhantes, do próprio usuário ou da equipe multidisciplinar.

O ICSC conta com aproximadamente 500 funcionários e corpo clínico de 100 médicos e atende os usuários cardiopatas, realizando mensalmente 1.112 atendimentos na emergência externa, 2.492 atendimentos ambulatoriais e aproximadamente 87 cirurgias cardiovasculares (SES/SC, 2017, p.1).

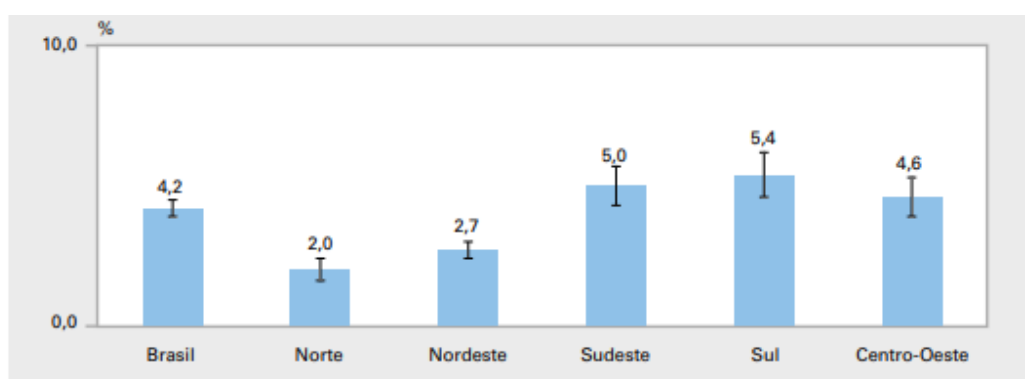
Conforme a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2013, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no Brasil, e esse índice tem diminuído ao longo dos anos. Entretanto, “as doenças cardiovasculares geram os maiores custos com relação às internações hospitalares” (IBGE, 2013, p. 47). Gomes (2017) afirma que:

as doenças cardiovasculares são responsáveis por 29,4% de todas as mortes registradas no país em um ano. Isso significa que mais de 308 mil pessoas faleceram principalmente de infarto e Acidente Vascular Cerebral (AVC). Estudos do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (São Paulo) mostram que 60% dessas vítimas são homens, com média de idade de 56 anos. A alta frequência do problema coloca o Brasil entre os 10 países com maior índice de mortes por doenças cardiovasculares (apud BRASIL, 2017, p. 1).

A partir disso, entende-se apesar da diminuição do número de morte por doenças cardiovasculares, ainda é um índice alto. O gráfico 1 revelou ainda que:

4,2% (6,1 milhões) de pessoas de 18 anos ou mais de idade tiveram algum diagnóstico médico de alguma doença do coração. Na área urbana, a proporção de pessoas com o diagnóstico foi maior (4,4%) que na área rural (3,0%). As Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentaram estimativas da proporção de pessoas que referiram diagnóstico médico de alguma doença do coração equivalente estatisticamente ao nível nacional: 5,0%, 5,4% e 4,6%, respectivamente. As Regiões Norte e Nordeste apresentaram estimativas menores do que a média nacional: 2,0% e 2,7%, respectivamente (IBGE, 2013, p. 47).

Gráfico 1: Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram cardiopatia



Fonte: IBGE, 2013.

Os dados mencionados acima são relevantes à pesquisa, por indicar uma porcentagem significativa de brasileiros que são cardiopatas, demandam políticas públicas e investimentos específicos. Outro indicativo pertinente é a particularidade da região Sul (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul) que apresentou o maior índice de estimativas da proporção de pessoas que referiram diagnóstico médico de alguma doença do coração, equivalente a 5,4%. Considerando a abrangência da pesquisa, tornou-se a prevalência em relação às demais regiões. Isso requer uma atenção maior das políticas públicas para atender a demanda dessa região.

3.2 Indicações metodológicas da pesquisa

Esse estudo tratou-se de uma pesquisa exploratória descritiva, que foi realizada no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC), hospital referência estadual no atendimento em cardiologia. Entendemos que essa abordagem metodológica, a mais adequada para responder as questões que a pesquisa se propõe a desvendar, assim como a área de conhecimento a qual ela está inserida, ou seja, as ciências sociais aplicadas. Consideramos relevante afirmar que a proposição da pesquisa ocorreu a partir da observação dos dados epidemiológicos, bem como da experiência vivenciada no estágio curricular obrigatório.

Definimos a abordagem do estudo como quali-quantitativa por compreendermos que ambas se complementam, somando a construção da pesquisa (MINAYO; SANCHES, 1993, p.247). De acordo com MINAYO (2008), os métodos quantitativos têm o objetivo de mostrar dados, indicadores e tendências observáveis, ou produzir modelos teóricos abstratos com elevada aplicabilidade prática. Suas investigações evidenciam a regularidade dos fenômenos. Minayo (2009) afirma ainda que, a pesquisa qualitativa, responde a questões muito particulares, trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. A autora acrescenta que,

esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar, sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com os seus semelhantes (MINAYO, 2009, p. 21).

Dessa forma, entendemos que o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 247). A partir disso, o levantamento de dados quali-quantitativos se deu prioritariamente através de pesquisa de campo, a qual foi realizada em setembro de 2018, no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, com os usuários cardiopatas atendidos nesta instituição. Utilizou-se como instrumento de coleta um questionário. A escolha por este instrumento ocorreu a partir da natureza exploratória descritiva da pesquisa e da temática a qual se propôs discutir. Gil (2008), afirma que para a realização da coleta de dados nos levantamentos, geralmente são utilizados instrumentos, como: o questionário, a entrevista e o formulário. O autor afirma ainda que:

Por questionário entende-se um conjunto de questões que são respondidas por escrito pelo pesquisado. Constitui o meio mais rápido e barato de obtenção de informações, além de não exigir treinamento de pessoal e garantir o anonimato (GIL, 2008, p. 115).

Os sujeitos da pesquisa foram os usuários cardiopatas que utilizam os serviços do ICSC, que aceitaram participar de forma voluntária, sem envolvimento de fins lucrativos. O universo da pesquisa inclui o ambulatório de cardiologia, o ambulatório vascular, as enfermarias, as unidades de internação e a unidade cirúrgica cardiológica, o serviço de medicina nuclear, o serviço de estudo eletrofisiológico, o serviço de hemodinâmica e o serviço de reabilitação cardíaca. Tais unidades foram locais de imersão da discente enquanto estagiária do ICSC e, portanto, houve proximidade com a realidade local e com os usuários da ênfase; o que facilitou a realização da pesquisa. Outras unidades e serviços também possuem elementos a contribuir para a pesquisa, porém se tratam da unidade de emergência, de semi-intensiva e Unidade de Terapia Intensiva Coronariana. Tais unidades foram excluídas da pesquisa em respeito ao quadro de saúde dos usuários que estavam em tratamento ou internados. Os familiares, os acompanhantes dos usuários e os profissionais envolvidos foram excluídos da pesquisa, uma vez que o foco tratou dos usuários diretamente atendidos nos serviços e nas unidades do ICSC.

A amostra foi composta por 10 usuários cardiopatas, escolhidos de forma aleatória, entre as unidades do ICSC, já mencionadas. A delimitação se deu através dos critérios de inclusão: os usuários que utilizam os serviços e que se disponibilizaram em participar da pesquisa. A coleta de dados ocorreu através da utilização de um questionário, elaborado previamente, destinados aos usuários cardiopatas atendidos pelo ICSC (Apêndice A). Este foi realizado de forma individual, buscando assim obter uma amostra embasada no sigilo, fora de qualquer influência externa. Os participantes foram convidados para participar pessoalmente, foi apresentada a temática e os objetivos do projeto, bem como foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Apêndice B. Foram respeitados os aspectos éticos e legais do estudo, a partir da autorização (Apêndice C) do TCLE do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição envolvida, para isso os sujeitos do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que possui toda a especificação e informação sobre a coleta de dados e sobre o total sigilo de suas identidades, conforme preconiza a Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A identificação dos sujeitos da pesquisa neste trabalho foi feita através da letra C, seguida de um número (1 a 10).

A pesquisa teve financiamento próprio, contou com um baixo orçamento, como gastos com impressão, papel, canetas e demanda de horários para a coleta e análise de dados. Para realização desse estudo, foi criado um itinerário, a fim de se alcançar os objetivos propostos: 1. Contato com o local a ser estudado e apresentação da proposta; 2. Contato com os usuários cardiopatas e apresentação da proposta e 3. Utilização dos questionários (após aceitação do Comitê de Ética).

O estudo propôs um debate sobre a concepção de acesso à saúde, bem como sobre os fatores dificultadores e facilitadores para o acesso. Os aspectos anteriormente levantados buscaram responder à questão norteadora da pesquisa: Como ocorre o acesso aos serviços de saúde pública na perspectiva dos usuários cardiopatas?

Após a coleta, foi realizada a tabulação dos dados coletados, que foram organizados a partir dos seguintes eixos: o que é acesso; as formas de acesso ao Instituto de Cardiologia de Santa Catarina; os serviços utilizados no ICSC; os motivos que geraram a necessidade do serviço/atendimento do ICSC; os fatores dificultadores do acesso; e os fatores facilitadores do acesso; a avaliação sobre a atuação profissional das Assistentes Sociais do ICSC; a avaliação sobre o acesso

aos serviços do ICSC; a disponibilidade dos serviços de saúde pública. Por fim, os dados foram analisados de forma quali-quantitativa sob a ótica do conceito ampliado de saúde, bem como sob a perspectiva de acesso como direito dos usuários cardiopatas atendidos pelo Instituto de Cardiologia de Santa Catarina. Foram respeitados os aspectos éticos e legais para a realização do estudo, seguindo a Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, através da aprovação pela Plataforma, de nº 2.923.522, em 27/09/2018.

3.3 Análise dos fatores dificultadores e facilitadores do acesso

Ainda em relação ao acesso dos serviços de saúde, algumas dificuldades tornam-se mais visíveis, como as filas de espera para agendamento de consultas, seja devido à falta de profissionais ou pela redução de agenda. Assis e Jesus (2012, p. 2866) afirmam que, houve avanço na Atenção Primária à Saúde (APS), que tem como estratégia, procurar atender as demandas espontâneas no mesmo dia, diminuindo assim, a espera para o agendamento das consultas.

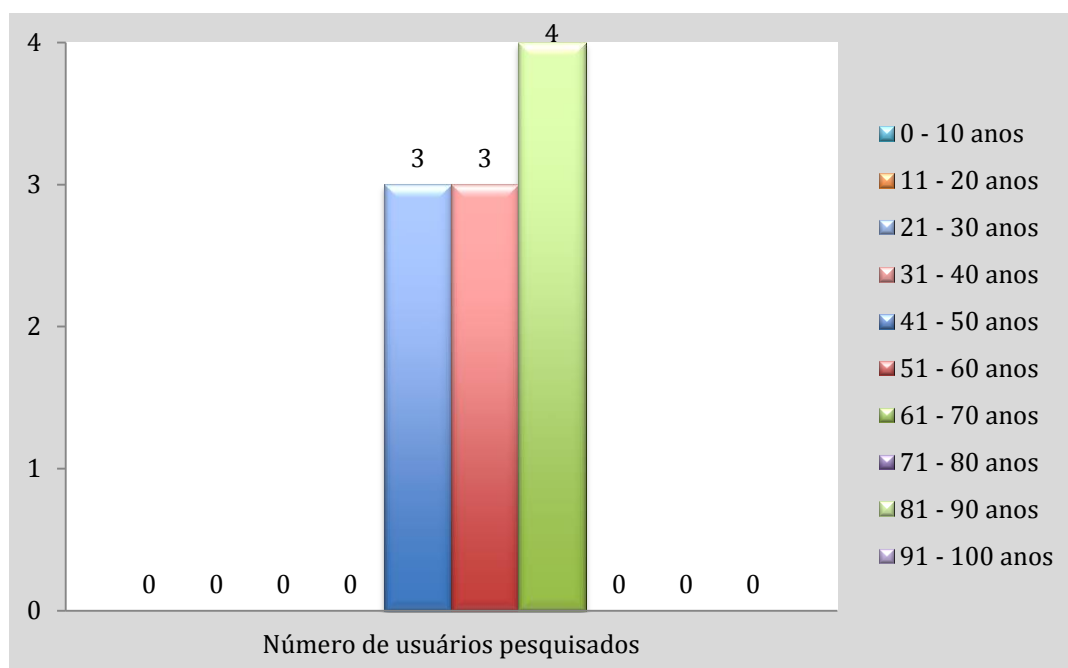
A partir do que já foi abordado nos capítulos anteriores, entendemos que o acesso à saúde possui fatores dificultadores, que por sua vez criam limitações e/ou obstáculos para o acesso, e que na contrapartida, os fatores facilitadores simplificam e/ou favorecem a efetivação do direito à saúde.

Em relação à análise dos dados coletados, é importante informar que os 10 (dez) participantes responderam a todas as questões propostas. A faixa etária dos usuários pesquisados foi de 41 a 50 anos, que representa 3 (três) usuários, equivalente a 30% da amostra. A faixa etária de 51 a 60 anos, que corresponde a 3 (três) usuários, equivalente a 30% e a faixa etária de 61 a 70 anos, que representa 4 (quatro) usuários, equivalente a 40% da amostra. Destes 8 (oito) são do sexo masculino, equivalente a 80% da amostra e 2 (duas) são do sexo feminino, equivalente a 20% da amostra. Segue abaixo as ilustrações para facilitar a análise dos dados aqui mencionados.

Tabela 1: Faixa etária dos usuários pesquisados (dados absolutos e percentuais)

Faixa etária dos usuários pesquisados	Absolutos	Percentuais
De 0 a 10 anos	0	0%
De 11 a 20 anos	0	0%
De 21 a 30 anos	0	0%
De 31 a 40 anos	0	0%
De 41 a 50 anos	3	30%
De 51 a 60 anos	3	30%
De 61 a 70 anos	4	40%
De 71 a 80 anos	0	0%
De 81 a 90 anos	0	0%
De 91 a 100 anos	0	0%

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Gráfico 2: Faixa etária dos usuários pesquisados (dados percentuais)

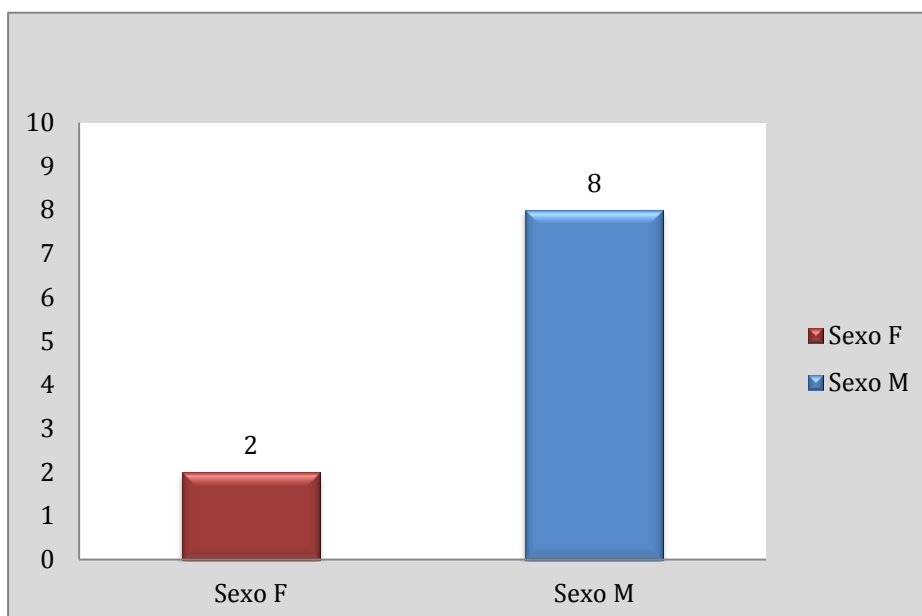
Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Tabela 2: Indicativo do sexo dos usuários pesquisados (dados absolutos e percentuais)

Sexo dos usuários pesquisados	Absolutos	Percentuais
Masculino	8	80%
Feminino	2	20%

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Gráfico 3: Indicativo do sexo dos usuários pesquisados (dados percentuais)



Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Em relação as variadas percepções de acesso à saúde. Verificou-se usuário que entendeu o acesso como um benefício – direito de todos. Nas palavras do usuário C1, “É um benefício do qual todos temos direito, independente de classe social, nível de escolaridade, raça, crêdo (*sic*) religioso, etc.”. Outros usuários pesquisados entenderam o acesso como responsabilidade do Estado, conforme a fala do usuário C8: “É uma obrigação do Estado, que o país tem para com todos, que todo mundo contribui para ter a saúde impecável”. Ambas as concepções de acesso dialogam com o que está fundamentado na Constituição Federal de 1988, conforme o art. 196. “A saúde é direito de todos e dever do Estado”. Tal como já foi abordado no capítulo 1 deste trabalho.

Houve também aqueles que entenderam o acesso como um serviço/atendimento de saúde, conforme a seguinte resposta do usuário C5: “O atendimento ao serviço de saúde”. Alguns participantes entenderam acesso como

SUS, mas com percepções diferentes, uma, mostrando a insuficiência do sistema em atender a demanda, segue a fala do mesmo: “O plano do SUS é maravilhoso, ele evoluiu ao longo dos anos, mas não o suficiente” (usuário C10). A outra percepção sobre o SUS traz o entendimento que o sistema é excelente. Segue a resposta do usuário pesquisado C2: “Pra SUS aqui é cinco estrelas. Entrei pela emergência, estou internado, vou para a cirurgia”. Essas percepções de acesso relacionam o acesso à saúde ao sistema público de saúde brasileiro e são entendidas como emancipadoras, pois vinculam-se aos direitos sociais, conquistados historicamente pelas diversas lutas da sociedade brasileira, reiterados pela Reforma Sanitária Brasileira, entre os anos de 1976 a 1988, que culminou no Sistema Único de Saúde (SUS), que por sua vez, possui os seus avanços e as suas limitações. Outros participantes indicaram fatores dificultadores de acesso à saúde, segue uma das falas: “O posto marcou consulta/encaminhamento para o cateterismo, teve demora de 6 meses, com encaminhamento de urgência. Cheguei no Instituto pela emergência, porque não aguentei esperar o encaminhamento” (usuário C4). A fala desse usuário indica que há dificuldade e morosidade para acessar à saúde. Nesse sentido a Atenção Básica de Saúde (UBS), que conforme preconiza os princípios do SUS, deve ser a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, tem os seus entraves para realizar os encaminhamentos aos atendimentos à média e alta complexidade, levando o usuário a buscar outros meios de acesso.

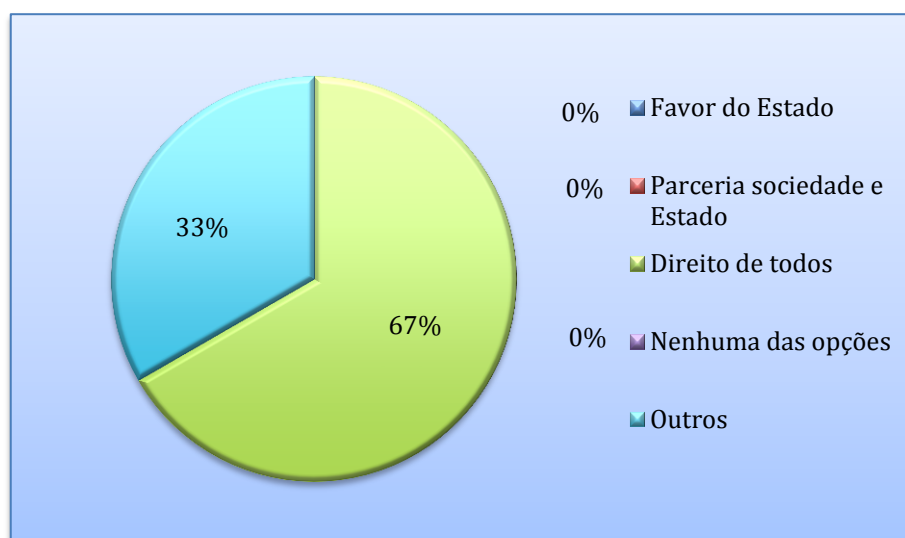
Segue abaixo a tabela 1 e o gráfico 2, onde podemos observar os indicativos da percepção dos usuários pesquisados em relação à responsabilidade na garantia do direito ao acesso à saúde.

Tabela 3: Responsabilidade na garantia do direito ao acesso à saúde (dados absolutos e percentuais)

Responsabilidade na garantia do direito ao acesso à saúde:	Absolutos	Percentuais
Favor do Estado	0	0%
Parceria sociedade e Estado	0	0%
Direito de todos	10	67%
Nenhuma das opções	0	0%
Outros	3	33%

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Gráfico 4: Responsabilidade na garantia do direito ao acesso à saúde (dados percentuais)



Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Quanto aos dados indicados acima, os usuários responderam na sua totalidade que **o acesso à saúde vincula-se a um direito de todos**, mas alguns declararam as suas perspectivas para além da questão de múltipla escolha, por isso a resposta na sua unanimidade representou 67% da amostra, sendo que 33% das respostas trouxeram outras percepções; algumas reiteraram o acesso enquanto direito de todos, porém não atendendo a demanda, seguem as falas dos participantes que contemplam essa percepção: “Teria que ser um direito de todos, mas não chega a todos. Eu até estranhei o bom atendimento de qualidade que tive aqui. Não tem o que se queixar” (usuário C2). O usuário C9 afirma que o acesso à saúde, “É um direito de todos, mas nem todos têm”. Essas percepções indicam que a saúde pública apresenta falhas e insuficiência em algumas áreas, entretanto em outras áreas o acesso se afetiva com qualidade, como foi mencionado pelo usuário pesquisado. Vasconcelos (2007) dialoga com essas perspectivas e afirma que as políticas focalistas do Estado neoliberal não só excluem a maioria do acesso aos benefícios, mas rompem com o que está garantido na Constituição Federal, principalmente no que se refere à saúde, assistência e previdência, constantes em lei como direito do cidadão e dever do Estado, dificultando à universalização dos direitos e, principalmente, o controle social.

Dentre os usuários pesquisados, um deles afirmou que o acesso deve ocorrer de acordo com a legislação, C4: “Conforme a lei”. Houve usuário que relacionou o

acesso ao caráter universal do SUS, segue a fala do mesmo: “O SUS tá aí para todos” (usuário C5). Houve participante que reiterou a perspectiva de que o acesso à saúde é um direito de todos e dever do Estado, conforme C10: “O cidadão paga para ter o serviço de saúde [...]”. Essa percepção relaciona acesso a direito adquirido, já que são os cidadãos que através do pagamento de impostos financiam parte da política pública de saúde, desvinculando assim, o acesso da perspectiva de favor, de ajuda, de assistencialismo, também levantada nessa mesma questão. A tabela 1 e o gráfico 2, mostram que essa opção não foi assinalada pelos usuários pesquisados.

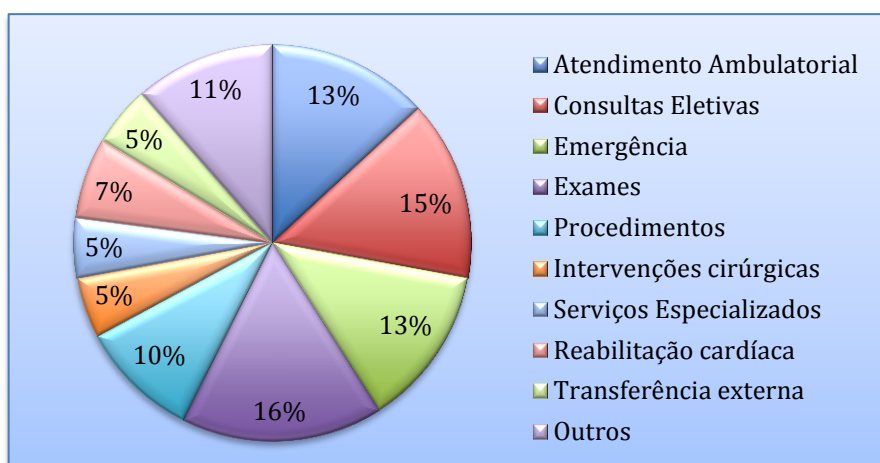
Os dados das ilustrações a seguir revelam a natureza do atendimento obtido no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC).

Tabela 4: Natureza do atendimento obtido no ICSC (dados absolutos e percentuais)

Natureza do atendimento obtido no ICSC	Absolutos	Percentuais
Atendimento Ambulatorial	8	13%
Consultas Eletivas	9	15%
Emergência	8	13%
Exames	10	16%
Procedimentos	6	10%
Intervenções cirúrgicas	3	5%
Serviços Especializados	3	5%
Reabilitação cardíaca	4	7%
Transferência externa	3	5%
Outros	7	11%

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Gráfico 5: Natureza do atendimento obtido no ICSC (dados percentuais)



Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Quanto a natureza do atendimento obtido no ICSC, em uma questão de múltipla escolha, a amostra na sua totalidade respondeu que acessam o serviço de exames oferecidos pelo ICSC, que equivalem a 16% da amostra; 9 (nove) usuários responderam acessam as consultas eletivas, equivalente a 15% da amostra. Verificou-se 8 (oito) usuários pesquisados que responderam que a emergência é a forma de acesso utilizada, que equivalem a 13% da amostra. Os outros 13%, que também correspondem a 8 (oito) usuários, responderam que acessam o ICSC pelo atendimento ambulatorial, para realização de consultas eletivas. O primeiro impacto que se tem dessas respostas é um ligeiro estranhamento, pois quando se fala em atendimento de média e alta complexidade, a primeira ideia que surge é que a forma de acesso mais utilizada é a emergência hospitalar e os dados acima revelam que a totalidade da amostra utiliza o ICSC através dos exames cardiovasculares especializados, através de exames de rotina, de exames laboratoriais, entre outros. Isso mostra um indicativo que a população reconhece o ICSC como referência em cardiologia e busca obter acesso, bem como utilizar os serviços de saúde nessa instituição de referência.

Dentre os usuários pesquisados 6 (seis) responderam que acessam o ICSC através dos procedimentos oferecidos pela instituição, equivalente a 10% da amostra. Houve 4 (quatro) usuários que responderam que acessam o ICSC através da reabilitação cardíaca, que representam 7% da amostra. Verificou-se 3 (três) usuários participantes que responderam que acessam o ICSC através de intervenções cirúrgicas; 3 (três) usuários que responderam que o acesso se dá através dos serviços especializados e os outros 3 (três) usuários pesquisados que responderam que acessam o ICSC através de transferência externa. Todos esses equivalem a 5% da amostra. Complementando o que acabou de ser informado, os dados mostram que 7 (sete) usuários participantes, que representam 11% da amostra, descreveram outras formas de acesso não levantadas nessa questão, tais como: procedimento de angioplastia e cateterismo, realização de exames de sangue, ecocardiograma, ecodoppler e fisioterapia vascular. Outra forma de acesso informada foram as transferências externas, que ocorrem através da UTI móvel do ICSC. Essas afirmativas estão contempladas nas seguintes respostas: “Fui transferido do hospital de Tijuca para a UTI do Instituto, fiquei 2 meses internado. Faço acompanhamento e reabilitação cardíaca há 2 anos” (usuário C5). E, ainda, na fala do usuário C8: “Ecocardiograma, exames de sangue. Angioplastia e

cateterismo. Moro em São João Batista; a UTI móvel do Instituto foi me buscar no hospital do meu município”. Realizando uma análise geral dos dados coletados, podemos reiterar que o ICSC é reconhecido como referência no atendimento à cardiologia e que a população busca acessar à saúde na sua integralidade, buscando utilizar a instituição e os serviços oferecidos por ela.

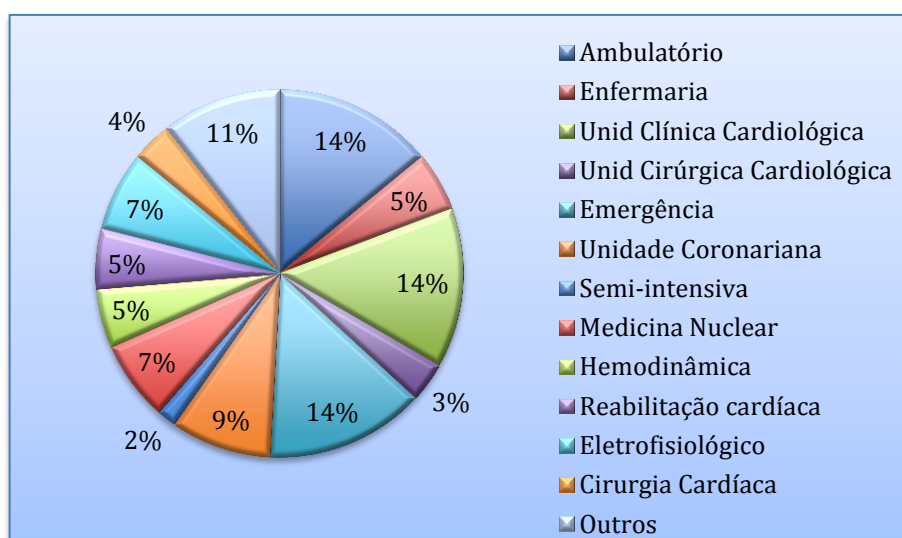
Ainda nessa perspectiva, os dados abaixo indicam os serviços já utilizados no ICSC, pelos usuários pesquisados. Segue as ilustrações com seus indicativos.

Tabela 5: Serviços mais utilizados no ICSC (dados absolutos e percentuais)

Serviços mais usados	Absolutos	Percentuais
Ambulatório	8	14%
Enfermaria	3	5%
Unidade Clínica Cardiológica	8	14%
Unidade Cirúrgica Cardiológica	2	3%
Emergência	8	14%
Unidade Coronariana/Unid. de Terapia Intensiva	5	9%
Semi-intensiva	1	2%
Medicina Nuclear	4	7%
Hemodinâmica	3	5%
Reabilitação cardíaca	3	5%
Eletrofisiológico	4	7%
Cirurgia Cardíaca	2	3%
Outros	6	11%

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Gráfico 6: Serviços mais utilizados no ICSC (dados percentuais)



Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Em relação aos serviços/unidades que os usuários participantes já utilizaram no ICSC, 8 (oito) usuários responderam que já utilizaram o ambulatório; 8 (oito) que já utilizaram a unidade clínica cardiológica e 8 (oito) usuários pesquisados responderam que já utilizaram a emergência; cada um desses equivalem a 14% da amostra. Houve 5 (cinco) usuários pesquisados que afirmaram que já utilizaram a unidade coronariana do ICSC, equivalente a 9% da amostra. Houve 4 (quatro) usuários que já utilizaram a medicina nuclear e 4 (quatro) que já utilizaram o estudo eletrofisiológico, cada um desses representa 7% da amostra. Houve 3 (três) usuários que responderam que já utilizaram a enfermaria do ICSC; 3 (três) que já utilizaram os serviços/procedimentos da hemodinâmica e 3 (três) usuários pesquisados que já utilizaram o programa de reabilitação cardíaca; cada um desses equivalem a 5% da amostra. Houve 2 (dois) usuários participantes que responderam que já utilizaram o procedimento de cirurgia cardíaca, que equivale a 4% da mostra, conforme a fala do usuário C1, “Cirurgia de correção de aneurisma de tórax e abdômen (aorta).” E ainda, “Vou ser encaminhado para a cirurgia, vou colocar uma válvula” (usuário C3). Houve 1 (um) usuário participante que respondeu que já utilizou a semi-intensiva do ICSC, equivalente a 2% da amostra. Tiveram 6 (seis) participantes, equivalente a 11%, que apresentaram outros serviços que já utilizaram no ICSC, alguns já referenciados em outras questões, são eles: exames laboratoriais, raio X, ecocardiograma e ecodoppler. Esse percentual dialoga com os dados informados na questão anterior, que aponta o serviço de exames cardiovasculares, como uma das formas de acesso mais utilizadas para acessar o ICSC.

Outra questão levantada foi em relação aos motivos que levaram os usuários pesquisados a acessar os serviços do ICSC. Alguns dos motivos informados foram: doença cardíaca de caráter emergencial e mal estar. Em seus relatos, um usuário participante diz que sentiu: “Falta de ar, vim para a emergência, fiquei internado 30 dias. Faço acompanhamento no Instituto há 8 anos” (usuário C3). Essa resposta mostra um resultado diferente do mencionado em uma das questões anteriores, que afirmou que a forma de acesso utilizada pela totalidade dos usuários pesquisados, se deu através dos exames disponibilizados pela instituição. A partir disso, entendemos que a forma de acesso utilizada para acessar o ICSC, se dá através da forma mais corriqueira ao meio hospitalar, que é a emergência, bem como através dos demais serviços, exames e procedimentos que a instituição disponibiliza a população, reiterando mais uma vez, o reconhecimento da população quanto ao

ICSC ser referência em cardiologia. Essa afirmativa dialoga com a resposta de outro usuário, conforme: “Por ser referência em cardiologia. Cheguei pela emergência” (usuário C10).

Já a usuária C9, declara: “Tive um AVC, no RS não consegui ser atendida pelo SUS, vim para SC, o posto de saúde me encaminhou para consulta no ambulatório da vascular para me tratar.” Essa colocação da usuária indica o êxito da articulação com a rede de saúde, pois a usuária acessou a saúde através da porta de entrada preferencial do sistema de saúde, a atenção básica de saúde e foi encaminhada para a média e alta complexidade. Teve a sua consulta agendada na UBS, sendo encaminhada para a consulta eletiva no ambulatório vascular do ICSC.

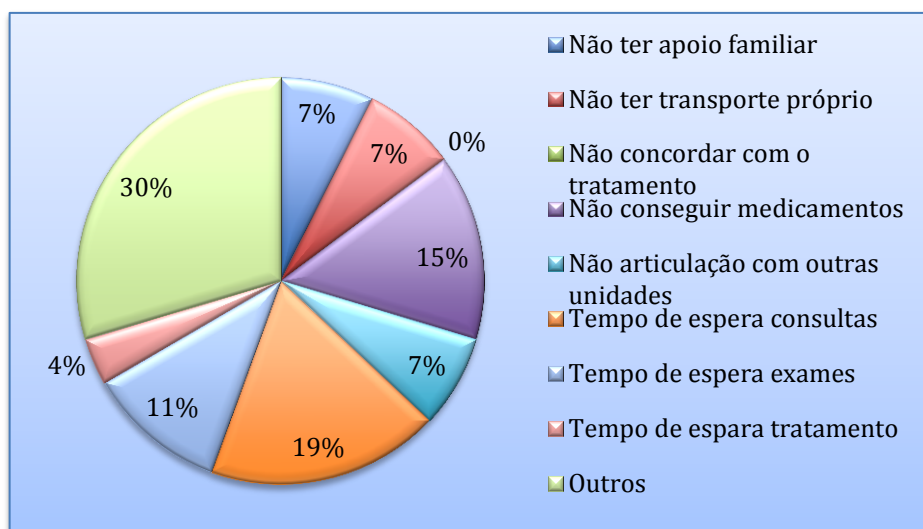
Importou para a pesquisa coletar informações sobre os fatores dificultadores de acesso à saúde, na percepção dos usuários participantes, segue abaixo as ilustrações e as análises.

Tabela 6: Fatores dificultadores de acesso à saúde (dados absolutos e percentuais)

Fatores dificultadores de acesso	Absolutos	Percentuais
Não ter apoio familiar	2	7%
Não ter transporte próprio	2	7%
Não concordar com o tratamento	0	0%
Não conseguir medicamentos	4	15%
Não articulação com outras unidades	2	7%
Tempo de espera consultas	5	19%
Tempo de espera exames	3	11%
Tempo de espera tratamento	1	4%
Outros	8	30%

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Gráfico 7: Fatores dificultadores de acesso (dados percentuais)



Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Quanto aos fatores dificultadores para o acesso à saúde, alguns elementos já foram levantados nas questões anteriores. Entretanto, essa foi a questão específica para tal assunto, lembrando que o formato da pergunta, foi de múltipla escolha, tendo um espaço em branco, para o usuário participante adicionar ou não a sua percepção. Ao serem questionados sobre os fatores dificultadores de acesso, 5 (cinco) usuários pesquisados responderam que a dificuldade está no tempo de espera para a realização das consultas, equivalente a 19% da amostra; e portanto, dialogam com as seguintes falas: usuário C8, “O retorno demora um pouco mais, 6 meses, mas os outros exames ta *(sic)* bom, ta *(sic)* dentro do prazo de 30 dias.” E ainda, “É o que tem, mesmo demorando, aqui consegui atendimento” (usuária C9). A partir da fala dos usuários, percebeu-se que o usuário C8, expressa descontentamento com a morosidade do retorno das consultas, porém afirma que o tempo de espera para os exames está dentro do prazo. Já a usuária C9, reconhece a efetivação do serviço de saúde, quando afirma que o acesso se efetiva, porém de forma morosa. Houve 4 (quatro) usuários participantes que afirmaram que o fator dificultador é não conseguir adquirir os medicamentos, que equivalem a 15% da amostra; esse fator dificultador está mencionado em duas respostas, conforme o usuário C2: “No posto de saúde falta remédio. O atendimento é precário no posto”. E, conforme a fala: “O posto de saúde não tem todos os medicamentos. [...]” (usuário C6). Verificou-se 3 (três) usuários pesquisados que afirmaram que o tempo para realização de exames é um fator dificultador de acesso, esses representam

11% da amostra. Bravo (2009) dialoga com essas perspectivas e afirma que “as grandes questões do SUS não estão sendo enfrentadas como a universalização das ações, o financiamento efetivo, a política de recursos humanos e a política nacional de medicamentos” (BRAVO, 2009, p.20).

Verificou-se que 2 (dois) usuários participantes que responderam não ter transporte próprio dificulta o acesso; 2 (dois) que responderam que não ter apoio familiar dificulta o acesso à saúde e 2 (dois) usuários pesquisados que responderam que não conseguir articulação com a rede pública de saúde é um fator dificultador de acesso; cada um desses números representam 7% da amostra. Seguem algumas das falas dos usuários participantes que dialogam com esse percentual: C2, “[...] Meus familiares são de longe (RS), mas tenho amigos que me visitam. Minha esposa é doente, não tem como ficar sentada numa cadeira de plástico”. E ainda: “Meus irmãos todos tem problema de saúde, sou separado, sou sozinho. [...]” (usuário C3). Outro fator relatado foi a dificuldade para agendar consulta na UBS e conseguir o encaminhamento para o ICSC, isso dificulta o acesso e a articulação com a rede de saúde, conforme: C6, “[...] O posto fechou por reforma, mas quando tava (*sic*) aberto tinha dificuldade de agendar consulta”. Os elementos retratados pelos usuários além de dificultarem o acesso à saúde se contrapõem ao que está fundamentado na carta de direitos dos usuários da saúde (versão na íntegra – Anexo 1), conforme o primeiro princípio: “1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde” (Ministério da Saúde, 2007, p. 3). Apenas 1 (um) usuário pesquisado que respondeu que encontra dificuldade no tempo de espera para a realização do tratamento, equivalente a 4% da amostra.

Houve 8 (oito) usuários pesquisados, equivalente a 30% da amostra, que apresentaram outros fatores dificultadores ao acesso à saúde, tais como: a falta de informação, a má distribuição do serviço público de saúde, a demora para ter atendimento e a demora para o retorno da consulta, segue uma das respostas que contemplam essas afirmações: “É demorado é, mas não se sabe os motivos. Falta de informação. A má distribuição do serviço público dificulta o acesso. Utilizo pouco do posto de saúde, mas acho fantástico, de relevante importância. Tu mata na base, resolve na base” (usuário C10). Essa colocação do usuário demonstra uma limitação em relação ao acesso à saúde, quando o usuário mencionou a falta de informação e a má distribuição do serviço público, pois ambas dificultam o acesso. Na contrapartida indicou o reconhecimento da qualidade do serviço de saúde e a

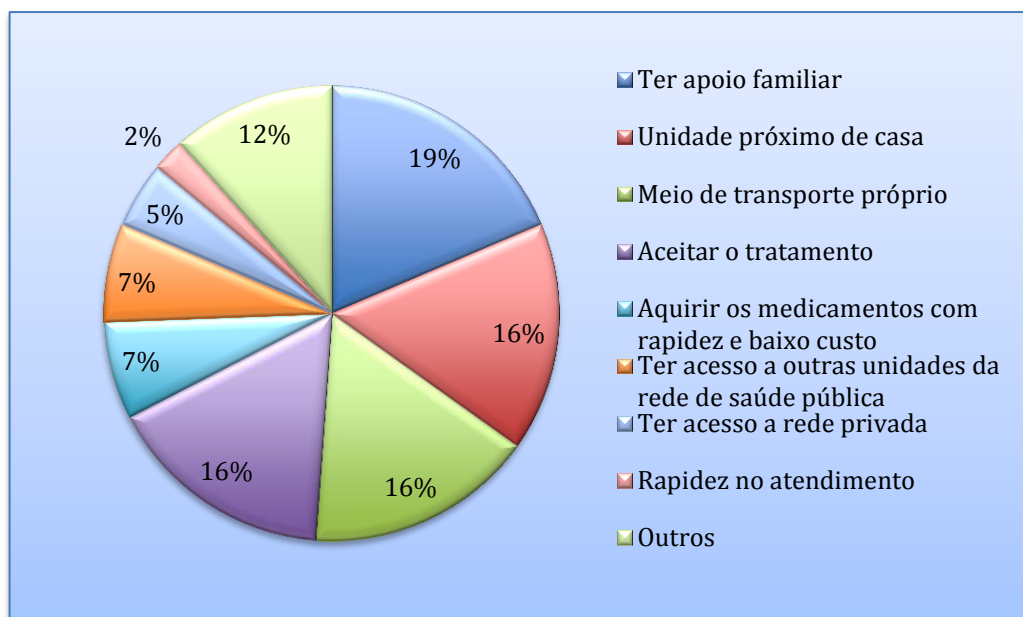
importância da atenção básica, como porta de entrada do sistema público de saúde, que recebe e atende as demandas que lhe compete. Houve também, usuário que relatou não ter dificuldade para acessar o serviço de saúde, segue a fala do mesmo: “Não tenho dificuldade para acessar a saúde, o posto de saúde marca as consultas. Aqui no Instituto sempre agendam as consultas e retorno” (usuário C7). A fala desse usuário revela que ele consegue obter acesso à saúde desde a atenção básica até a média e alta complexidade, bem como consegue realizar a articulação com a rede de saúde, sem empecilhos ou fatores dificultadores. Isso é importante para o acesso e inclusive é um dos princípios fundamentais da carta de direitos dos usuários da saúde, conforme o segundo princípio: “2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema” (BRASIL, 2007, p. 3).

Outra questão levantada foi quanto aos fatores facilitadores de acesso à saúde, segue abaixo as ilustrações para facilitar a análise.

Tabela 7: Fatores facilitadores de acesso (dados absolutos e percentuais)

Fatores facilitadores de acesso	Absolutos	Percentuais
Ter apoio familiar	8	19%
Unidade próxima de casa	7	16%
Meio de transporte próprio	7	16%
Aceitar o tratamento	7	16%
Adquirir os medicamentos com rapidez e baixo custo	3	7%
Ter acesso a outras unidades da rede de saúde pública	3	7%
Ter acesso a rede privada	2	5%
Rapidez no atendimento	1	2%
Outros	5	12%

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Gráfico 8: Fatores facilitadores de acesso (dados percentuais)

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Em relação aos fatores facilitadores para o acesso à saúde, numa questão de múltipla escolha, além de espaço em branco para os usuários realizem outras contribuições, havendo interesse; verificou-se 8 (oito) usuários participantes que responderam que ter apoio familiar facilita o acesso, esses equivalem a 19% da amostra. Entendemos que o apoio familiar é um elemento fundamental, pois ainda em campo de estágio percebemos, que além de facilitar o acesso e a adesão ao tratamento, esse fator faz parte do processo de melhora do usuário, que sente-se muito mais acolhido e amparado, auxiliando assim, na saúde emocional, propiciando a melhora do usuário.

Dentre os usuários pesquisados, 7 (sete) afirmaram que residir próximo ao serviço de saúde é um fator facilitador; 7 (sete) que responderam que ter um meio de transporte próprio facilita o acesso e 7 (sete) usuários afirmaram que aceitar o tratamento é um fator facilitador de acesso; cada um desses números representam 16% da amostra. Houve 3 (três) usuários participantes que responderam que adquirir os medicamentos com rapidez e baixo custo facilita o acesso e 3 (três) afirmaram que ter acesso à rede pública de saúde é um fator facilitador de acesso, ambos equivalem a 7% da amostra. Dialogam com esse percentual as seguintes falas dos usuários: C7, “Consigno os medicamentos no posto de saúde. Uso o posto de saúde”. E ainda, “Consigno os remédios e as fraldas no posto de saúde. Consegui

fisioterapia também. Faço uso do CRAS, lá consegui fralda” (usuária C9). Foram 2 (dois) usuários que responderam ter acesso à rede privada de saúde facilita o acesso, esses equivalem a 5% da amostra, que dialoga com a fala de um usuário, C6: “Tento usar o SUS, mas quando tenho exames especializados marco pelo plano de saúde - SC saúde - tenho o plano de saúde da minha esposa, sou agregado”. Somente 1 (um) usuário participante, equivalente a 2% da amostra, respondeu que a rapidez no atendimento é um fator facilitador de acesso à saúde.

Dentre os usuários pesquisados, 5 (cinco) deles que equivalem a 12%, relataram outros fatores facilitadores de acesso, dentre eles estão: o transporte de helicóptero na transferência externa, o atendimento organizado no ICSC, o agendamento das consultas serem realizados pelo médico que acompanha o usuário, segue uma das respostas: C5, “Tive transporte de helicóptero para ser transferido do hospital de Tijucas para o Instituto. O Atendimento do Instituto é organizado, as consultas são agendadas pelo próprio médico que me acompanha”. Esse elemento dialoga com o primeiro princípio da carta de direitos dos usuários da saúde, conforme: “1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde” (BRASIL, 2007, p. 3). Usar a UTI móvel do ICSC foi outro fator facilitador de acesso, bem como conseguir os medicamentos na UBS, elemento que não tinha sido levantado nessa questão e que foi trazido por um usuário pesquisado, segue a fala do usuário C8: “Utilizei a UTI móvel do Instituto. Consigo os medicamentos no posto de saúde”. Houve participante que informou que não usa a UBS e ainda relatou alguns fatores dificultadores ao acesso, tais como: a falta de informação e a seletividade do serviço de saúde. Segue a resposta: “Não utilizo a rede básica de saúde. A seletividade do serviço de saúde e a falta de informação. Dificulta o atendimento, a gente se perde no caminho. O sistema faz isso para economizar recurso” (usuário C10). Consideramos essa colocação do usuário muito pertinente, pois entendemos que a insuficiência de informação pode dificultar ou até mesmo desviar do acesso desejado, bem como afirmou o usuário pesquisado. Um dos exemplos disso é a setorização dos serviços públicos em geral, que com a falta de informação, acaba por dificultar o acesso.

Importou para essa pesquisa coletar informações sobre a melhoria do acesso à saúde, segue a análise dos dados mencionados. Quando questionados o que poderia ser diferente em relação ao acesso, uma parcela considerável dos usuários pesquisados respondeu que poderia ter mais leitos nas unidades hospitalares,

incluindo os leitos de UTI, bem como o conforto nas unidades. Segue a fala de um dos usuários pesquisados: C1, “Mais leitos de UTI, pois assim não seriam marcadas e desmarcadas tantas vezes as cirurgias de alta complexidade, deixando assim o doente mais ansioso (*sic*)”. Essa colocação do usuário se contrapõe ao que fundamenta a legislação, que assegura a ampliação e a qualificação dos leitos hospitalares, incluindo os leitos de UTI, conforme Portaria do Ministério da Saúde (MS), Art. 1º Portaria organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS):

Parágrafo único. A organização dar-se-á por meio da ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda, dos leitos de Cuidados Prolongados e dos leitos de terapia intensiva, e pela linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular, de acordo com os critérios estabelecidos nesta Portaria”. (Alterado pela PRT nº 2809/GM/MS de 07.12.2012). (Ministério da Saúde, 2011, p. 1).

Consideramos importante lembrar que a última pesquisa realizada pelo IBGE, em 2009, pela Assistência Médica e Sanitária (AMS), indicou que o Brasil apresenta uma redução considerável do número de leitos hospitalares, nas esferas públicas e privadas. Conforme a fonte informada: “No ano da Constituição, eram mais de 527 mil unidades, que caíram para pouco menos de 432 mil em 2009, 81% do número inicial” (IBGE, AMS, 2009, p.4). A partir desse indicativo, observa-se que em 2009, a redução de leitos em relação a 1988 era de 19%, essa é a pesquisa mais atualizada do IBGE, ou seja, se nos embasarmos pela pesquisa mencionada, a tendência é que esse percentual tenha aumentado e na contrapartida, o número de leitos, tenha reduzido. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) afirma que a “Constituição de 1988 não resolveu a falta de acesso aos serviços mais complexos” (PNS, 2013, p. 5). Haja vista, que os avanços na saúde básica melhoraram a qualidade de vida dos cidadãos, entretanto trouxeram novos desafios ao SUS, já que a população aumentou e conseqüentemente a demanda também.

Houve usuários participantes que responderam que não têm nada a modificar em relação ao acesso. Na contrapartida, um participante afirmou que o acesso necessita de melhorias, segue a resposta do mesmo: “Tem muita coisa pra melhorar na saúde pública. Não sei se vai melhorar um dia, eu tô (*sic*) com 62 anos e a politicagem é a mesma” (usuário C2). Alguns usuários participantes mencionaram a necessidade de melhorias, como agilidade/rapidez, conforme, C9: “Poderia ser mais

rápido né? Olha quanto tempo eu tô (sic) aqui, tô (sic) cansada de esperar”. Essa resposta é um indicativo de elemento dificultador de acesso, tal como foi indicado no levantamento de dados acerca de fatores dificultadores, em que foi mencionado a morosidade, o tempo de espera do atendimento. Outro participante respondeu que precisa ampliar os procedimentos e modificar a gestão, segue a resposta: “Os procedimentos hospitalares deveriam ser nos 7 dias da semana, é uma forma de desafogar a saúde pública, com certeza é 25% a mais de procedimentos que poderiam ser realizados. Tem que modificar a gestão, ajustar ela dentro de uma nova realidade” (usuário C10).

Outra questão levantada foi sobre o trabalho realizado pela equipe do Serviço Social do ICSC, no que se refere a viabilizar encaminhamentos de acesso aos direitos. Dos participantes da pesquisa, 60% responderam que tiveram contato com o serviço social do ICSC. Alguns desses participantes receberam encaminhamentos, benefícios previdenciários, tiveram perícia médica agendada in loco (leito do ICSC), conforme as respostas a seguir: C1, “Ótimo, pois mesmo internada, o serviço social conseguiu me beneficiar com perícia médica, saindo então do hospital já com benefício garantido”. A partir desse índice entendemos a importância do trabalho realizado pelas Assistentes Sociais do ICSC, que visam a emancipação do sujeito, bem como efetivação dos seus direitos.

Segundo Vasconcelos (2007), os assistentes sociais tem um papel fundamental de fomentar a importância do Estado exercer a sua função enquanto executor. Nas palavras da autora:

a realidade social, política e econômica, tal qual está instituída, exige dos assistentes sociais à compreensão de que a luta contra a crise social - expressa no desemprego, na pobreza, na violência, na fome, no desabrigo, na falta de saúde, educação [...], implica à retomada, pelo Estado, do papel de condutor do processo de desenvolvimento e de redistribuidor de renda e não o papel de articulador de ajuste fiscal e do controle infundável da inflamação (VASCONCELOS, 2007, p. 22).

E ainda, o usuário C3, afirmou: “A assistente social veio aqui no leito, oferecer informação. Falou sobre benefício do INSS. Estou tentando me aposentar, o perito virá aqui”. Essas respostas indicam que a atuação profissional das assistentes sociais busca viabilizar a garantia de direitos e a emancipação do sujeito, uma vez que, ao receber informações e orientações, ele se emancipa e sabendo o caminho a percorrer, passa a buscar os seus próprios direitos. Houve usuários pesquisados

que tiveram contato com o Serviço Social e receberam orientações e encaminhamentos, conforme relatou o usuário C8: “Tive contato com a assistente social, que orientou a minha esposa sobre direitos e falou sobre a casa de apoio, pois somos de São João Batista e ela não tinha local para dormir”. A Casa de Apoio São José é uma Organização Não Governamental (ONG) vinculada ao setor de Humanização, que atende usuários, familiares e profissionais do ICSC. Tendo como intuito acolher os acompanhantes dos usuários que estão internados e que são de municípios vizinhos; oferecendo local para dormir, para tomar banho, para lavar e secar roupas e para se alimentar (quatro refeições diárias), tudo de forma gratuita. Essa é uma forma acolhedora ofertada aos acompanhantes, mas não se trata de direito, afinal não é algo disponibilizado pelo Estado ou pelas políticas públicas, ao contrário, é disponibilizado por uma ONG, ou seja, pelo terceiro setor²³, traços do neoliberalismo. Em se tratando de direitos, o que o Estado disponibiliza ao familiar do usuário que necessita de um acompanhante, são duas refeições diárias (almoço e janta) no refeitório do hospital, local para tomar banho e um espaço ao lado do leito do usuário internado, que é desprovido de conforto, pois não há poltronas, mas sim cadeiras de plástico. Somente um usuário pesquisado que informou que não teve contato com o Serviço Social do ICSC, já outro usuário informou ter contato, porém não apresentou demanda ao serviço.

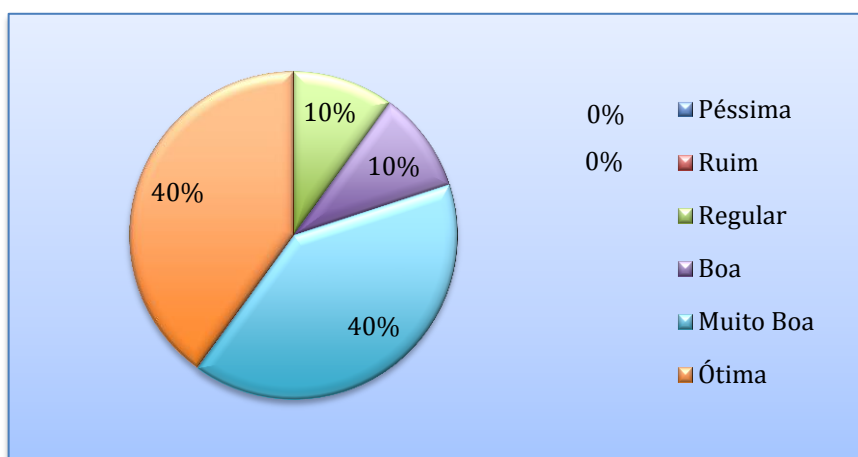
Importou para a pesquisa saber sobre a avaliação do acesso à saúde, que os usuários pesquisados fazem em relação ao ICSC. Segue abaixo os dados para facilitar a análise.

²³ Para conceituar, o terceiro setor, nos embasamos no autor MONTAÑO (2002), que conceitua o terceiro setor, como o provedor das demandas sociais, fruto da desresponsabilização do Estado, que delega para o setor privado a responsabilidade de responder as expressões da Questão Social, e com isso ele, o Estado, deixa de ser o executor das políticas sociais públicas, traços do neoliberalismo. (MONTAÑO, 2002, p.61).

Tabela 8: Avaliação do acesso ao ICSC (dados absolutos e percentuais)

Avaliação de acesso ao ICSC	Respostas	Percentuais
Péssima	0	0%
Ruim	0	0%
Regular	1	10%
Boa	1	10%
Muito Boa	4	40%
Ótima	4	40%

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Gráfico 9: Avaliação do acesso ao ICSC (dados percentuais)

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Em relação à avaliação de acesso, os usuários pesquisados responderam na sua totalidade a questão. Destes, 4 (quatro), que representam 40% da amostra afirmaram que o acesso ao ICSC é ótimo. Segue a fala de um usuário que dialoga com essa resposta: “Ótima, sou bem atendido, recebo o tratamento, os funcionários me atendem bem” (usuário C3). Outros 4 (quatro) usuários, que equivalem a 40%, responderam que o acesso é muito bom, conforme o usuário C10: “Aqui o atendimento é muito bom”. Houve 1 (um) participante que representa 10% da amostra, que entende o acesso como bom, segue a fala do usuário: “Graças a Deus estou sendo bem atendida, bah!” (usuária C9). Apenas 1 (um) usuário participante que representa 10%, que entende o acesso como regular. A partir da análise realizada, percebemos que mesmo com os fatores dificultadores levantados em outra questão, os usuários avaliam positivamente o acesso à saúde que obtêm no

ICSC. O que pude observar enquanto estagiária de Serviço Social do ICSC, foi que a equipe multidisciplinar e o corpo clínico médico prestam um atendimento exime aos usuários e familiares, porém há barreiras estruturais, falta de materiais e até mesmo barreiras arquitetônicas, que impedem a excelência do serviço de saúde pública, entretanto, o acesso à saúde, mesmo com limitações, se efetiva na grande maioria das vezes.

Quanto aos serviços disponibilizados pela política pública de saúde, 40% dos participantes responderam que acham que não são suficientes para atender toda a população, e apresentaram as insuficiências, conforme suas percepções, a exemplo: a fila de espera para obter atendimento, conforme a resposta do participante: C3 “Acho que não, porque tem muita gente que ta (*sic*) esperando por atendimento”. Outra limitação apresentada foi a estrutura hospitalar e os equipamentos existentes nas unidades, segue a resposta do participante: C6 “Acho que não. Tem que melhorar os equipamentos, a estrutura hospitalar”. A falta de leito e de investimento também apareceram como limitações, pertencentes a este percentual, segue a resposta do participante: C8 “Eu acho que ainda não. Que nem eu falei pra você, aqui na cardiologia o serviço ta (*sic*) bom, mas a saúde como um todo deixa a desejar, falta (*sic*) leitos, tem paciente que fica no corredor. Se tivesse um investimento maior nos três setores: saúde, educação e segurança, o país poderia ser melhor. Acho que é isso que toda população almeja”.

Alguns participantes responderam que a política pública de saúde não é suficiente para atender a população, segue a resposta de um usuário participante: “Olha, eles não dão conta de atender tudo, chega a entrar em caos. Acho que fazem o possível, mas as (*sic*) vezes fica lotado. Tenho miocardiopatia dilatada, tenho do Instituto todo o acompanhamento que preciso” (usuário C5). Ainda pertencente a este percentual, houve usuário que afirmou que a limitação está na falta de recurso do Governo, conforme a resposta: “Não né?! É uma pena que a gente não pode (*sic*) elogiar o mesmo na parte da saúde geral. Falta benefícios/recursos para vir do Governo, falta o Governo mandar mais verba para melhorar à saúde” (usuário C7). Verificou-se um usuário pesquisado que respondeu que a falta de informação inviabiliza o acesso à saúde e que a falta de gestão e organização são grandes dificultadores ao acesso, segue a resposta, C10: “Não. A falta de informação, inviabiliza o acesso a saúde. [...] A falta de gestão, e organização, para conseguir usar o serviço de saúde de qualidade, evitando deixar o paciente nos corredores.

Evitando desperdício de infraestrutura”. Alguns participantes responderam que a política pública de saúde não comporta a demanda, sendo insuficiente, a exemplo a falta de medicação na Unidade Básica de Saúde (UBS). Segue uma das respostas: C4 “Os funcionários fazem o seu melhor, mas no posto de saúde falta medicação. No Instituto de cardiologia não falta nada”. Somente um usuário pesquisado respondeu que a política pública de saúde é suficiente, entretanto apresentou como fator dificultador do acesso, a setorização do serviço da saúde e afirmou que precisa achar os meios para conseguir a efetivação do acesso, segue a resposta: “Eu acho que são. [...] O serviço de saúde tá aí pra ser usado, tem que achar o caminho para chegar até o atendimento” (usuário C9). Dialoga com a análise dos dados aqui descrita, a percepção de Vasconcelos (2007), que afirma que as políticas focalistas do Estado neoliberal não só excluem à maioria do acesso aos benefícios, mas rompem com o que está garantido na Constituição Federal, principalmente no que se refere à saúde, assistência e previdência social, constantes em lei como direito do cidadão e dever do Estado, dificultando à universalização dos direitos e, principalmente, o controle social.

Alguns participantes deixaram as suas considerações, sugestões e elogios, tais como: a sugestão de respeitar os direitos prioritários dos idosos, bem como de direcionar o financiamento de empresas privadas e os impostos da população para a melhoria na saúde pública. Segue uma das respostas: “Calamidade pública quando não tem leito para todos que necessitam. Sugiro o financiamento das empresas privadas, dos impostos do povo para fazer à melhoria na saúde pública” (usuário C4). A falta de saneamento básico e a falta de investimento na saúde preventiva também foram consideradas. Segue a resposta do participante, C10: A falta de saneamento básico poderia tirar 30% das pessoas que utilizam o serviço; a falta de investimento na saúde preventiva”. Alguns participantes elogiaram o atendimento e acompanhamento oferecido no ICSC, conforme: “Aqui no Instituto, eu não tenho o que reclamar, estou recebendo todos os cuidados” (usuário C3). E o usuário C5: “Ao Instituto, eu só tenho que agradecer, não tenho o que reclamar. Tenho miocardiopatia dilatada, tenho do Instituto todo o acompanhamento que preciso”.

Ao realizar uma análise geral da pesquisa em questão, percebemos que o acesso à saúde apresenta limitações e entraves, mas conforme os usuários pesquisados, o acesso se efetiva na maioria das vezes. Para isso, os usuários da saúde utilizam meios e estratégias para conseguirem acessar os serviços. Como

podemos observar nas contribuições realizadas pelos pesquisados, nem sempre conseguem acessar a saúde pela porta de entrada preferencial – a Atenção Básica de Saúde. Isso pode levar ao agravamento da saúde dos usuários, aumentando assim, os custos da alta complexidade, bem como o índice de morte por doenças cardiovasculares, que em 2017 atingiu aproximadamente 30% de brasileiros. Outro ponto relevante foi o reconhecimento da efetivação e da qualidade dos serviços prestados pelo ICSC, bem como pela rede de saúde, conforme afirmação dos usuários pesquisados.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de construção deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi de grande valia e imenso aprendizado. Tendo como principal finalidade, buscar conhecer o conceito de saúde e as concepções de acesso, realizando o resgate histórico e relacionando-os aos direitos sociais. Levando em consideração que a saúde é um direito de todos e dever do Estado e por isso o direito ao acesso à saúde deve ser assegurado à população brasileira, bem como deve oportunizar o acesso igualitário, independente da condição financeira e social dos cidadãos.

O trabalho teve como objetivo geral, identificar os fatores dificultadores e facilitadores para o acesso à saúde, na percepção dos usuários cardiopatas atendidos pelo Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC). Para aproximação da resposta do nosso problema de pesquisa, estruturamos o TCC da seguinte forma: no capítulo 1, buscamos realizar um resgate histórico acerca da política pública de saúde no Brasil. Lembrando que a saúde pública, foi pauta internacional, utilizada pela burguesia como ação mediadora, na tentativa de apaziguar e responder as expressões da questão social, reivindicadas pelo movimento operário, no século XIX, na Europa. No capítulo 2, apresentamos o conceito ampliado de saúde e o conceito de acesso, buscando conhecer essas concepções, a partir da literatura. Nessa discussão, trouxemos elementos históricos e conceituais, que fundamentam a temática. Conforme vimos no capítulo 3, realizamos o estudo do acesso aos serviços de cardiologia no ICSC, inicialmente apresentamos o ICSC, no seu contexto institucional. Na sequência, apresentamos as indicações metodológicas da pesquisa e posteriormente, analisamos os fatores dificultadores e facilitadores do acesso à saúde.

A pesquisa mostrou que os usuários participantes apresentaram variadas percepções de acesso, relacionando-o a perspectiva de direito e ao Sistema Único de Saúde (SUS). Identificando o Estado como provedor e executor das políticas públicas de saúde. A partir disso, o acesso é a forma que o usuário encontra para ingressar aos serviços e obter atendimento. Conforme Giovanella e Fleury (1996), “acessibilidade é o termo usado em saúde para designar o acesso ao direito”. O mesmo vincula-se ao conceito ampliado de saúde, sendo entendido como um direito individual e coletivo, adquirido constitucionalmente. A pesquisa mostrou as formas

de acesso, as ações e os serviços mais utilizados no ICSC. A pesquisa mostrou também a satisfação dos usuários em relação ao atendimento disponibilizado no ICSC. Entretanto apontou alguns fatores dificultadores do acesso, tais como: a falta de leitos, inclusive de UTI, que leva os usuários a terem que aguardar nos corredores hospitalares até surgir um leito; o tempo de espera para a realização de consultas médicas; a dificuldade para adquirir medicamentos; não ter apoio familiar, não ter meio de transporte próprio; a falta de informação; a falta de organização e a falta de financiamento no SUS. Foram levantados os fatores facilitadores, como: ter apoio familiar; morar próximo à unidade de saúde; ter meio de transporte próprio; conseguir adquirir os medicamentos; aderir ao tratamento e ter acesso à rede pública de saúde. Percebemos que os fatores facilitadores do acesso são elementos que oportunizam o bem estar do usuário, a efetivação do acesso e adesão ao tratamento. A partir disso, conclui-se que os fatores dificultadores podem gerar entraves para a efetivação do acesso ou limitações para a obtenção deste, mas para além das dificuldades encontradas, o acesso se efetiva na maioria das vezes e vincula-se à garantia de direitos, confirmando assim, a **hipótese** da pesquisa.

Consideramos relevante afirmar que entendemos que o acesso à saúde, assim como, afirma Paim (2015) deve ocorrer de forma universal e igualitária, permitindo assim, desenvolver uma atenção integral à saúde. Entretanto o que foi observado na pesquisa é que 80% dos usuários pesquisados relataram que os motivos que os levaram a acessar o ICSC, foram emergenciais. Isso sinaliza que os usuários não estão conseguindo acessar a saúde pela porta de entrada preferencial – a atenção básica, conforme preconiza o SUS, levando o usuário ao agravamento de sua saúde, dificultando assim o acesso. Isso se contrapõe à universalização do SUS, que conforme Assis et al. (2003), apresenta um sistema segmentado e desarticulado. A pesquisa mostrou alguns fatores dificultadores de acesso, que dialogam com essa afirmação, são eles: a falha e/ou a falta de articulação com a rede pública de saúde, que pode gerar os impasses mencionados ao acesso.

Consideramos relevante reiterar que conforme Gomes (2017) “as doenças cardiovasculares são responsáveis por 29,4% de todas as mortes registradas no país em um ano. Isso significa que mais de 308 mil pessoas faleceram principalmente de infarto e Acidente Vascular Cerebral (AVC)” (apud BRASIL, 2017, p. 1). Como se trata de um número considerável, entendemos a importância de políticas públicas de saúde, voltadas para esse público. A partir disso, deixamos

como sugestão, o incentivo à educação em saúde e o investimento na política pública de saúde, mais especificamente na Política de Promoção de Saúde, voltada para a comunidade, buscando assim, desenvolver ações preventivas, que podem ser disponibilizadas na atenção básica, já que os custos são tão altos em relação ao tratamento de cardiopatias, na média e alta complexidade. Compreendemos que o SUS, tem inúmeros desafios a superar, para conseguir assegurar os direitos constitucionais e disponibilizar o acesso universal e igualitário. Conforme Narvai (2018), para isso, se faz necessário, romper com o subfinanciamento, livrar-se das terceirizações, inverter o modelo de atenção ainda predominante, baseado em hospitais, colocando o centro da sua atuação na atenção primária à saúde, conforme preconiza o próprio sistema público de saúde.

Em suma, esperamos que o estudo ora apresentado traga as suas contribuições e possa servir como referencial para encaminhar outras pesquisas no aprofundamento dessa temática.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Fabienne Louise Juvêncio dos Santos; et al. **Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição de permanente de mobilidade ao SUS**. In: Ciência saúde coletiva [online]. Vol.17, n.7, pp.1833-1840. ISSN 1413-8123. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000700022&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 11 nov. 2018

AMARANTE, Paulo; et al. **Memória de um movimento: a revista Saúde em Debate e a Reforma Sanitária Brasileira**. In: Ciência & Saúde Coletiva [online]. Vol. 20(7): 2023-2029, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n7/1413-8123-csc-20-07-2023.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2018.

ASSIS, Marluce Maria Araújo et al. **Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00232.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2018.

ASSIS, Marluce Maria Araújo. et al. **Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática**. In: Ciência & Saúde Coletiva [online]. Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300016>. Acesso em: 10 ago. 2016.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise**. In: Ciência & Saúde Coletiva, 17(11):2865-2875, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002&tlng=en>. Acesso em: 16 jun. 2018.

AURÉLIO, dicionário online. **Filantropia**. Disponível em: <<https://dicionariodoaurelio.com/filantropia>>. Acesso em: 15 out. 2018.

AURÉLIO, dicionário online. **Cardiopatia**. Disponível em: <<https://dicionariodoaurelio.com/cardiopatia>>. Acesso em: 07 abr. 2018.

_____. **Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. In: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

BORBA, Julian. **Políticas de saúde e democracia: estratégias, impasses e contradições do movimento sanitário brasileiro.** In: Revista Katálysis. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. nº 1, Florianópolis: Editora da UFSC, 1997.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2018.

BRASIL. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Lei Orgânica da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 set. 1990. Ministério da Saúde. Brasília: O Ministério, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 24 mai. 2018.

BRASIL. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde. Lei nº 8.080, de 28 dez. 1990. Brasília: O Ministério, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 24 mai. 2018.

BRASIL. IBGE. Assistência Médica e Sanitária (AMS). 2009. In: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). 2013. **Constituição Cidadã: 30 anos depois.** Saúde avança, mas segue longe do idealizado em 1988. Editoria: Séries Especiais. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/21301-saude-avanca-mas-segue-longo-do-idealizado-em-1988>>. Acesso em 12 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Carta de Ottawa.** 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde.** – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 9 p. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de Fevereiro de 2002. Art. 1º.** 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 05 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 19 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.395, de 11 de Outubro de 2011. **Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011_atual.html>. Acesso em: 12 nov. 2018.

BRASIL. Saúde Pública - **Ministro destaca SUS como modelo em evento internacional.** 2015. In: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/editoria/saude/2015/04/ministro-destaca-sus-como-modelo-em-evento-internacional>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde.** In: Sistema Nacional de Saúde. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

CASTRO, Jorge Abrahão de; et al. **Gasto social e política macroeconômica: trajetórias e tensões no período 1995-2005.** In: Texto para discussão nº 1324. [online]. Brasília: Ipea, 2005. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1477/1/TD_1324.pdf>. Acesso em: 03 set. 2018.

CORREIA, Maria Valéria Costa; OMENA, Valéria Coêlho. **A mercantilização da saúde e a política de saúde brasileira: a funcionalidade da saúde suplementar.** In: VII Jornada Internacional de Políticas públicas. 2013. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo3-estadolutassociaisepoliticaspUBLICAS/pdf/amercentilizacaodasaudeeapoliticadesaudebrasileira.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2018.

EIBENSCHUTZ, Catalina (org). Política de saúde: o público e o privado [online]. In: **Universalidade da Atenção à Saúde:** Acesso como Categoria de Análise (p. 177 a 198). GIOVANELLA, Ligia; FLEURY, Sonia. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996, p. 80. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/q5srn/pdf/eibenschutz-9788575412732.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2018.

EIBENSCHUTZ, Catalina (org). Política de saúde: o público e o privado [online]. In: **Reformas e contrarreformas: a difícil reformulação da relação Estado/sociedade** (Pág. 177 a 198). GIOVANELLA, Ligia; FLEURY, Sonia. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996, p. 312. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/q5srn/pdf/eibenschutz-9788575412732.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2018.

FONSECA, Angélica Ferreira (Org.) **O território e o processo saúde-doença**. In: Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. BATISTELLA, Carlos. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/313818/mod_resource/content/1/territorio_e_o_processo_2_livro_1.pdf#page=51>. Acesso em: 16 jun. 2018.

Gil, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, Gleiciane Viana. **Breve apreciação sobre a política de saúde no Brasil no contexto da contrarreforma do estado**. In: V Jornada Internacional de Políticas Públicas. [online]. 2011. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/BREVE_APRECIACAO_SOBRE_A_POLITICA_DE_SAUDE_NO_BRASIL_NO_CONTEXTO_DA_CONTRAREFORMA_DO_ESTADO.pdf>. Acesso em: 14 out. 2018.

IAMAMOTO, Marilda. **O Serviço Social na contemporaneidade**. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. **Instituto de Cardiologia de Santa Catarina**. SES/SC, 2017. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/geral/10339-instituto-de-cardiologia-de-santa-catarina>>. Acesso em: 23 set. 2018.

KANAAN, Hanen Sarkis. **Estado e planejamento econômico no Brasil**. 2004 Disponível em: <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38571318/1438-2444-1-PB.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1545018264&Signature=2Yp%2FvVdbJxMe5TPdnQrYGdSVj3w%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3D1_Estado_e_planejamento_economico_no_Bra.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANCHES, Odécio. **Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?** Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2018.

MIOTO, Regina Celia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional**. In: Revista Katálysis. Florianópolis, v. 16, n. esp., p. 61-71, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v16nspe/05.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2018.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro setor e questão social**; crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2002, p. 288. In: SOUZA, Francisco das Chagas de. Resenha. Enc. Bibli: R. Eletr. Bibliotecon. Ci. Inf., Florianópolis, n.15, 1º sem. 2003. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/viewFile/1518-2924.2003v8n15p59/5236>>. Acesso em: 13 nov. 2018.

MONTEIRO, Yara Nogueira (org). **História da saúde**: olhares e veredas. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/miolo-hist_saude.pdf>. Acesso em: 13 set. 2018.

MOTA, Ana Elizabette, et. al. (org). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. In: Política de Saúde no Brasil. BRAVO, Maria Inês Souza. São Paulo, Cortez; Brasília, OPAS, OMS, MS, 2001. Disponível em: <<http://www.poteresocial.com.br/site/wp-content/uploads/2017/08/1.5-Pol%C3%ADtica-de-Sa%C3%BAde-no-Brasil-Maria-In%C3%AAs-Souza-Bravo.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2018.

_____. Muitos Lugares para Aprender/ Centro de Estudos e Pesquisas em Educação, Cultura e Ação Comunitária – CENPEC. Fundação Itaú Social / UNICEF. In: **Direitos sociais**: afinal do que se trata? TELLES, Vera. São Paulo. 2003. Disponível em: <http://moodle3.mec.gov.br/uft/file.php/1/moddata/glossary/244/2362/Muitos_Lugares_para_Aprender.pdf#page=65>. Acesso em 29 out. 2018.

NARVAI, Paulo Capel. ABRASCO. **SUS: 30 anos de resistência e contra hegemonia**. 2018. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/sus-30-anos-de-resistencia-e-contra-hegemonia/34213/>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

OMS. **Guia de Estudos**. In: SINUS 2014: compartilhando responsabilidades na promoção da justiça. Brasil: 2014. Disponível em: <<http://sinus.org.br/2014/wp-content/uploads/2013/11/OMS-Guia-Online.pdf>>. Acesso em 16 jun. 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro. Editora: Fiocruz. 2015. Disponível em: <<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>>. Acesso em: 16 jun. 2018.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **Democracia, estado social e reforma gerencia**. Rev. adm. empres. Vol. 50 nº 1. São Paulo Jan./Mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902010000100009>. Acesso em: 14 nov. 2018.

PESSOA, Eudes André. **A Constituição Federal e os Direitos Sociais Básicos ao Cidadão Brasileiro**. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIV, n. 89, jun 2011. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9623>. Acesso em: 17 jun. 2018.

PIQUET, Rosélia Périssé da Silva; RIBEIRO, Ana Clara Torres. **Tempos, ideias e lugares** o ensino do planejamento urbano e regional no Brasil. In: Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais. [online]. V. 1º, nº1, 2008. Disponível em: <DOI: <http://dx.doi.org/10.22296/2317-1529.2008v10n1p49>>. Acesso em 14 nov. 2018.

_____. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na Política de Assistência Social**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais (1). Brasília: CFESS, 2009.

_____. **Pesquisadores nacionais e internacionais contribuem para a Agenda 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** 2018. In: PenseSUS- Fiocruz. OPAS. Portal da Inovação na Gestão do SUS. Disponível em: <<http://apsredes.org/pesquisadores-nacionais-e-internacionais-contribuem-para-agenda-30-anos-de-sus-que-sus-para-2030/>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

REIS et al. **Tudo a temer**: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 122-135, Dez, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40nspe/0103-1104-sdeb-40-spe-0122.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

Revista Katálysis. **Saúde**: Estado e Sociedade. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação em Serviço Social/ Curso de graduação em Serviço Social. Florianópolis: Editora da UFSC, n.3, p. 01-84, nov. 1998.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. **Conceitos de acesso à saúde**. Saúde Pública. Revista Panamericana de Salud Pública [online]. 2012. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2012.v31n3/260-268/pt/>>. Acesso em 17 jun. 2018.

SILVA, Isabella Dantas da; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo. **A humanização e a formação do profissional em fisioterapia**. In: Ciência & Saúde Coletiva [online]. Supl 16:1535-1546, 2009. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csc/2011.v16suppl1/1535-1546/>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

SCATENA, João Henrique Gurtier; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. **Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde**. Revista saúde & sociedade, vol 10(2): 47, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n2/05.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2018.

_____. **SUS**. In: PenseSUS. FIOCRUZ. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/sus>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

_____. **Um conceito amplo de saúde**. Planejamento em Saúde. Sala de Leitura. Portal da Secretaria do Estado da Saúde. Livro 2. SES/SC: 2017. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_02/03_01.html>. Acesso em: 16 jun. 2018

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do serviço social:** cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 5ªed.- São Paulo: Cortez, 2007.

VILELA, Maria Diogenilda de Almeida. **Legislação que disciplina os conselhos de políticas públicas.** In: Consultoria Legislativa. [online]. 2005. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/estudos-e-notas-tecnicas/publicacoes-da-consultoria-legislativa/areas-da-conle/tema6/2005_740.pdf>. Acesso em: 09 out. 2018.

APÊNDICE A
QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Esse questionário será utilizado exclusivamente para a realização de uma pesquisa universitária pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Ao respondê-lo, você concorda que estas informações sejam utilizadas na elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da discente Danielle Siqueira dos Santos. Todas as informações pessoais, como nome e dados pessoais, serão mantidas em sigilo. Responder às questões é opcional e você pode apenas responder as questões que preferir.

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: _____

1. O que é acesso ao serviço de saúde para você?

2. Quais são as formas de acesso utilizadas para ser atendido no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina?

- () Atendimento ambulatorial
- () Realização de consultas eletivas
- () Atendimento de emergência
- () Realização de exames
- () Realização de procedimentos
- () Realização de intervenções cirúrgicas
- () Realização de serviços especializados
- () Reabilitação cardíaca
- () Transferências externas
- () Outros. Quais?

3. Quais serviços/unidades você já utilizou no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina?

- () Ambulatório
- () Enfermaria
- () Unidade de Internação Clínica Cardiológica
- () Unidade de Internação Cirúrgica Cardiológica
- () Emergência
- () Unidade Coronariana
- () Semi-intensiva
- () Unidade de Terapia Intensiva
- () Serviço de Medicina Nuclear
- () Serviço de Hemodinâmica
- () Serviço de Reabilitação Cardíaca
- () Estudo Eletrofisiológico
- () Cirurgia Cardíaca
- () Outros. Quais?

4. Quais motivos o/a levaram a acessar os serviços do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina?

5. Quais são os fatores dificultadores para a obtenção do acesso ao serviço desejado que você experienciou?

- Não ter apoio familiar.
- Não ter meio de transporte próprio.
- Não concordar com o tratamento.
- Não conseguir adquirir os medicamentos.
- Não conseguir realizar a articulação com outras unidades da rede de saúde pública.
- Tempo de espera para realização de consultas.
- Tempo de espera para realização de exames.
- Tempo de espera para realização do tratamento.
- Outros. Quais?

6. Quais são os fatores facilitadores para a obtenção do acesso ao serviço desejado que você experienciou?

- Apoio familiar.
- Unidade próxima de casa.
- Meio de transporte próprio.
- Aceitar o tratamento.
- Adquirir os medicamentos com rapidez e baixo custo.
- Ter acesso a outras unidades da rede de saúde pública.
- Ter acesso a outras unidades da rede de saúde privada.
- Rapidez no atendimento.
- Outros. Quais?

7. No que se refere ao acesso, o que poderia ser diferente?

8. Para você, acesso ao serviços público de saúde está vinculado à?

- Um favor que o Estado concede à população
- Uma parceria que a sociedade tem com o Estado
- Um direito de todos
- Nenhuma das opções anteriores.
- Outros. Quais?

9. Como você avalia o trabalho realizado pela equipe do Serviço Social do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, no que se refere a viabilizar orientações e encaminhamentos de acesso ao direito?

10. Qual é a sua avaliação sobre o acesso ao Instituto de Cardiologia de Santa Catarina?

- Péssima
- Ruim
- Regular
- Boa
- Muito boa
- Ótima

11. Os serviços disponibilizados na política pública de saúde são suficientes para atender a população?

12. Você tem outras opiniões e considerações?

() Não

() Sim

Qual?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: **O acesso aos serviços de saúde pública na perspectiva dos usuários cardiopatas atendidos pelo Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC).**

Ao assinar este termo, você dá consentimento para participar de uma pesquisa que fará parte do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), do curso de Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Esta pesquisa será conduzida pela acadêmica Danielle Siqueira dos Santos (pesquisadora principal), sob a orientação da Profa. Dra. Mariana Pfeifer Machado (pesquisadora responsável).

Com essa pesquisa, procura-se analisar o conceito de acesso aos direitos dos usuários cardiopatas atendidos pelo Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC). Para a construção deste trabalho, será realizado uma revisão de literatura acerca de acesso aos serviço público de saúde, em portais como a Scielo, o repositório da UFSC e o portal de periódicos da CAPES.

Ao assinar o termo, você consente a realização de uma entrevista semiestruturada gravada em meio impresso e digital, com perguntas relativas ao acesso ao serviço público de saúde, sobre os desafios encontrados para obter acesso e às formas de acesso.

A pesquisa tem como benefício contribuir para a comunidade científica com o entendimento da concepção de acesso advinda dos usuários cardiopatas, identificando os fatores dificultadores e facilitadores de acesso, buscando a partir disso viabilizar estratégias que efetive o acesso, vinculando a garantia de direitos, promovendo a emancipação destes, bem como dos usuários, como sujeito de direitos.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição que forneceu os seus dados.

A presente pesquisa, não oferece riscos aos participantes e, na publicação se seus resultados, a identidade destes será mantida no mais rigoroso sigilo. Ou seja, serão omitidas todas as informações que permitam identificar os participantes. A entrevista com os usuários cardiopatas será realizada no ICSC, onde os mesmos são atendidos, buscando uma maior facilidade para o encontro de entrevistador e entrevistados.

Esclarecemos que não haverá custos ou despesas por parte dos participantes de pesquisa e dela decorrentes, bem como não haverá quaisquer compensações financeiras pela participação na pesquisa. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o nome e/ou dados pessoais, em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados e/ou resultados serão utilizados apenas NESTA pesquisa.

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Reiteramos que a sua participação é voluntária e há liberdade para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento sem qualquer penalidade.

Os resultados e sua participação permanecerão confidenciais, arquivados na sala da orientadora da pesquisa, no Departamento de Serviço Social da UFSC. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os responsáveis pela pesquisa se comprometem a seguir e a cumprir com todas as determinações da Resolução CNS 466/2012, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

O seguinte termo será impresso em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo participante de pesquisa ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela(s) pessoa(s) por ele delegada(s). Em ambas as vias, constam o endereço de e-mail e contato telefônico dos responsáveis pela pesquisa e pelos participantes da pesquisa.

Desde já agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Em caso de dúvida(s) em relação ao projeto e pesquisa, poderá entrar em contato com:

Danielle Siqueira dos Santos

E-mail: daniellesiqueira@gmail.com

Prof. Dra. Mariana Pfeifer Machado

Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina

E-mail: mariana.pfeifer@ufsc.br.

Ao aceitar participar desta pesquisa, você deve assinar esse termo de consentimento, juntamente com a pesquisadora, termo do qual você terá uma via.

Desde já agradecemos.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO - DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
Campus Reitor João David Ferreira Lima – Trindade – CEP 88040-900 – Florianópolis/SC
Contatos: Tel +55 (48) 3721-3800 - Fax +55 (48) 3721-9990
dss@contato.ufsc.br | www.dss.ufsc.br

CONSENTIMENTO

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Eu, _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar, sem acarretar em prejuízo financeiro ou judicial para nenhuma das partes.

_____ ; _____
Local e data

Assinatura: _____

Nome do Participante: _____

Assinatura: _____

Nome do Pesquisador: _____

APÊNDICE C APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA NA VISÃO DOS USUÁRIOS CARDIOPATAS ATENDIDOS PELO INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE SANTA CATARINA

Pesquisador: MARIANA PFEIFER MACHADO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 98300818.8.0000.0113

Instituição Proponente: Hospital Regional de São José Dr Homero de Miranda Gomes

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.923.522

Apresentação do Projeto:

A pesquisa aqui apresentada busca construir um Trabalho de Conclusão de Curso, no âmbito do Curso de Serviço Social do Departamento de Serviço Social da UFSC, tendo um período de duração de um semestre (2018.2), sendo desenvolvido pela discente Danielle Siqueira dos Santos e orientado pela professora Dra. Mariana Pfeifer Machado. A pesquisa tem por objetivo analisar e discutir a concepção de acesso aos serviços de saúde pública, na visão dos usuários cardiopatas atendidos pelo Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC). Caracteriza-se por uma pesquisa qualitativa, cuja coleta de dados será realizada mediante entrevista com pelo menos 10 usuários cardiopatas atendidos no ICSC. A análise dos dados se dará a partir da transcrição das entrevistas e reflexão sobre os aspectos citados pelos entrevistados sob a ótica do conceito ampliado de saúde, bem como sob a perspectiva de acesso como direito do cidadão.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

A variável de maior relevância no presente estudo é o conceito de acesso, o qual será utilizado como categoria de análise dos dados primários a

Endereço: Rua Adolfo Donato Silva s/n	CEP: 88.103-901
Bairro: Praia Comprida	
UF: SC	Município: SAO JOSE
Telefone: (48)3271-9101	Fax: (48)3271-9003
	E-mail: cepic@saude.sc.gov.br



Continuação do Parecer: 2.923.522

serem coletados. O conceito de acesso que pretende-se utilizar na pesquisa, vincula-se a garantia de direitos, visando a sua efetivação. Neste sentido, pretende-se analisar a visão de acesso apresentada pelos entrevistados e sua relação com a categoria de concepção de acesso.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação neste estudo é voluntária. Se os envolvidos decidirem não participar, participar parcialmente ou desistir em qualquer momento, terão absoluta liberdade de fazê-lo. Na publicação dos resultados desta pesquisa, as identidades serão mantidas no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificar os envolvidos.

Benefícios:

Mesmo não tendo benefícios diretos aos usuários participantes, indiretamente os envolvidos estarão contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem considerações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos adequados

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1219186.pdf	12/09/2018 15:19:21		Aceito

Endereço: Rua Adolfo Donato Silva s/n
Bairro: Praia Comprida **CEP:** 88.103-901
UF: SC **Município:** SAO JOSE
Telefone: (48)3271-9101 **Fax:** (48)3271-9003 **E-mail:** cepic@saude.sc.gov.br



Continuação do Parecer: 2.923.522

Outros	Termo.pdf	12/09/2018 15:11:21	MARIANA PFEIFER MACHADO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA.pdf	12/09/2018 14:22:45	MARIANA PFEIFER MACHADO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Detalhado.pdf	12/09/2018 09:41:04	MARIANA PFEIFER MACHADO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	12/09/2018 09:20:04	MARIANA PFEIFER MACHADO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO JOSE, 27 de Setembro de 2018

Assinado por:
Amândio Rampinelli
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Adolfo Donato Silva s/n
Bairro: Praia Comprida **CEP:** 88.103-901
UF: SC **Município:** SAO JOSE
Telefone: (48)3271-9101 **Fax:** (48)3271-9003 **E-mail:** cepic@saude.sc.gov.br

ANEXO I

CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em sua 198ª Reunião Ordinária, realizada no dia 17 de junho de 2009. E talvez seja uma das mais importantes ferramentas para que você, cidadão (ã) brasileiro (a), conheça seus direitos e possa ajudar o Brasil a ter um sistema de saúde com muito mais qualidade.

O documento, que tem como base seis princípios básicos de cidadania, caracteriza-se como uma importante ferramenta para que o cidadão conheça seus direitos e deveres no momento de procurar atendimento de saúde, tanto público como privado.

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Para o Conselho Nacional de Saúde é importante que todos se apossam do conteúdo da Carta, elaborada com uma linguagem acessível e, assim, permitir o debate e apropriação dos direitos e deveres nela contidos por parte dos gestores, trabalhadores e usuários do SUS.