



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE ENSINO MÉDIO E TÉCNICO DE EDUCAÇÃO A
DISTÂNCIA – PROEAD
CURSO DE BACHARELADO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

FÁBIO DE MEDEIROS CAVALCANTI

**O USUÁRIO DO (SUS) SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SEUS DIREITOS: Uma
revisão da literatura.**

**POMBAL - PARAÍBA
2014**

FÁBIO DE MEDEIROS CAVALCANTI

**O USUÁRIO DO (SUS) SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SEUS DIREITOS: Uma
revisão da literatura.**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
apresentado ao Curso de Administração
Pública, modalidade de ensino a distância, da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito à obtenção do título de Bacharel em
Administração Pública, Linha de Formação
Específica (LFE) I - Gestão Pública da Saúde
semestre 2014.2.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Eliete Correia dos Santos.

**POMBAL - PARAÍBA
2014**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

C376u Cavalcanti, Fábio de Medeiros.

O usuário do SUS sistema único de saúde e seus direitos [manuscrito] : uma revisão de literatura / Fábio de Medeiros Cavalcanti. - 2014.

32 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração Pública - EAD) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Ensino Médio, Técnico e Educação à Distância, 2014.

"Orientação: Profa. Dra. Eliete Correia dos Santos, Secretária de Educação à Distância".

1. Direito. 2. Usuário. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Sanitária. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

FÁBIO DE MEDEIROS CAVALCANTI

**O USUÁRIO DO (SUS) SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SEUS DIREITOS: Uma
revisão da literatura.**

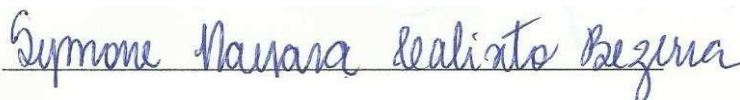
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
apresentado ao Curso de Administração
Pública, modalidade de ensino a distância, da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito à obtenção do título de Bacharel em
Administração Pública, Linha de Formação
Específica (LFE) I - Gestão Pública da Saúde
semestre 2014.2.

Aprovada em: ___/___/_____.

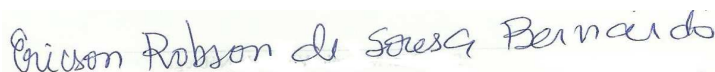
BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Dr^a. Eliete Correia dos Santos
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof^a. Me. Symone Naiara Calixto Bezerra
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Ericson Robson de Sousa Bernardo
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

**POMBAL - PARAÍBA
2014**

Aos meus pais, irmãos e filhos, aos quais estiveram sempre presente dando-me força e apoio, não medindo esforços para que eu chegasse ate esta etapa de minha vida, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus que iluminou o meu caminho durante esta caminhada, de forma grata a meus pais: Raimundo Candido Cavalcanti e Jacira de Medeiros Cavalcanti a quem eu rogo todos os dias a minha existência, aos meus filhos que embora não tivessem conhecimento disto, mas iluminaram de maneira especial os meus pensamentos me levando a buscar mais conhecimentos

Agradeço a professora Eliete Correia dos Santos pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão desta monografia, a todos os professores e tutores que foram importantes na minha vida acadêmica, aos colegas de classe pelo apoio.

Em fim, agradeço a todos que de uma forma especial fizeram parte da minha formação, meu grato obrigado.

O SUS é uma conquista da sociedade brasileira e foi criado com o firme propósito de promover a justiça social e superar as desigualdades na assistência à saúde da população, tomando obrigatório e gratuito o atendimento a todos os indivíduos (BRASIL, 2009).

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1	A REFORMA SANITÁRIA NO BRASIL	14
2.2	A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	17
2.3	LEGISLAÇÃO: LEI 8.080 E LEI &.142.....	24
3	CONCLUSÃO	27
	REFERÊNCIAS	28

O USUÁRIO DO SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SEUS DIREITOS: Uma revisão da literatura.

Fábio de Medeiros Cavalcanti¹
SANTOS, Eliete Correia dos²

RESUMO

O Sistema Único de Saúde - SUS é o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais, da administração direta ou indireta e das Fundações mantidas pelo poder público e complementada pela iniciativa privada lei 8080/90. A utilização de serviços de saúde é um comportamento complexo resultante de um conjunto amplo de determinantes que incluem as características de organização da oferta, as características sócio demográficas dos usuários, o perfil epidemiológico, além de aspectos relacionados aos prestadores de serviços. Os direitos dos usuários dos serviços de saúde estão fumados em diferentes esferas ético-legais. Na constituição Federal está escrito: "A saúde é direito de todos e dever do Estado" e, embora, seja esta uma afirmação bastante conhecida, é essencial compreender sua extensão. Este estudo tem como objetivo descrever através de uma revisão de literatura o usuário do SUS Sistema Único de Saúde e seus direitos. Trata – se de um estudo do tipo descritivo bibliográfico as pesquisas bibliográficas não costumam apresentar dados inéditos, porém há de se frisar que estudos e dados publicados no passado podem servir de base para pensamentos e principalmente o desenvolvimento de ações futuras, contribuindo para o desenvolvimento de reflexões e novos olhares sobre uma mesma problemática. Apesar de ser um sistema público o SUS, tem como função atender a todos os usuários sem restrições, no entanto, ele sofre com sérios problemas operacionais dificultando assim o acesso da população ao sistema de saúde sendo um destes problemas o de conhecimento e clareza por parte dos profissionais que atuam dentro do sistema, boa parte dos usuários não sabem a quem recorrer quando os seus direitos sofrem com o descaso sendo desrespeitados por pessoas que não buscam conhecer nada sobre os seus deveres com os usuários.

Palavras-chave: Direito 1. Usuário 2. Sistema Único de Saúde 3. Sanitária 4.

¹ Aluno concluinte do curso de Administração Pública pela Universidade Estadual da Paraíba.

² Doutora em Linguística pela Universidade Federal da Paraíba. Membro do Colegiado do Curso de Arquivologia da Universidade Estadual da Paraíba

ABSTRACT

The Unified Health System is the set of actions and health services provided by public bodies and institutions federal, State and local, direct or indirect administration and foundations maintained by the public authorities and private initiative complemented by law 8080/90. The use of health services is a complex behavior arising from a broad set of determinants that include the characteristics of the organization offer socio demographic characteristics of users, the epidemiological profile, besides aspects related to service providers. The rights of users of health services are smoked in different ethical-legal spheres. In the Constitution it is written: ' health is everyone's right and duty of the State and, though, is this urn well-known statement, it is essential to understand its extent. This study aims to describe through a literature review the SUS server unified Health System and their rights. This is a study of descriptive bibliographic searches bibliographic type not usually present unpublished data, but one has to emphasize that studies and data published in the past may serve as a basis for thoughts and especially the development of future actions, contributing to the development of reflections and new perspectives on the same issue. Despite being a public system the SUS, function is to serve all users without restrictions, however, he suffers from serious operational problems hindering the access of the population to health system being one of the problems of knowledge and clarity on the part of professionals who work within the system, most users do not know who to turn to when their rights suffer from the neglect being disrespected by people who do not seek to know anything about their duties with users.

Keywords: Law 1. User 2. Unified Health System 3. Sanitary 4.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde - SUS é o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais, da administração direta ou indireta e das Fundações mantidas pelo poder público e complementada pela iniciativa privada lei 8.080/90 (BRASIL, 1990).

A utilização de serviços de saúde é um comportamento complexo resultante de um conjunto amplo de determinantes que incluem as características de organização da oferta, dentre elas características sócio demográficas dos usuários, o perfil epidemiológico, entre outros serviços (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

No Brasil, a organização dos serviços de saúde é de tipo misto, havendo um sistema público com orientação universal, integral e equânime, e o sistema privado constituído pela oferta de seguros de saúde e pela modalidade de assistência contra pagamento direto. A política de saúde concretizada através do Sistema Único de Saúde (SUS), como toda política pública de caráter universal, é frequentemente questionada no sentido de sua real capacidade de atingir a parcela da população mais necessitada (RIBEIRO et. al., 2006).

Todo cidadão brasileiro, não importando sua classe social, etnia ou gênero, das mais isoladas comunidades amazônicas as superpopulosas megalópoles do Brasil, é usuário do Sistema Único de Saúde. Uma das características mais importantes do nosso Sistema de Saúde é a grande capilaridade de suas atividades e atribuições que complementam a sua seara: promover a saúde do povo do Brasil da atenção básica aos procedimentos de alta complexidade, da vigilância sanitária aos eficientes programas de vacinação, do mais moderno programa de combate a AIDS do mundo, a engenhosa rede de transplantes, tudo é obra do SUS. Ele esta presente na vida de todas as pessoas que vivem no Brasil, brasileiros ou não brasileiros, universal, agregador e 100% gratuito (BRASIL, 2008 a).

Ainda que o SUS tenha sido concebido como uma política para toda a população, independentemente de condição socioeconômica, a existência de grandes desigualdades sociais e a presença do sistema privado pode gerar a expectativa de que a política pública seja dirigida preferencialmente para as parcelas da população não cobertas pelo sistema privado (RIBEIRO et. al., 2006).

O SUS foi criado pela constituição federal de 1988 e regulamento pelas leis 8.080/90 e 8.142/90 relativas população nos serviços. É uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde. O SUS é também um dos maiores

sistemas públicos de saúde do mundo, abrangendo desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos (MUNHEN et. al., 2009; BRASIL, 2010).

Antes da criação do SUS a saúde não era considerada um direito social. O modelo de saúde adotado dividia os brasileiros em três categorias: os que podiam pagar, os que tinham direito a saúde pública - trabalhadores de carteira assinada - e os que não possuíam direito algum (BRASIL, 2010).

As ações de promoção e prevenção de doença, antes do SUS, tinham destaque para campanhas de vacinação e controle de endemias, Na área da assistência a saúde atuava-se apenas por meio de alguns poucos hospitais especializados na área de psiquiatria e tuberculose além de ação de fundação dos serviços especiais de saúde pública (BRASIL, 2002).

O SUS teve seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde – 8.080- em 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde refere-se aos princípios e diretrizes do SUS. Segundo esse aparato jurídico, as ações e os serviços que integram o SUS devem ser desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal de 1988, obedecendo aos princípios éticos doutrinários da descentralização, regionalização, hierarquização e participação social (MUNHEN et. al., 2009; BRASIL, 2010; BRASIL, 1988).

Os princípios da universalidade, integralidade e equidade são às vezes chamados de princípios ideológicos ou doutrinários, e os princípios da descentralização, da regionalização e da hierarquização de princípios organizacionais, mas não está claro qual seria a classificação do princípio da participação popular (BRASIL, 2003a).

O SUS é uma conquista da sociedade brasileira e foi criado com o firme propósito de promover a justiça social e superar as desigualdades na assistência à saúde da população, tornando obrigatório e gratuito o atendimento a todos os indivíduos (BRASIL, 2009).

O princípio da universalidade caracteriza a saúde como um direito de cidadania ao ser definida pela Constituição Federal, abrange a cobertura, o acesso e o atendimento nos serviços do SUS e exprime a ideia de que o Estado tem o dever de prestar atendimento a toda população brasileira. A integralidade caracteriza como princípio que atribui a população o direito de atendimento de forma plena em função de suas necessidades, pela articulação de ações curativas e preventivas nos três níveis de assistência. Já por meio da equidade objetivava-se diminuir as diferenças sociais proporcionando atendimento desigual para necessidades desiguais caracterizando como o princípio da justiça social. Isso obriga a repensar a complexidade para assegurá-los (MUNHEN et. al., 2009).

Os direitos dos usuários dos serviços de saúde estão firmados em diferentes esferas ético-legais. Na constituição Federal está escrito: "A saúde é direito de todos e dever do Estado" e, embora, seja esta uma afirmação bastante conhecida, é essencial compreender sua extensão (MASSAROLLO et. al., 2006).

Os direitos parecem óbvios, no entanto, o fato de existirem tantas normas e campanhas para formalizá-los e garanti-los pode significar que eles não têm sido completamente respeitados (MASSAROLLO et. al., 2006).

E notoriamente tenho observado a desgastante e frustrante vivência de usuários do SUS junto ao sistema. Eles enfrentam situações de descaso, negligência, imprudência, desigualdade, inacessibilidade a serviços de alta complexidade e excessiva burocratização para resolução de seus problemas, em meio a todo este caos percebemos cidadãos perdidos, padecendo, sem saber a quem recorrer em situações desprezíveis, tanto eles quanto seus entes queridos.

Diante desta realidade, surgiu a seguinte problemática: Quais os direitos do usuário do sistema único de saúde?

Este estudo tem como objetivo descrever através de uma revisão de literatura o usuário do SUS Sistema Único de Saúde e seus direitos.

Trata-se de um estudo do tipo descritivo bibliográfico, o que segundo Gil (2006), a pesquisa bibliográfica desenvolve-se a partir da resolução de um problema, através de referências teóricas encontradas em livros, revistas, artigos e literaturas afins, com o objetivo de conhecer e analisar as contribuições sobre determinado assunto.

As pesquisas bibliográficas não costumam apresentar dados inéditos, porém há de se frisar que estudos e dados publicados no passado podem servir de base para pensamentos e principalmente o desenvolvimento de ações futuras, contribuindo para o desenvolvimento de reflexões e novos olhares sobre uma mesma problemática, estando aí a sua principal contribuição. (PRESTES, 2003).

Dessa forma, buscou-se através desse estudo conhecer, analisar e compreender as principais contribuições teóricas existentes na literatura sobre a temática e seus questionamentos aqui abordados.

No contexto vivenciado pela nossa sociedade e preocupado com a qualificação dos serviços oferecidos pelo SUS, que consistem na única alternativa de assistência de saúde para milhões de brasileiros, acreditamos que os usuários tenham real dimensão acerca de seus direitos. Esse trabalho irá contribuir para que o usuário saiba como fazer para que os

atendimentos sejam aplicados conforme as suas necessidades de acordo com as leis e como exigir dos órgãos governamentais e profissionais aplicabilidade dos mesmos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A REFORMA SANITÁRIA NO BRASIL

A reforma sanitária no Brasil é fruto de uma profunda crise política, econômica e social. A conjuntura pós -1974 caracterizou-se pelo fim do "milagre econômico", deu início as críticas do modelo de saúde vigente, pois o direito a saúde era conferido apenas àqueles que contribuíam com a previdência social, deixando uma parcela grande da população a margem do sistema, frente às inadequações dos serviços de saúde e as demandas sociais crescentes. Em setembro de 1978, o mundo voltou suas atenções para a saúde, quando foi realizada a 1ª Conferencia Internacional de Atenção Primaria de Saúde - APS, realizada em Alma-Ata, na Rússia patrocinada pela OMS, que enfatizou como meta mundial: "Saúde para todos", no ano 2000 (MORETTO, 2001).

O processo de redemocratização do Brasil trouxe junto com a "constituição cidadã", de 1988, um novo sistema de atenção a saúde, no qual o estado configurava-se como responsável por sua execução. E qualquer cidadão brasileiro teria direito de acesso ao serviço de saúde (SUS). A própria Constituição Federal de 1988, já exigia uma mudança contundente no modelo de atenção a saúde vigente. Do modelo centralizado na medicalização, nos hospitais e no caráter curativo, passaria a ser um modelo voltado para as ações de prevenção e de promoção de saúde, baseado em atividades principalmente coletivas (ALENTIN; KRUEL, 2007).

A Constituição Federal consagra a cidadania e a dignidade da pessoa humana como direitos fundamentais, esses ideais foram inscritos nos textos constitucionais elevando a condição de relevância pública as ações e os serviços de saúde na medida em que ordena ser a saúde um direito fundamental do homem. A carta política ao organizar e estruturar o Sistema único de Saúde no contexto da seguridade social fixou como seus princípios fundamentais: a universalidade, a igualdade, a descentralização, o atendimento integral, além de outros, entre

os quais destacamos a participação da comunidade na gestão fiscalização e acompanhamento das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2005).

A assistência a saúde, as necessidades sociais do usuário passam a ser francamente ignorados, pois a lógica que organiza o serviço de saúde estudado, assim como os demais, é construída pelos profissionais que ai atuam, visto que são eles que detêm o poder de regras e normas, as quais o usuário "deve" se submeter. Por não possuir capital simbólico e linguístico que a coloque em situação de igualdade com os profissionais de saúde e o usuário se submete à lógica da instituição. Tal fato pode ser entendido como submissão e, embora aconteça aparentemente de maneira sutil e voluntária, constitui-se, na verdade, é uma violência simbólica, pois remete à assimetria e a hierarquia já instalada socialmente (BELLATO; PEREIRA, 2005).

A criação do SUS por meio da Constituição Federal e sua regulamentação por meio das Leis Orgânicas da Saúde (Leis 8.080 e 8.142/1990), proporcionaram a população brasileira uma participação nas decisões de implementação e aplicação das políticas públicas da saúde. Essa participação dá-se pela presença da sociedade por meio dos conselhos de saúde e das conferências de saúde nas três esferas de representação do SUS (municipal, estadual e federal) (SANTOS, 2009).

Segundo Degani (2002) ao procurar conhecer a opinião dos usuários sobre a resolutividade de seus problemas de saúde em uma unidade básica de saúde comunitária. Verificou que a resolutividade dos problemas do usuário é dificultado por fatores como: a espera para a integralização e qualidade do atendimento, a falta de recursos humanos e materiais, a falta de acesso e vinculo aos serviços básicos de saúde, a falta de agilidade para a complementaridade do atendimento, a desarticulação entre os níveis do sistema e a insuficiência de acolhimento e apoio à atenção continuada.

A participação dos usuários dos serviços de saúde permitiu a implementação do controle social determinado pelo processo de democratização dos serviços de saúde salientando que a participação da população na efetiva reconstrução dos serviços de saúde até então era nula (SANTOS, 2009).

Sendo a população em sua totalidade beneficiada com projetos e ações em saúde, a opinião dos usuários quanto a qualidade da atenção é considerada de extrema relevância quando se busca avaliar esse serviços . Assim, não se pode deixar de considerar sua percepção a fim de contribuir para melhoria do sistema de saúde (SANTOS, 1995; JESUS, CARVALHO 2002).

Faz-se necessário neste momento compreender como o usuário do serviço público de saúde não se percebe como possuidor de direito à saúde, não podendo, portanto exercer a sua cidadania plena nesse sentido. Na relação de submissão e de pouca autonomia que se estabelece entre o usuário de um lado e os profissionais e os serviços públicos de saúde de outro, percebemos claramente a limitação dos direitos de saúde dos usuários condicionando também um restrito exercício de sua cidadania de saúde envolvidos neste processo (BELLATO; PEREIRA, 2005).

A expressão controle social tanto é empregada para designar o controle do estado sobre a sociedade como sobre as ações do estado. E mesmo nestas duas acepções existem diferenças devido ao entendimento da função do estado e da extensão do seu poder e ou da forma de como se concebe a sociedade civil. Nessa segunda perspectiva a temática do controle social tomou vulto no Brasil a partir do processo de democratização na década de 1980 e principalmente com institucionalização dos mecanismos de participação pública na constituição de 1988 nas leis orgânicas posteriores como instancias colegiadas de caráter deliberativo (SILVA; CRUZ; MELO, 2007).

O controle social tem papel fundamental enquanto princípios orientador do SUS que possibilite a participação da sociedade na formulação e execução das políticas de saúde. Portanto o controle social e a democratização e informação se reforça mutuamente. Teria que ser uma confluência entre o interesse do usuário em acompanhar e exigir uma boa qualidade do serviço prestado pelo SUS, como o interesse do serviço de informar e ser informado sobre suas falhas e inadequação no esforço de aprimorar cada vez mais, suas ações e possibilitar visibilidade e transparência no exercício da prática cotidiana (ASSIS; VILA, 2003).

O desempenho profissional é avaliado pelo usuário através do interesse demonstrado no exame físico, nas perguntas feitas e orientações dadas, bem como na resolutividade da conduta, o bom atendimento baseado na escuta do usuário, e o bom desempenho profissional propicia o vínculo entre o usuário e o serviço de saúde, esse vínculo otimiza o processo de assistência, permitindo que os profissionais conheçam seus pacientes e as prioridades de cada um facilitando o acesso. Nas falas dos sujeitos nessa pesquisa evidencia-se uma preocupação com a humanização do atendimento bem como a escuta de suas necessidades como usuário (MOIMAZ, et al., 2010).

Segundo Simões et al. (2007), o Sistema Único de Saúde - (SUS) carrega em suas entranhas os princípios e diretrizes daquilo que poderia ser a grande política de humanização de assistência a saúde no país, garantindo acesso universal, gratuito e integral, retirando o caráter de mendicância e transformando a saúde em direito, Contudo as filas enormes,

inúmeras e cotidianas nas portas dos serviços de saúde mostram a distancia da proposta humanizadora SUS e a realidade de saúde no país. No entanto, falar de humanização e de assistência em saúde para os profissionais da área, quando sistematicamente tem sido retirada e impedida a humanidade destes trabalhadores, com uma sobrecarga de atividades e funções, jornada dupla ou tripla de trabalho, dificuldade da conciliação da vida familiar e profissional, baixos salários e precárias condições de trabalho, gerando desgastes físicos e emocionais. As instituições não oferecem um ambiente adequado, recursos humanos e materiais quantitativos e qualitativos suficientes, o que desmotiva o profissional para uma mudança de atuação. Deve-se ressaltar que humanização implica também em investir no trabalhador para que ele tenha condições de prestar um atendimento humanizado.

2.2 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Um país somente pode ser considerado ‘desenvolvido’ se seus cidadãos forem saudáveis, o que depende tanto da organização e do funcionamento do sistema de saúde quanto das condições gerais de vida associados ao modelo de desenvolvimento vigente (BRASIL, 2008).

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um projeto social único no conjunto dos países em desenvolvimento cujos princípios de universalidade, integralidade, estão firmados na carta magna do país de 1988 dando um sentido às ações propostas (BRASIL, 2008b).

A partir da segunda metade do século XX, com fim da segunda guerra mundial os estados nacionais assumiram um papel no campo social. Esse papel pode ser definido como de promotor do desenvolvimento e de políticas que compensassem as perdas sofridas pelos indivíduos nos processo produtivo e que não podiam ser reparados pelo salário: previdência social, atenção médica, educação, transporte, lazer, moradia, passam a ser progressivamente entendida como responsabilidade do estado (HOBSBAWM, 1995).

O Brasil até o início do século passado atuava apenas em situação, de epidemias. Por conta da exportação agrícola naquela época o principal fator de crescimento no país, o foco de atenção do governo situava-se nas chamadas "rotas de mercadorias". Principalmente Rio de Janeiro e Santos. Em 1902 o então presidente Rodrigues Alves lança o programa de saneamento básico do Rio de Janeiro e o combate a febre amarela urbana em São Paulo,

obtidos como primeiras providencias para incentivar a imigração (FONTINELE JÚNIOR, 2003).

A ocorrência de epidemias e de doenças pestilências no início do século XX ameaçando os interesses do modelo econômico agrário-exportador favoreceu uma reposta do estado mediante a organização de serviços de saúde pública e a realização de campanhas sanitárias. Diante da doença de um individuo o atendimento médico somente era possível para os que podiam pagar ou por intermédio da caridade (PAIN, 1994).

A incorporação dos novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos as práticas de proteção da saúde coletiva levaram os governos republicanos pela primeira vez na história do país, a elaborar minuciosos planos de combate as enfermidades que reduziam a vida produtiva ou útil, da população. Diferente dos períodos anteriores a participação do estado na área de saúde tornou-se global: não se limitava as épocas de surto epidêmico, mas estendia-se por todo o tempo e a todos os setores da sociedade (BRASIL, 2007a).

A atenção para as epidemias nas cidades, como a da peste bubônica em 1899, no porto de Santos, esteve na origem da criação, em 1900, das duas principais instituições de pesquisas biomédicas e saúde pública do país: O Instituto Soroterápico Federal transformado posteriormente em Instituto Osvaldo Cruz (1908) e Fundação Osvaldo Cruz (1970) no Rio de Janeiro e o Instituto Butantã, em São Paulo (LIMA, 2005 apud BRASIL, 2007a).

Um ativo movimento de reforma sanitária emergiu no Brasil durante a primeira república sob a liderança da nova geração de médicos higienistas, que alcançou importantes resultados. Entre as conquistas, destaca-se a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1920 (BRASIL, 2007a).

Devido às greves ocorridas em 1917 e 1919 os trabalhadores vislumbram conquistas. Em 1923 foi aprovada pelo congresso nacional a lei Eloi Chaves, que regulamentou a criação dos (CAPs) Caixas de Aposentadorias e Pensões, organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresários e trabalhadores. Até a criação dos CAPs, muitas categorias de trabalhadores se organizavam em associações de auxilio mútuo para atender os problemas como doenças, invalidez no trabalho e morte (BRASIL, 2007b).

A revolução de 1930 rompeu com a chamada política do café com leite, e colocou Getulio Vargas na presidência do Brasil. As suas propostas contemplavam: questões como: instituição do voto secreto, anistia política, criação das leis trabalhistas para regulação da jornada de trabalho e assistência ao trabalhador. Para efetivação dessa proposta foram criados o ministério do trabalho industrial e o comercio (MIIC) e o ministério da educação e saúde Pública (MESP) (BRASIL, 2007b).

Ainda na década de 1930 surgiram os centros de saúde em todos os estados brasileiros. A educação sanitária tinha por objetivo implantar hábitos de higiene individual, desde a infância até a fase adulta. Passando pelo pré-natal e pela idade escolar. Os centros de saúde que existem até hoje em muitas cidades, foram à realização de criar serviços locais permanentes (FIGUEIREDO, 2003).

Em 1933 foram criados os Institutos de aposentadorias e pensões (IAP) em substituição às antigas CAPs, organizando os trabalhadores por categorias profissionais. A assistência não era foco principal dos CAPs. Somente a partir dos anos 1960, essas questões passam a ser revistas pela área de da previdência social (BRASIL, 2007b).

Com a adoção da nova política de saúde e posteriormente (1967) sua centralização num único Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), houve um crescimento considerável nos serviços médicos próprios e da aplicação de maior verba para as despesas.

Porém a demanda se mantinha elevada, em razão da má qualidade do atendimento e do fato de ter sido ampliada a todos os segurados o direito à saúde. Outra mudança a ser destacada foi o investimento do Ministério da Saúde em ações preventivas e curativas como: tuberculose e outras doenças da coletividade (FIGUEIREDO, 2003).

Ao longo dos anos 1970 várias mudanças haviam sido efetuadas. A criação do Ministério da Previdência Social passa a assistência médica ao trabalhador para a competência do INSS; nesse momento acentua-se a divisão entre ações de saúde pública como competência do estado e a assistência médica como responsabilidade do setor privado, financiado por recursos públicos (ROCHA, 2008).

Em 1977, foi criado o Sistema Nacional da Previdência Social (SINPAS), com apoio da lei do Sistema Nacional de Saúde (1975), pretendia-se reorganizar, racionalizar e centralizar administrativamente a previdência. A lógica desse sistema que caracterizou a década de 1970 era baseada no Estado como grande financiador da saúde, através da Previdência Social; no setor privado nacional, prestador de serviços de atenção médica; e no setor privado internacional, produtor de equipamentos biomédicos e medicamentos (ALMEIDA;CHIORO;ZIONE, 2000).

O acesso universal e gratuito foi conquistado a partir da reforma sanitária que se originou de um movimento sanitário guiado por um processo político que mobilizou a sociedade brasileira para propor novas políticas e novos modelos de organização do sistema de serviço e práticas de saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Desde a conferência de Alma-Ata (OMS, 1978) defendia-se, internacionalmente, a priorização da atenção médica e dos cuidados primários de saúde, buscando-se um

atendimento de massa, equacionando-se despesas. No Brasil, essa perspectiva de atenção aliada ao diálogo com as demandas dos movimentos sociais terminou na elaboração de uma proposta que avançava em direção aos princípios dispostos pela OMS: atenção médica a baixo custo para populações carentes (ROCHA, 2008).

Esse conjunto de ideias de transformações na política de saúde inspirava-se no processo de reforma sanitária italiana. Definia como prioridade a melhoria das condições de vida da população brasileira, melhoria essa ligada á democratização do Estado Brasileiro, em termos de normalidade jurídica (Estado de Direito) provedor da cidadania, pela defesa e promoção de direitos individuais, políticos e sociais (ROCHA, 2008).

O movimento da reforma sanitária ocorrida nos anos 80, pretendia a criação de um sistema de saúde democrático que atendesse a necessidade da população e o rompimento com o modelo assistencial médico homogêneo de caráter curativista, que desvincula o indivíduo da realidade onde está inserido (BRASIL, 2001).

O espaço político responsável por essa nova orientação para as políticas públicas foi propiciado pela realização da VII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Nessa ocasião instalou-se um fórum democrático com ampla participação de representantes de usuários, trabalhadores do setor, movimentos sociais, organizações não governamentais. Criou-se então, uma orientação de caráter consensual que daria origem ao SUS (ROCHA, 2008).

Existentes desde os anos 1940, as Conferências Nacionais de Saúde tinham sido interrompidas durante a ditadura militar. Nos anos 1980, graças à pressão do movimento pela reforma sanitária e ao fato de que, no governo de Sarney (1985-1989), o MS contava com direção e técnicos defensores e criadores da proposta da reforma sanitária, foi possível a convocação da VIII Conferência Nacional de Saúde, com quase 10 mil participantes. Nessa conferência, a sociedade civil esteve representada pela primeira vez, na proporção de 50% dos participantes, entre eles, principalmente, usuários dos serviços públicos e integrantes dos movimentos sociais (ROCHA, 2008).

A Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde onde foi depois regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde. O SUS reconhece a saúde como um direito de todos e um dever do Estado pelo princípio de universalidade, integralidade, equidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com a participação popular (BRASIL, 2001).

O SUS é um sistema de saúde, regionalizado e hierarquizado, que integra o conjunto das ações de saúde da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, onde cada parte cumpre funções e competências específicas, porém articuladas entre si, o que caracteriza os níveis de

gestão do SUS nas três esferas governamentais. As ações e serviços de saúde de menor grau de complexidade são colocadas à disposição do usuário em unidades de saúde localizadas próximas de seu domicílio. As ações especializadas ou de maior grau de complexidade são alcançadas por meio de mecanismos de referência (BRASIL, 2003b).

De acordo com Brasil (2008b) a título de exemplos destacados da abrangência e do impacto do SUS, podem ser citados os seguintes marcos atingidos no período recente, sabendo-se que mais de 7% da população brasileira depende exclusivamente do SUS: 87 milhões de brasileiros são acompanhados por 27 mil Equipes de Saúde da Família (ESF), presentes em 92 dos municípios; O SUS realizou, em 2006 2,3 bilhões de procedimentos ambulatoriais, mais de 300 milhões de consultas médicas e 2 milhões de partos; Nas ações de maior complexidade, foram realizados 11 mil transplantes, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de procedimentos de químico e radioterapia e 11,3 milhões de internações; A qualidade e o impacto de alguns programas nacionais de saúde são altamente reconhecidos em termos internacionais, a exemplo dos programas de imunização, de AIDS e do controle do tabagismo, atingindo resultados dificilmente igualáveis no mundo.

A integralidade da assistência exige que os serviços de saúde sejam organizados de forma a garantir ao indivíduo e à coletividade a proteção, a promoção e a recuperação da saúde. de acordo com as necessidades de cada um em todos os níveis de complexidade do sistema. A assistência terapêutica integral compreende o conjunto de ações e serviços que visam ao tratamento das doenças e agravos à saúde, subsequentes ao procedimento diagnóstico, destinadas a garantir ao indivíduo a proteção do seu potencial biológico e psicossocial e a recuperação de sua saúde (SANTOS, 2005).

O cidadão tem o direito de obter do serviço público de saúde, após o diagnóstico, a atenção terapêutica individualizada de acordo com as suas necessidades. Para cada caso segurando as suas exigências, e em todos os níveis de complexidade dos serviços. Entretanto, esse direito deve pautar-se por alguns pré-requisitos, dentre eles, o de o cidadão, livremente, ter decidido pelo sistema público de saúde e acatar os seus regramentos técnicos e administrativos (SANTOS, 2005).

A saúde da população do Brasil, como preceitua a Constituição Federal, depende de fatores econômicos e sociais; entre eles, a garantia de emprego, salário, casa, alimentação, educação, lazer e transporte. Neste momento, o desemprego, a péssima distribuição de renda (50 milhões de pessoas em estado de miséria), a fome e desnutrição e outros muitos agravos interferem nas condições de vida e de saúde, ressurgem antigas e surgem novas formas de

adoecer e morrer, caracterizando um quadro epidemiológico da maior perversidade, agravado pelas condições de pobreza, gênero, raça e idade (BRASIL, 2009).

Mesmo que o sistema de saúde tenha atuação preventiva e curativa absolutamente iguais, as pessoas que vivem em situação precária, fatalmente serão mais acometidas de doenças e outros agravos, ainda que o sistema de saúde lhes ofereça um excelente serviço de recuperação (SANTOS, 2005).

A discussão realizada nesta 11ª a CNS sobre a Atenção à Saúde e a gestão do SUS destaca a necessidade de humanização do cuidado prestado aos usuários das ações e serviços de saúde e de ampliação máxima da qualidade técnica da assistência requerida em cada caso ou situação, melhorando o acolhimento das pessoas e a capacidade resolutiva de cada tratamento. A falta de recursos materiais contribui para a diminuição da qualidade dos serviços prestados. E, se a humanização dos processos de trabalho no SUS depende, em parte, de questões como afinidade com o trabalho, também depende das condições de trabalho a que o trabalhador está submetido. A baixa resolutividade é bastante evidente no Sistema (BRASIL, 2003c).

Segundo Brasil (2003b), a transferência fundo a fundo caracteriza-se pelo repasse dos recursos, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde com o objetivo de garantir os recursos necessários, em 13 de setembro de 2000, foi editada a Emenda Constitucional n.º 29, que alterou a Constituição Federal de 1988. O novo texto assegura a efetiva coparticipação da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no financiamento das ações e serviços públicos de saúde. No ano de 2000 foi estabelecida a obrigatoriedade de aplicação do valor equivalente ao empenhado no exercício financeiro de 1999, acrescido de 5%. Nos anos seguintes, o valor anual a ser aplicado passou a ser calculado com base no "valor apurado no ano anterior", corrigido pela variação nominal Produto Interno Bruto - PIB do ano em que se elabora a proposta orçamentária.

Segundo Brasil (2003b), a partir dessas observações, são admitidas as despesas com ações e serviços constantes dos Planos de Saúde e da Programação Pactuada e Integrada - PPI aprovados pelos Conselhos de Saúde e executados pelo respectivo nível de gestão, incluindo: ações de vigilância epidemiológica e controle de doenças; ações de vigilância sanitária; vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais; saúde do trabalhador; assistência à saúde em todos os níveis de complexidade; assistência farmacêutica; atenção à saúde dos povos indígenas; capacitação de recursos humanos do SUS; pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde; produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e

equipamentos; saneamento básico e do meio ambiente, desde que associados diretamente ao controle de vetores; serviços de saúde penitenciários, desde que assinado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços; atenção especial aos portadores de deficiência.

Outra mudança do sistema é o pacto em defesa do SUS: convida a sociedade a participar na defesa dos avanços e conquistas na mobilização para superar os desafios do setor. O pacto de gestão estabelece metas e diretrizes para o aperfeiçoamento da gestão, regulação do trabalho, educação em saúde e controle social. O pacto pela vida firma uma agenda nacional de prioridades que são pactuadas com os conselhos (BRASIL, 2006).

Segundo Brasil (2003b) o PAB Variável, por sua vez, remunera direta e automaticamente, estados e municípios habilitados à execução de ações previstas em programas e incentivos do Ministério da Saúde, de acordo com regulamentação específica. Contemplam: Ações Básicas de Vigilância Sanitária; Assistência Farmacêutica Básica; Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS; Programa de Saúde da Família - PSF.

A transferência de recursos fundo a fundo destinados à execução de ações e serviços de saúde depende da habilitação de Estados e Municípios a uma das condições de gestão estabelecidas pelas Normas Operacionais NOB e NOAS. (BRASIL, 2003c).

De acordo com Brasil (2003a) a atenção básica é o primeiro nível de atenção em saúde a ser ofertado por todos os municípios, com qualidade e suficiência para sua população. Contempla o conjunto de ações estratégicas mínimas, necessárias para a atenção adequada aos problemas de saúde mais frequentes na maior parte do território brasileiro: controle da tuberculose; eliminação da Hanseníase; controle da Hipertensão; controle do Diabetes Mellitus; ações de saúde bucal; ações de saúde da criança; ações de saúde da mulher.

Outro ponto relevante é o Plano de Saúde explicita o diagnóstico da situação social e sanitária, os objetivos, metas e prioridades da ação de governo em saúde. O Plano de Saúde deve conter e compatibilizar em cada esfera, de forma clara, o quadro de metas, a programação pactuada e integrada, os resultados físicos e financeiros. O Plano de Saúde é revisado, anualmente, em função de novas metas de gestão e adequação à dinâmica da política de saúde. É oportuno lembrar que a Lei de responsabilidade Fiscal entrou no cenário da administração pública brasileira, neste contexto de limitação do gestor público, com a finalidade de disciplinar a gestão de recursos públicos, atribuindo mais responsabilidade a seus gestores. Além disso, aparece a transparência que o governo deve a sociedade nos assuntos fiscais, com obrigatoriedade de: divulga ao anual das contas (BRASIL, 2004; MARIA KRAEMER 2003).

Segundo Brasil (2003c), o Brasil ainda não tem um modelo de Atenção à Saúde adequado. Contribuem para isso: problemas de infra-estrutura, distribuição espacial e hierarquização da rede, instalações, sistemas de acesso físico etc.; a falta de protocolos que orientem os profissionais; a carência de normas sobre procedimentos de integração intra e intersetorial; as dificuldades para encaminhamento/marcação de consulta para serviços de média e alta complexidade. Serviços essenciais não são oferecidos ou o são de forma muito precária, como por exemplo, a vigilância à saúde do trabalhador, os serviços de reabilitação, o atendimento adequado aos pacientes de idade avançada, o atendimento em saúde mental e o atendimento odontológico. Outros tipos de procedimentos não são ofertados pelo SUS e, portanto, são inacessíveis aos usuários, como por exemplo, algumas cirurgias corretivas consideradas estéticas. Os municípios pequenos e do interior não têm condições assistenciais em termos de hospitais e tecnologia,

2.3 LEGISLAÇÃO: LEI 8.080 E LEI 8.142

A partir de 1988, com a promulgação da Constituição Federal, o Brasil passou a contar com um novo olhar sobre o atendimento à saúde de seus cidadãos. Considerada como um direito social, cuja responsabilidade formal é do estado, a saúde passou de urna concepção excludente, centralizadora, medicalizada e hospitalocêntrica para a ideia de atendimento integral, voltado especialmente para a prevenção e para a promoção da saúde, descentralização político-administrativa e de participação da sociedade. (VALENTIN; KRUEL, 2007).

A 8ª Conferencia Nacional de Saúde (VIII CNS) constitui o momento culminante da formação da política ideológica do projeto da reforma sanitária brasileira. Passados dois anos da promulgação constitucional após intensa movimentação e luta dos setores organizados na saúde promulga-se em nível federal a lei nº 8.142/90 denominada conjuntamente com a lei nº 8.080/90, de leis orgânicas da saúde, regulamentando a participação popular no Sistema Único de Saúde (FORTES, 2009).

Segundo Backs et. al, (2009), todo cidadão brasileiro tem direito de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a Lei 8.080, de 1990. A utilização dos serviços prestados pelo SUS, por sua vez, deverá ser garantida através de políticas e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde que possibilitem, também, a participação popular nas

decisões e na implementação das ações. O SUS é um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado que integra o conjunto das ações de saúde da União, estados, Distrito Federal e municípios, no qual cada parte cumpre funções e competências específicas, porém articuladas entre si, o que caracteriza os níveis de gestão do SUS nas três esferas governamentais. O SUS, sob esse enfoque, deve ser reconhecido, apesar da descrença de muitos, como um importante mecanismo de cobertura social no que diz respeito à saúde, servindo como um apoio para superar a fragmentação e a exclusão crescentes na sociedade brasileira atual. Convém sinalizar, no entanto, que tanto os gestores, profissionais e usuários, quanto o governo são responsáveis pela coordenação de esforços para estruturar um SUS eficiente e eficaz. Logo, quanto mais o planejamento desse sistema estiver articulado e integrado com a coletividade, tanto maior será a garantia de um serviço de saúde com qualidade e equidade.

Na sua estruturação o SUS possui os princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) e organizativos (descentralização, regionalização e hierarquização, resolutividade e controle social) sendo regulamentada pela Lei Orgânica de Saúde (Lei Nº8080/90) que dispõe sobre a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência partindo do fundamento de que é livre à iniciativa privada. (VOLPATO et al., 2010).

A participação popular foi garantida na LOS (Lei Orgânica de Saúde) 8.142/90, que dispõe sobre a criação de espaços com poder de decisão no setor através a criação de conselho e conferência nas três instancias: municipal, estadual e federal. Regulamenta as diretrizes para funcionamento dos órgãos representativos e define a maneira que a população irá acompanhar e fiscalizar as políticas de saúde. (SILVA; BARRETA; BERTANI, 2007).

A concepção de controle social estabelece uma nova relação entre o estado sobre o que fazer na saúde e terá que ser negociados com os representantes da sociedade uma vez que eles são quem melhor conhecem a realidade de saúde de sua comunidade. Por isso ela é entendida como uma das formas mais avançadas de democracia (BRASIL, 1998).

A inclusão da participação da comunidade propiciando a criação de diversos mecanismos de articulação entre as esferas de governo e de participação e controle social sobre as políticas públicas. Na área de saúde, tais mecanismos são de duas naturezas: uma se refere aos fóruns de representação das instâncias subnacionais de governo "beneficiários", por assim dizer da descentralização. O fato é, estados e municípios, para os quais o processo de descentralizador, em tese, transfere poder retirado do nível central. Os dois fóruns de participação e articulação, nesse caso são: 10 Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) criado em 1980 e que reúne os secretários de saúde dos 26 estados e do Distrito

Federal e 20 o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) instituído em 1988 e ao qual estão filiados secretários de cerca de 90 dos municípios (FINKELMAL, 2002).

Estes dois colegiados criados antes da nova constituição representam diferentes esferas de poder, constituem elementos fundamentais na articulação entre instancias de governo tanto no âmbito estadual (COMISSÃO BIP ARTITES) como no federal (COMISSÃO TRIPARTITE) (FINKELMAN, 2002).

O funcionamento do SUS faz com que a saúde esteja entre as mais democráticas, pois, além de comportar um alto grau de participação social, sua gestão é um dos modelos de descentralização com maior êxito nos serviços públicos brasileiros. A participação social é expressa pela existência e pelo funcionamento do Conselho de Saúde nos três níveis de governo: municipal, estadual e federal. Os Conselhos de Saúde são imprescindíveis para que haja o repasse dos recursos do Ministério da Saúde para os municípios poderem implantar os programas de saúde, e os mesmos devem existir e funcionar (BRASIL, 2000).

O fortalecimento do exercício da cidadania através do Controle Social da sociedade, em especial na área de saúde há um consenso de que o SUS representa um grande avanço no tocante às políticas públicas, sendo o único sistema com propostas e práticas claras de controle social, transparência administrativa, gestão participativa e democratização. Conselhos de Saúde foram criados e consolidados em praticamente todos os municípios do País, mas os avanços são dificultados pelo fato de que a proposta do SUS - um sistema construído com base em princípios de solidariedade social, que assegura a universalidade do acesso e a integralidade da atenção - não é compatível com o atual modelo econômico (BRASIL, 2003d).

Uma das formas de exercício do controle social é a atuação do Conselho de Saúde. Os quais são compostos por 50 de usuários, 25 de trabalhadores e 25 de prestadores de serviços - público e privado (BRASIL, 2000).

É possível observar que o desempenho do Conselho de Saúde - espaço de consolidação da cidadania - está relacionada à maneira como os integrantes se articulam com as bases sociais, como transformam os direitos e as necessidades de seus segmentos em demanda e projetos de interesse público e como participam da deliberação da política da saúde nos diversos níveis. Nesse sentido, torna-se fundamental desencadear processos de capacitação de Conselheiros de Saúde que possibilitem além da compreensão da estrutura e funcionamento do SUS e do processo de construção do modelo assistencial adequado a seus princípios e diretrizes, também uma compreensão ampliada de saúde, na qual seja possível

uma maior articulação intersetorial, de modo que a ação do conselho possa ser caracterizada como formulação e deliberação de políticas públicas comprometidas com a qualidade de vida (BRASIL, 2003).

3 CONCLUSÃO

Partindo do pressuposto que o sistema público de saúde se tornou um sistema equânime oferecendo atendimento a todo cidadão, só foi possível a partir da constituição de 1988 da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo dados da pesquisa realizada para construção deste trabalho, atualmente o sistema oferece assistência médico hospitalar, ambulatorial e cirurgias de pequeno e grande porte, a população recebe atendimentos básicos de média e alta complexidade.

Sendo o SUS um sistema público, tem como função atender a todos os usuários sem restrições, no entanto, ele sofre com sérios problemas operacionais dificultando assim o acesso da população ao sistema de saúde sendo um destes problemas o de conhecimento e clareza por parte dos profissionais que atuam dentro do sistema, boa parte dos usuários não sabem a quem recorrer quando os seus direitos sofrem com o descaso sendo desrespeitados por pessoas que não buscam conhecer nada sobre os seus deveres com os usuários, tornando-se despreparados para os atendimentos do Sistema Único de Saúde.

Apesar dos vários problemas que dificulta a utilização dos serviços por parte da população o SUS é considerado um dos melhores planos de saúde do mundo. Esse modelo de sistema de saúde gerenciado pela esfera pública deve oferecer, no entanto profissionais responsáveis pela gestão com o máximo de conhecimento dos direitos dos usuários. No que tange o lado do conhecimento esses profissionais deveria conhecer melhor a realidade da população Brasileira e dos serviços de saúde, para poder oferecer um serviço humanizado, de qualidade e resolutivo que atendesse as necessidades das massas, ou melhor, classes sociais menos favorecidas pelo sistema político e financeiro.

REFERÊNCIAS

- AGRA, Walber de M. Manual de Direito Constitucional. São Paulo. Ed. Revista dos Tribunais. 2002.
- ALMEIDA, E. S.; CHIORO, A.; ZIOLTE, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: ROCHA, A. A. Saúde pública. São Paulo: Atheneu, 2000.
- ASSIS, M. M. A.; VILA, T. C. S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. Rev. Lat, Americana de Enfermagem, v. 11, n. 3, p. 376-382, Mai-Jun 2003.
- BACKES, D. S. et. ai. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. Ciência e Saúde Coletiva, Santa Maria-RS, v. 14, n. 3, p. 903-910, 2009
- BELLATO, R; PEREIRA, W. R. Direitos e vulnerabilidade: noções a serem exploradas para uma nova abordagem ética na enfermagem. Texto e Contexto Enfermagem, Florianopolis- se, v. 14, n. 1, p. 17-24, jan-mar 2005.
- BRASIL (2004), Educação Profissional e Docência em Saúde. Análise da situação de saúde. Fiel Cruz. Ministério da Saúde.
- BRASIL 2009. Projeto Direito dos Usuários do SUS. Coordenação Geral de Documentação e Informação. Coordenação da Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde. Brasília, agosto de 2009.
- BRASIL b. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Brasília CONASS, 2007b.
- BRASIL b. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saude. 13a Conferencia Nacional de Saúde e saude e qualidade de vida: políticas de Estado e desenvolvimento: relatório final Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde,2008a
- BRASIL, IP conferência nacional de saúde. Brasilia 15 a 19 de dezembro de 2000 o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso,qualidade e humanização na atenção a saúde, conselho nacional de saúde-ed.,l reimp.-brasilia ministério da saúde 2003c.
- BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil. 18ed. São Paulo. Ed Saraiva. 1998 (Título vrn da ordem Social capo Iell).
- BRASIL, Ministério da Saúde Secretaria Nacional de Assistência a Saúde, do SUS - doutrinas e princípios. Brasília: 1990
- BRASIL, Ministério da Saúde, Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 (Lei Organica de Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras

providências). Brasília. Ministério da Saúde, 1990. Disponível em:
<http://www81.dataprev.gov.br/sistex1pacinas> 42/1 990/50580.html.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde Princípios e diretrizes para gestão de trabalho 'no SUS (NOBIRH SUS). Revista Atual, Brasília, n. 3, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gestão municipal de saúde: texto básico. 20a Ed. Rio de Janeiro 2001, pago 298 - 304.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. SUS 20 anos: a saúde do Brasil 1 Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.36 p.: il. coloro - (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL, MS. O sistema público de saúde brasileira. Seminário internacional tendências e desafios de saúde nas Américas. São Paulo, Brasil 11 a 14 de agosto de 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretaria de Saúde Sistema Único de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Brasília - CONASS, 2007a. Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS. Volume I. pag.19.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretaria de Saúde Sistema Único de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Brasília - CONASS, 2007b. Coleção Progestores. CONASS 25 Anos - Trajetória da Entidade. pag.156.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretaria de Saúde Sistema Único de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS - Brasília -, CONASS, 2003a, ISBN 85-89545-01-6. Disponível em:
 <http://www.aids.gov.br/incentivo/manual/legislacao_sus.pdf> (Acessível também a partir do DATASUS).

BRASIL. Ministério da Saúde Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs> Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE. Ministério da Saúde. Editora MS. 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/edicaoprodutos/livros/pdf/06_0257_M.pdf>. Acesso em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS : visita aberta e direito a acompanhante 1 Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. - 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Mais saúde: direito de todos: 2008 - 2011 Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. - 2. ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, .100 p. : il. - (Série C. Projetos, Programas e Relatórios),2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. SUS principios e conquistas. Secretaria Executiva: Ministério da Saúde: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.
BRASIL. SUS: 20 anos - A saúde do tamanho do Brasil. Portal da Saúde. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/saude>. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. 2010.

COHN, Amélia, O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. Sistema único de saúde coletiva In: Campos, Gastão Wagner de Sousa e et. alo Tratado de saúde coletiva Rio de Janeiro - Fio Cruz, 2006. p. 219 - 246.

DEGANI, V. C. A resolutividade dos problemas de saúde: opiniões de usuários em uma Unidade Básica de Saúde comunitária, 2002. 195f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) Curso de Mestrado em Enfermagem, Escola da Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

DIAS, Eliotério F. A Efetivação e a Judicialização do Direito à Saúde. 2011. 11 f.
FIGUEIREDO, N. M. A .. Ensinando a cuidar da saúde pública /organização São Caetano do Sul. Difusão da enfermagem 2003. Prática de enfermagem. Pago 51 e 53.

FINKELMAN, J. Caminhos da saúde pública no Brasil. / Organizado por Jacobo Finkelman. Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 2002. 382p.

FONTI NELE JÚNIOR, K. Programa de Saúde da Família (PSF) comentada. Goiana: AB, 2003.

FORTES. P. A. Ética do controle social na saúde e os conselhos de saúde. Rev. Bioética, Brasília V 5. N 1. Nov. 2009. Disponível em:
<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revistabioetica/article/view/368>. Acesso em: 05 de fev de 2011. Fundação Osvaldo Cruz. Políticas e Gestão em Saúde. 2004. 112 f. Escola de Governo em Saúde.

GOMES, A.M.A. ET AL. Código dos Direitos e Deveres da Pessoa Hospitalizada no SUS: o cotidiano hospitalar na roda de conversa. Interface - Comuníc., Saúde, Educ., 2008.

HOBBS, W. E. A era dos extremos, o breve século XX -1914-1991. São Paulo companhia das letras, 1995. .

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Comunicação Social: 2010. P.1. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 de outubro de 2011.
http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id

JESUS, P. B. R.; CARVALHO, D. V. Percepção de usuários de Unidades de Saúde da Família sobre a assistência a saúde: uma contribuição da enfermagem. REME. Rev. Min. Enfermagem. Belo Horizonte. V 6. P. 48-56, 2002.

KRAEMER, Maria Elizabeth Pereira. O impacto da contabilidade no sistema da gestão fiscal. Revista Catarinense da Ciência Contábil, Florianópolis. V 3. p.19. Agosto de. 2003. Disponível em: < <http://www.atena.org.br/revistaJojs-2.2.3-08/index.php/CRCSC/article/view/1001>>.

LAUTERT, Liana. ECHER, Isabel Cristina. UNICOVXKY, Margarita Ana Rubin. O ACOMPANHANTE DO PACIENTE ADULTO HOSPITALIZADO. R. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v.19, n.2, p.118-131, jul. 1998. 14 f. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewArticle/4202>>.

MASSAROLLO, N.C. et. al. Direito dos usuários dos serviços de saúde: aspectos da prática profissional de enfermagem na assistência ao adulto. Porto Alegre: Artimed, 2006. MINAYO, M. C. de S. (org). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 22 ed. Rio de Janeiro. Editora Vozes. 2003.

MOIMAZ, S. A. S. et. al. Satisfação percepção dos usuários do SUS sobre o serviço público de saúde. Physis (on-line). 2010, Vo120, n 44. P. 1419-1440.

MORETTO, E. S. K. Os enfermeiros e o SUS: da realidade a possibilidade. UFP Série Dissertações Enfermagem, Passo Fundo, 2001.

MUNHEN, A. P. et. al. O princípio da universalidade de acesso ao serviço de saúde: O que pensa os usuários. Esc, Ana Nery revista de enfermagem, 2009.

PAIN, LS. Determinantes da situação de saúde no Brasil a partir da república. In: Vieira da Silva LM. Saúde coletiva textos didáticos. Salvador Centro editorial e didático da UFBA, 1994:47-59.

RIBEIRO, M. C. S.A. et. al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. Revista Ciência e Saúde coletiva. 11 (4): 1011 - 1022, 2006

RIGHI, Ângela W. SCHMIDT, Alberto S. VENTURII\TJ., Jonas C. QUALIDADE EM. SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: UMA AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). v.10, n.3, set. 2010. p. 649-669. ROCHA, A. A. Saúde Pública Editores Aristides Almeida Rocha, Luiz Galvão Cesar, - São Paulo: Atheneu, 2008.

SANTOS, E. M. Gestão participativa: estratégia de consolidação dos Sistema Único de Saúde. Ciências Biológicas da Saúde, Londrina, v. 30, p. 107-112, jun-dez 2009.

SANTOS, L. Saúde: conceito e atribuições do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrinaltexto.asp?id=7378> Elaborado em 06.2005. Acesso em julho de 2010.

SANTOS, M. P. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção a saúde da criança sob a ótica dos usuários. Rev. Bras. Enfenn. Brasília, V 48, P. 109-19, 1995.

SCHWARTZ, Gennano. RACTZ, Juliana, O direito público subjetivo à saúde: efetividade via políticas públicas. Revista DIREITO E JUSTIÇA - Reflexões Sociojuridicas - AnoVI- N°9 - Novembro 2006. 18 f. Disponível em: <http://lrsrvapp2s.urlsan.tche.br/seer/index.php/direito_e_Justicalarticle/view/300/197>.

SILVA E.; BAR-RETA, F.; BERTA..NI, J. As polítieas públicas de saúde no Brasil. O Sistema Único de Saúde (SUS) e a rede de saúde em Franca, Serviço Social e realidade. V16. N 1; 2007.

SILVA, A. X.; CRUZ, E. A.; MELO, V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social, Ciências de Saúde Coletiva, v. 12, n. 3, Maio-jun 2007.

SIMÕES, A. L. et. al, Humanização da saúde: infoque na atenção primária. Texto e contexto enfermagem, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 439-444, Jul-Set 2007.

VIGENTES. Revista Eletrônica Lato Sensu. 13 de dezembro de 2006 Ano 2, n01, julho de 2007.22 f. ISSN 1980-6116. Disponível em: <<http://www.unicentro.br>>. Ciências da Saúde. Acesso em: 04 de dez de 2011.

TRAVASSOS C. MARTINS M. Uma revisão sobre conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública 2004; 20 (Supl 2):S 190-S 198.

TURRINE, Ruth N T. LEBRÃO, Maria L. CESAR, Chester L G. Resolutivldade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(3):663-674, mar, 2008.

VALENTE, L V.; KRUEL, A. J. A importancia da confiança interpessoal para consolidação do Programa Saúde da Família. Cíêne. Saúde Coletiva (on line), v. 12, n. 3, p. 777 - 788,2007.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. Sistema único de saúde coletiva lu: Campos, Gastão Wagner de Sousa e et. alo Tratado de saúde coletiva Rio de Janeiro - Fio Cruz, 2006.

VOLPATO, L. F. et. al. 2010 Planejamento de qualidade nas Unidade de Saúde da Família, utilizando o Desdobramento da Função Qualidade (DFQ). Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 26(8): 1561.1572. Ago, 2010.