

CLÁUDIO FONSECA FILHO

**SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E O PRECÁRIO
ATENDIMENTO À POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA**

Trabalho de Conclusão de Curso - Monografia apresentada ao Departamento de Estudos da Escola Superior de Guerra como requisito à obtenção do diploma do Curso de Altos Estudos de Política e Estratégia.

Orientador: Professora Sonia Dutra.

Rio de Janeiro
2014

Este trabalho, nos termos de legislação que resguarda os direitos autorais, é considerado propriedade da ESCOLA SUPERIOR DE GUERRA (ESG). É permitido a transcrição parcial de textos do trabalho, ou mencioná-los, para comentários e citações, desde que sem propósitos comerciais e que seja feita a referência bibliográfica completa.

Os conceitos expressos neste trabalho são de responsabilidade do autor e não expressam qualquer orientação institucional da ESG

Cláudio Fonseca Filho

Biblioteca General Cordeiro de Farias

Fonseca Filho, Cláudio.

Saúde Pública no Brasil e o Precário Atendimento à População de Baixa Renda / Administrador Cláudio Fonseca Filho.- Rio de Janeiro: ESG, 2014.

50 f.

Orientador: Professora Sonia Maria Fleischmann Dutra de Menezes.
Trabalho de Conclusão de Curso – Monografia apresentada ao Departamento de Estudos da Escola Superior de Guerra como requisito à obtenção do diploma do Curso de Altos Estudos de Política e Estratégia (CAEPE), 2014.

1. Saúde Pública. 2. Constituição Federal. 3. População de Baixa Renda. 4. Atendimento Digno. 5. Hospitais Públicos. 6. Poder Público.
I.Título.

A todos da família que durante o meu período de formação contribuíram com ensinamentos e incentivos.

A minha gratidão, em especial a minha amada esposa e ao meu querido filho, pela compreensão, como resposta aos momentos de minhas ausências e omissões, em dedicação às atividades da Escola Superior de Guerra.

AGRADECIMENTOS

Aos meus professores de todas as épocas por terem sido responsáveis por parte considerável da minha formação e do meu aprendizado.

A professora Sonia Dutra que me acompanhou em todas as fases do meu trabalho de conclusão de curso que, apoiado na sua sabedoria e principalmente nas suas orientações precisas, possibilitou a conclusão desta minha monografia.

Aos estagiários da melhor Turma do CAEPE pelo convívio harmonioso de todas as horas.

Ao Corpo Permanente da Escola Superior de Guerra pelos ensinamentos e orientações que me fizeram refletir, cada vez mais, sobre a importância de se estudar o Brasil com a responsabilidade implícita de ter que melhorar.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.”

Constituição da República Federativa do Brasil

RESUMO

Este trabalho aborda o atendimento médico à população, com renda familiar mensal de até três salários mínimos, pela rede pública de saúde. A grande maioria da população não dispõe de recursos para pagar plano de saúde, mas pagam seus impostos e, portanto esperam do Estado atendimento digno nos hospitais públicos espalhados em todo território nacional. Porém, o atendimento recebido, principalmente pela camada menos favorecida da população é desumano. Esta monografia descreve o resumo histórico da saúde pública no Brasil, desde o período colonial até os dias atuais, identificando possíveis causas que contribuíram para o sucateamento da rede pública de saúde, citando medidas que podem ajudar a população de baixa renda a ter um melhor atendimento médico. A metodologia empregada para esta monografia foi pesquisa descritiva, de caráter acadêmico, numa base bibliográfica de cunho qualitativo, pautada em artigos publicados sobre saúde pública em livros, revistas, jornais e redes eletrônicas. Entrevista semi-estruturada sobre questões delimitadas na saúde pública, com profissional que atende a essa população de baixa renda. Bem como a Constituição da República Federativa do Brasil no que tange à ordem social, seguridade social e saúde, a Lei que criou o Sistema Único de Saúde, o Decreto que instituiu o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e as Portarias relativas a Unidades Básicas de Saúde e Unidade de Pronto Atendimento. A população brasileira, principalmente a de menor renda, depende do Poder Público para receber atendimento médico e o Sistema Único de Saúde pode ser o melhor plano de saúde para essa população. Para tal foram abordadas ações que poderão contribuir para o fortalecimento deste Sistema.

Palavras chave: Saúde Pública. Constituição Federal. População de Baixa Renda. Atendimento Digno. Hospitais Públicos. Poder Público.

ABSTRACT

This paper addresses the medical care provided by the public healthcare system to the Brazilian population. The vast majority of the population does earn enough resources to pay for health insurance, but yet pay their taxes and, therefore, expect dignified State-provided care at public hospitals throughout the country. However, the service received, especially by the less privileged segment of the population, is considered inhumane. This study describes the historical background of public healthcare in Brazil, from the colonial period to the present day, identifying possible causes which contributed to the elimination of the public healthcare system. It also cites measures that can aid lower-income earners to receive better healthcare treatment. The methodology adopted was descriptive research, academic character, and a bibliographic database used in a qualitative nature, based upon articles about public healthcare published in books, magazines, newspapers and electronic networks. In addition, a semi-structured interview was conducted with a public health professional who routinely confronts these lower-income population's issues. Lastly, this study employed the Constitution of the Federative Republic of Brazil with its principles relating to social order, social security and health; and its subsequent law which created the National Health System, the decree that established the Office of Mobile Emergency Care and the ordinances relating to basic units of health and emergency care. The Brazilian population, especially the lower-income, depends on the government to provide medical care. The Health System may be the best plan for this population, and thus, proposals have been addressed that could contribute to the strengthening of this invaluable system.

Keywords: Public Healthcare. Federal Constitution. Lower-Income Population. Worthy care. Public hospitals. Power of the Public.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Verba para Saúde Pública na Década de 50.....	22
Tabela 2	Participação do Ministério da Saúde no Orçamento da União	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
DTS	Doenças Sexualmente Transmissíveis
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
FUNRURAL	Programa de Assistência ao Trabalhador Rural
PPA	Plano de Pronto Ação
CPMF	Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IDEC	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
TCU	Tribunal de Contas da União
CGU	Controladoria-Geral da União
CT&I	Ciência, Tecnologia e Inovação
FMI	Fundo Monetário Internacional

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVO	14
2.1	QUESTÕES NORTEADORAS	14
2.2	QUESTÕES DE ESTUDO	14
2.3	METODOLOGIA	14
2.4	ESTRUTURA PROVÁVEL.....	15
3	RESUMO HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	16
3.1	PERÍODO COLONIAL E A SAÚDE PÚBLICA.....	16
3.2	TRANSFERÊNCIA DA CORTE PORTUGUESA PARA O BRASIL E A SAÚDE PÚBLICA	17
3.3	GOVERNOS REPUBLICANOS E A SAÚDE PÚBLICA.....	18
3.4	ESTADO NOVO E A SAÚDE PÚBLICA	20
3.5	MINISTÉRIO DA SAÚDE E A SAÚDE PÚBLICA	21
3.6	SAÚDE PÚBLICA E A MEDICINA PRIVADA	23
3.7	GERENCIAMENTO DOS INSTITUTOS PREVIDENCIÁRIOS	24
3.8	GOVERNO MILITAR E A SAÚDE PÚBLICA	25
3.9	NOVA REPÚBLICA E A SAÚDE PÚBLICA	29
3.10	SUS E A SAÚDE PÚBLICA	30
3.11	OS NÚMEROS DO SUS E A SAÚDE PÚBLICA	32
3.12	AS DIFICULDADES DO SUS NO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO	36
3.13	O QUE FAZER PARA MELHORAR O ATENDIMENTO DO SUS E A SAÚDE PÚBLICA	39
3.14	OUTRAS AÇÕES NO SUS PARA SAÚDE PÚBLICA	42
3.15	O TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO E A SAÚDE PÚBLICA.....	44
4	CONCLUSÃO	48
	REFERÊNCIAS	52

1 INTRODUÇÃO

“A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.” (Artigo 196 da Constituição Federal).

O SUS, Sistema Único de Saúde, foi criado pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 a qual “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”.

O artigo 2º cita “que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

Na prática, observa-se que o Sistema de Saúde no Brasil está longe de atender às necessidades de quem procurar a rede pública para atendimento médico, principalmente à população mais carente, com renda familiar mensal de meio salário mínimo até três salários mínimos.

Esta população é a que mais sofre com o atendimento precário dos hospitais públicos, chegando de madrugada enfrentando enormes filas em busca de uma senha de atendimento, na esperança de encontrar o médico para ouvir a sua queixa, encontrar leitos suficientes para internação, medicamentos para os enfermos e equipamentos médicos funcionando.

No entanto a realidade é outra. Pacientes na fila não sendo atendidos, aqueles que conseguem entrar no hospital, são atendidos nos corredores, poucos médicos para ouvir suas queixas, quantidade de leitos insuficientes para atender à demanda de internações, equipamentos médicos quebrados, consultas remarcadas pelos mais diversos motivos, pacientes morrendo na fila por falta de atendimento e hospitais sucateados e sem manutenção, enfim, total desrespeito com aquele que paga seus impostos e espera do Estado um atendimento mais digno e mais humano.

A grande maioria da população não dispõe de recursos para pagar plano de saúde, mas pagam seus impostos e, portanto espera do Estado atendimento digno nos hospitais públicos espalhados em todo território nacional. Porém, o atendimento recebido, principalmente pela camada menos favorecida, é desumano.

Promessas para a melhoria da saúde pública no Brasil são repetidas de quatro em quatro anos pelos políticos candidatos às eleições para vereadores,

deputados estaduais e federais, governadores de estados e presidentes da República, que aproveitam o caos da saúde pública brasileira para prometer soluções nos comícios realizados nas ruas, nas rádios, nos canais de televisão e propagandas políticas publicadas nos jornais, nos panfletos distribuídos em locais públicos e também nas redes sociais.

Prometem acabar com as filas nas portas dos hospitais, prometem acabar com os atendimentos nos corredores dos hospitais, prometem aumentar o número de leitos nos hospitais, prometem comprar novos equipamentos médicos para os hospitais, prometem obras de reparo e/ou ampliação hospitais, prometem construir novos postos de saúde e novos hospitais para aumentar a oferta de atendimento médico à população e ainda, em discursos inflamados, dizem ser a saúde pública a principal meta das suas campanhas.

A população, sofrida e cansada de ser mal atendida nos hospitais, acredita e vota nesses políticos e muitos, com os votos dessa camada da população, conseguem se eleger e depois de empossados, não cumprem as promessas de campanha e a população carente continua a ser mal tratada nos hospitais públicos do Brasil pelos próximos quatro anos.

Estes mesmos políticos retornam com as suas campanhas e repetem as mesmas promessas e o povo sofrido, renova sua esperança na melhora da saúde pública brasileira.

A interpretação que serve de pano de fundo para esclarecer essa questão no campo da saúde pública, em especial ao atendimento da população mais carente da sociedade será pautada no analista Cláudio Bertolli, que retrata uma realidade dramática e histórica que permitirá compreender melhor o porquê do quadro atual da saúde pública brasileira e também nos especialistas (Paim, Nunes, Teixeira e Solla, Moraes) que escreveram sobre o direito à saúde e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), onde procuram esclarecer o que é o que não é o que faz o que deve fazer e o que pode fazer o SUS na busca por uma saúde pública de qualidade, de forma a torná-la mais humana e mais acessível à população.

Sabemos que a saúde é direito de todos e dever do Estado previsto na Constituição Federal e a criação do SUS foi a condição para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como para organização e pelo bom funcionamento dos serviços no atendimento ao público que recorre aos hospitais públicos,

principalmente a população de baixa renda, população esta que cobra das autoridades do País melhor atendimento nos hospitais do Sistema Único de Saúde.

2 OBJETIVO

Esta monografia procurará avaliar o fato, levantando o contexto histórico da saúde pública no Brasil visando avaliar os motivos que levaram ao atual estado, bem como analisar a questão, procurando delinear argumentos e recomendações a partir do exame da literatura disponível e recente, tendo como foco o atendimento à população de baixa renda nos hospitais públicos nos últimos quatro anos¹.

2.1 QUESTÕES NORTEADORAS

1. Porque a população de baixa renda recebe atendimento precário nos hospitais da rede pública de saúde;
2. Que fatores contribuíram para esse mau atendimento;
3. Que sugestões poderão ser dadas visando contribuir para um melhor atendimento a esta população.

2.2 QUESTÕES DE ESTUDO

As questões propostas visam identificar possíveis causas que contribuíram para o sucateamento da rede pública de saúde, sugerindo medidas que possam ajudar a população mais carente a ter um melhor atendimento.

2.3 METODOLOGIA

Pesquisa descritiva, de caráter acadêmico, visa analisar o precário atendimento da população de baixa renda pelos hospitais públicos e para tal será realizada numa base bibliográfica de cunho qualitativo, pautada em artigos publicados em livros, matérias sobre este assunto em revistas, jornais e redes eletrônicas. Entrevista semi-estruturada sobre questões delimitadas na saúde pública, com profissional que atende a essa população de baixa renda, bem como a Constituição Federal que

¹ BRASIL. Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007. Art. 4º Para fins deste Decreto adotam-se as seguintes definições: II – família de baixa renda: sem prejuízo do disposto no inciso I: b) a que possua renda familiar mensal de até três salários mínimos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jun. 2006. Seção 1, p. 3.

aborda a ordem social, seguridade social, saúde e a lei nº 8.080 que criou o Sistema Único de Saúde para regular as ações e o serviço de saúde no País.

2.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

A monografia deverá ter à seguinte sequência de tópicos: introdução já apresentada; resumo histórico da saúde pública no Brasil; contextualização sobre as discussões relativas ao atendimento dado à população de baixa renda nos hospitais do Sistema Único de Saúde nos últimos quatro anos versus a legislação existente que regula este atendimento nos hospitais públicos à luz do que preconiza a Constituição Brasileira e conclusão, com argumentos e recomendações discorridos na monografia, visando colaborar com sugestões que visem possibilitar atendimento mais humano à população carente que procura a rede pública de saúde.

3 RESUMO HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

O atendimento médico à população, desde o Período Colonial, é considerado problema de saúde pública no Brasil.

3.1 PERÍODO COLONIAL E A SAÚDE PÚBLICA

O problema da saúde pública no Brasil existe desde o período em que ainda era colônia de Portugal. O atendimento hospitalar para a maioria da população das cidades brasileiras era feito nas Santas Casas. A primeira foi fundada na Vila de Santos em 1543, seguida pelas do Espírito Santo, Bahia, Rio de Janeiro e Vila de São Paulo, todas financiadas por doações das elites regionais e também por verbas públicas.

Os baixos salários dos médicos e cirurgiões, o medo dos riscos que enfrentariam em razão dos conflitos que na época existiam com os indígenas, aliado às poucas chances de sobrevivência de colonizadores brancos e escravos africanos, em razão das diversas e constantes enfermidades, agravadas com os poucos recursos que dispunham, mostrava um quadro desfavorável para o exercício da profissão de médico e cirurgião.

A imensa extensão territorial e a pobreza existente na maioria da população fazia com que poucos tivessem condições de pagar consulta. A população mais pobre tinha medo de passar por tratamento médico, que na época, era basicamente com purgantes e sangrias, o que na maioria das vezes enfraquecia ainda mais os enfermos e causava a morte daqueles que se encontravam em estado mais grave.

A população pobre da colônia, para curar as suas enfermidades, preferia utilizar remédios recomendados por curandeiros, negros ou indígenas visto que os médicos formados na Europa cobravam caro a consulta e só os ricos tinham condições de pagar.

Nesse período a população não contava com serviço de saúde eficiente e os médicos só eram procurados em situações de surtos epidêmicos, como por exemplo, surtos de varíola.

Nos surtos, os médicos e os curandeiros tinham muito pouco a fazer porque a varíola, assim como as outras doenças infectocontagiosas eram desconhecidas e não existiam remédios para combater essas enfermidades. A opção encontrada era

afastar os enfermos dos sadios, prática esta aceita não só pelos médicos como também pelos pacientes.

Era comum os enfermos infectados, afastados dos ambientes onde estavam os sadios, morrerem sozinhos nas matas localizadas perto dos povoados e vilas.

Dos povoados e vilas a epidemia alastrava-se para os sertões, matando grande número de índios e escravos que trabalhavam nos engenhos de açúcar do Nordeste e na extração do ouro, em Minas Gerais.

3.2 TRANSFERÊNCIA DA CORTE PORTUGUESA PARA O BRASIL E A SAÚDE PÚBLICA

Com a chegada da Corte portuguesa ao Brasil em 1808 foi determinante às mudanças na administração pública e na área da saúde pública. Sendo a sede provisória do império lusitano e principal porto do país, a cidade do Rio de Janeiro passou a ser o centro das ações sanitárias do Império.

Para possibilitar atendimento mais frequente e organizado na área sanitária e para acelerar a formação de médicos, por ordem real, foram fundadas em 1813, no Rio de Janeiro, a Academia Médico-Cirúrgica, e outra em 1815, na Bahia.

Em junho de 1829, com o objetivo de cuidar melhor da saúde da população, foi criada a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, órgão consultivo do Imperador D. Pedro I que tinha como foco a higiene e políticas de saúde pública. Neste local os principais clínicos da cidade se reuniam para debater assuntos específicos sobre saúde e doenças humanas, viabilizar o crescimento das diversas áreas da medicina e ampliar a participação dos profissionais de saúde junto ao Governo Imperial.

A associação era dividida em quatro seções: vacinação, consultas gratuitas, doenças repugnantes e higiene geral da cidade do Rio de Janeiro. Dois dias da semana eram dedicados às consultas gratuitas aos indigentes, sendo doados medicamentos por um farmacêutico, membro honorário da Sociedade. As Academias posteriormente (1832) foram transformadas nas primeiras Escolas de Medicina do Brasil.

A Junta de Higiene Pública foi criada com foco na cidade. Porém, esta Junta não atingiu seu objetivo, se mostrando ineficaz no atendimento da população local e mesmo passando por reformulações, ainda assim, não conseguiu melhorar, comprometendo a saúde da população.

As medidas sanitárias que foram tomadas no sentido de atender melhor à população se mostraram ineficazes. Os enfermos, para sobreviver, lutavam contra as doenças e conseqüentemente, contra a morte. Como não podiam pagar médicos e não recebiam da Corte nenhuma proteção, a única alternativa que dispunham para tratar das suas doenças eram os curandeiros negros que receitavam remédios populares.

A população pobre da cidade evitava os poucos hospitais públicos existentes e também as Santas Casas em razão do mau atendimento. Quando internados, os riscos de contaminação eram grandes. Os pacientes eram recebidos juntos na enfermaria e se fosse necessário internar, por falta de leito, era comum dois ou mais pacientes dividirem a mesma cama. A falta de higiene e o alto índice de óbitos da população mais pobre desestimulavam as famílias internar seus parentes.

A fase imperial terminou e apesar das tentativas de mudar este quadro caótico, não conseguiu resolver os graves problemas de saúde da população, principalmente da população mais carente.

3.3 GOVERNOS REPUBLICANOS E A SAÚDE PÚBLICA

Com a chegada da República, os governos queriam uma nova organização para os serviços sanitários e conseqüentemente para saúde pública brasileira.

As juntas e inspetorias de higiene nunca foram eficientes, e em nada, melhoraram a saúde da população, principalmente para camada mais carente da sociedade.

Essas juntas e as inspetorias de higiene foram substituídas por serviços sanitários estaduais, porém, foram igualmente ineficientes, sendo criticadas pela população que procurava atendimento. As próprias autoridades criticavam o atendimento, mas também pouco fizeram para mudar este quadro.

A falta de organização nos serviços de saúde nos primeiros anos da República permitiu que ocorressem surtos epidêmicos no país, vitimando milhares de pessoas. Esta situação calamitosa obrigou o governo federal a investir nos médicos higienistas dando cargos importantes na administração pública. A proposta era, além de implementar novas medidas de saneamento público e fiscalização sanitária, também ensinar aos habitantes das cidades regras básicas de higiene.

Outras medidas foram tomadas visando combater os surtos epidêmicos que assolava as cidades, tais como combater os ratos e insetos transmissores de doença, realizar drenagem de pântanos e correção dos rios causadores de enchentes, todos importantes focos transmissores de doenças, principalmente a peste bubônica oriunda da urina do rato.

A reforma urbana nas cidades também foi implementada visando eliminar os focos de doenças. O isolamento das pessoas infectadas por moléstias contagiosas e pacientes doentes foram medidas tomadas para evitar o contágio da população sadia. Aqueles portadores de doenças contagiosas ou mentais eram compulsoriamente internados nos hospitais públicos para não permitir o aumento do surto das doenças infectocontagiosas na cidade.

Com a intenção de realizar uma nova política para a saúde pública brasileira, incorporando novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos para a proteção da saúde coletiva, os governantes republicanos, pela primeira vez no Brasil, elaboraram detalhados planos de combates às enfermidades, enfermidades estas que contribuíam com elevado número de óbitos e com a diminuição da vida produtiva da população.

Os governos republicanos, não dão a devida importância para a política social, apesar do trabalho que cada cidadão executa ser a grande fonte para riqueza nacional. A promessa de melhorar o padrão de vida da população na verdade nunca foi prioridade do governo, os investimentos direcionados para produção, privilegiavam mais as elites econômicas em detrimento da parcela mais pobre da sociedade. O regime republicano acaba por manter a mesma política de desigualdade, ou seja, beneficiando os mais ricos e condenando a maioria da população a condições precárias de vida. O compromisso dos governos republicanos com as necessidades básicas da população, principalmente com os menos favorecidos, foi relegado a segundo plano, não participando das decisões governamentais, continuando a receber baixos salários e vivendo mal, tendo como consequência uma vida produtiva mais curta. Assim, com este quadro, ficava cada vez mais difícil superar a pobreza instalada no Brasil.

As camadas mais ricas da sociedade consideradas elites econômicas, foram as que mais lucraram com as transformações urbanísticas e sanitárias. A higiene pública acontecia nos bairros onde moravam, tais como água encanada, luz elétrica, esgotos, etc. Os pobres continuavam relegados às precárias condições de

sobrevivência, morando em cortiços, sem saneamento, expondo-os às mais diversas enfermidades. Os governantes prometiam higiene pública a todos os cidadãos, porém isso só acontecia em surtos epidêmicos, do contrário, ficava claro que os menos favorecidos não podiam contar com ajuda do Estado.

A República Velha criou muitas leis, porém, pouco fez pelos trabalhadores no que diz respeito ao direito de assistência médica e indenização por enfermidade ou por acidente de trabalho, obrigando a recorrer aos hospitais públicos filantrópicos que não cobravam de pacientes pobres.

3.4 ERA VARGAS E A SAÚDE PÚBLICA

Era Vargas é o período de 1930 até 1945, quando o Brasil esteve sob a liderança de Getúlio Vargas. Em novembro de 1930 foi instalado o Ministério da Educação e da Saúde Pública passando a área sanitária a integrar o setor educacional. Deu-se a institucionalização da saúde pública brasileira. Coube a este novo Ministério remodelar os serviços sanitários do país, com a promessa do Estado de zelar pelo bem-estar sanitário da população, sendo esta proposta muito bem aceita nas áreas onde a assistência médico-hospitalar era precária.

O Presidente Getúlio Vargas, após o golpe que criou o Estado Novo em 1937, fazia uma política populista, voltada para a população urbana que estava empregada nos setores industrial e comercial. Deu mais atenção à questão social ouvindo a população que clamava por saúde e direitos para os trabalhadores urbanos obtendo assim apoio social e político da população mais pobre.

Para garantir assistência médica a uma maior parcela da população urbana organizou as caixas de aposentadoria e pensões e os institutos de previdência, todos sob a administração do Estado.

No entanto as caixas prestavam um serviço irregular, oferecendo pouca cobertura aos doentes mais graves, como por exemplo, os operários com tuberculose. O longo tempo de tratamento levava esse doente a ser internado nos sanatórios localizados nas regiões serranas, longe do trabalho e da família. Os institutos previdenciários criaram uma legislação própria para os tuberculosos e davam a eles a opção de receber parte do salário para tratar por conta própria a sua saúde ou então se submeter ao isolamento em um sanatório, abrindo mão de

qualquer ajuda econômica. Nenhuma dessas alternativas garantia o apoio necessário ao doente tuberculoso.

Os operários sem carteira de trabalho e que não contribuía para a caixa da sua categoria profissional, para receber atendimento médico, recorriam aos hospitais filantrópicos, sendo considerados pela administração desses hospitais como indigentes, triste rótulo para quem não tem dinheiro para pagar o tratamento médico particular.

O governo de Getúlio Vargas, no campo da saúde dos trabalhadores, graças à nova legislação, avançou quando comparado aos períodos anteriores, possibilitando assistência médica para aqueles que antes eram completamente desamparados, conseguindo dessa camada da população grande estima sendo chamado pelo povo de “pai dos pobres” apesar de ainda encontrar brasileiros sem acesso à saúde tanto no campo como na cidade.

Durante o Estado Novo, técnicas pedagógicas e de comunicação foram implementadas com cartazes e folhetos, trazendo ilustrações coloridas de fácil compreensão, mesmo para aqueles que não sabiam ler, abordando princípios da medicina sanitária, visando com essa campanha reforçar a educação da população no que tange à higiene e saúde.

As mortes causadas por enfermidades epidêmicas nos grandes centros urbanos do sul e sudeste do Brasil diminuíram, porém, as doenças de massa atingiam milhares de pessoas, destacando as doenças endêmicas como hanseníase, tuberculose, doença de Chagas, doenças gastrointestinais e as doenças sexualmente transmissíveis (DTS).

Apesar do governo Getúlio Vargas mostrar uma certa melhora na saúde pública, o investimento no setor de saúde ainda era muito pequeno comparado à demanda. Os hospitais não foram suficientes para preservar a saúde da população e a morte de brasileiros sem receber a devida assistência médica ainda continuava acontecendo.

3.5 MINISTÉRIO DA SAÚDE E A SAÚDE PÚBLICA

O Ministério da Saúde foi criado em maio de 1953, no segundo período presidencial do governo de Getúlio Vargas. A nova pasta iniciou com verbas irrisórias e permaneceu assim durante toda a década de 50, comprovando o

descaso das autoridades com a saúde pública brasileira. Os poucos recursos impediam a aquisição de equipamentos apropriados, contratação de funcionários especializados e melhora nos postos de atendimento à população. O novo Ministério contribuiu muito pouco para a redução da mortalidade, bem como o índice de morbidade das doenças que incapacitavam para o trabalho.

A tabela abaixo compara o Brasil com outros países com relação à verba destinada à saúde pública durante a década de 50.

VEBAS PARA A SAÚDE PÚBLICA NA DÉCADA DE 50

País	% do PIB gasto com saúde	% Mortalidade geral
Estados Unidos	4,5	9,3
Grã-Bretanha	3,5	11,7
Países Baixos	3,3	7,6
Noruega	3,0	8,5
Japão	3,0	7,8
Suíça	3,0	10,1
França	2,8	12,2
Suécia	2,2	9,5
Brasil*	1,2	13,2

(*) Dados estimados

Tabela 1: Verba para a Saúde Pública na Década de 50

Fonte: Saúde e Previdência (1981, p. 158).

Os poucos recursos para a saúde pública impediam que o Estado melhorasse a situação da saúde no Brasil. A falta de pessoal especializado, falta de equipamentos médicos, reduzido número de postos de atendimento aliado, à falta de ânimos dos servidores que trabalhavam nos hospitais e postos de saúde e, à falta de reformas fundamentais eficientes, descompasso entre atividades federais, estaduais e municipais, bem como, a redução das verbas para o saneamento básico, para a geração de empregos, alimentação e assistência aos doentes, contribuíram para que o Ministério da Saúde atuasse de maneira ineficiente.

Além das dificuldades apontadas, o Ministério da Saúde também era alvo de clientelismo com a interferência de políticos e partidos políticos. Para apoio nas

eleições, os votos eram trocados por ambulâncias, leitos, profissionais de saúde e vacinas, muitas vezes superiores à demanda de uma região em detrimento de outras, com mais necessidade, porém, permaneciam com assistência médica-sanitária precária por ser uma região com reduzido votos aos políticos. Com esse tipo de interferência política, importantes projetos de saneamento eram interrompidos.

Outro fator que também contribuiu com a pouca eficiência do Ministério da Saúde foram as constantes trocas de ministro, demonstrando uma clara interferência política. Nas duas primeiras décadas (1953 a 1973) de atuação essa pasta teve dezenove titulares, onde cada ministro nomeado trabalhava pouco mais de um ano, ou seja, cada ministro que assumia a pasta interrompia o que estava sendo realizado, iniciando novos projetos que por sua vez eram igualmente interrompidos com a indicação de novo ministro e assim, sucessivamente no decorrer dos anos e enquanto isso a população continuava a sofrer com uma saúde pública deficiente.

As áreas rurais deveriam ser quase que exclusivamente atendida pelo Ministério da Saúde, porém, não eram. As áreas industriais, povoadas pela população trabalhadora, eram atendidas em hospitais e clínicas dos convênios com institutos de pensões e aposentadorias mantidos pela classe trabalhadora e seus patrões. Esse atendimento aos segurados pelas caixas e institutos era, por força de leis, a garantia para que a Previdência assumisse a assistência médico-hospitalar dessa classe trabalhadora, porém, por causa da precariedade na administração desses órgãos previdenciários, era comum ver longas filas de pacientes nas portas dos hospitais, consultas médicas de poucos minutos, internação de pacientes em estado grave cada vez mais difícil e morte de trabalhadores sem adequado atendimento nas emergências fruto da baixa qualidade dos serviços prestados.

Sai governo, entra governo e não se vê nenhuma grande melhoria na saúde pública brasileira. A sociedade não recebe do Estado atendimento adequado e em situação bem pior a população mais carente que diariamente sofre e clama por um sistema de saúde no mínimo mais humano.

3.6 SAÚDE PÚBLICA E A MEDICINA PRIVADA

Em 1967, durante o governo militar, com a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social

surgiu uma demanda muito maior que a oferta. A solução encontrada pelo governo foi pagar a rede privada pelos serviços prestados à população. Mais complexa, a estrutura foi se modificando e em 1978 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, que ajudou nesse trabalho de intermediação dos repasses a iniciativa privada.

O atendimento precário à população possibilita aos empresários a oportunidade de obter grandes lucros com a privatização do atendimento médico. Esses empresários passaram a pressionar os governos federal e estadual para restringir ou mesmo interromper a construção de hospitais públicos. Os proprietários de casas de saúde desestimulavam o Estado de competir com a medicina privada, pelo contrário, o Estado deveria realizar doações e empréstimos a juros baixos para que esses empresários pudessem criar redes de clínica e hospitais, vendendo serviços à população, aos institutos de aposentadoria e pensões e ao próprio governo.

Os políticos aprovavam leis e destinavam verbas oficiais que privilegiavam grupos privados prestadores de serviços médico-hospitalares. As clínicas e hospitais que tinham deputados como sócios recebiam recursos públicos através de acordos políticos e a rede pública de saúde com menos verba para aplicar na melhoria do atendimento população.

À medicina privada atendia àqueles que podiam pagar e a população mais pobre, sem condições de arcar com este custo, continuava a receber o mau atendimento de sempre.

3.7 GERENCIAMENTO DOS INSTITUTOS PREVIDENCIÁRIOS

A dificuldade de gerenciamento dos institutos e o grande número de reclamações da classe trabalhadora obrigou o Estado a sancionar em 1960 a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS). Com esta Lei, o Estado procurou oferecer uma nova organização para as administrações e serviços das agências previdenciárias.

A classe trabalhadora era filiada aos mais diversos institutos, dependendo do seguimento profissional ao qual estava prestando serviço. Cada instituto tinha autonomia para cobrar o percentual que julgasse adequado e assim, institutos descontavam do salário do trabalhador percentuais diferenciados.

Com a LOPS, houve uma uniformização das contribuições que eram descontadas do salário para os institutos aos quais estavam filiados, passando agora todo trabalhador a descontar do seu salário 8% independentemente da vinculação e o governo federal, por sua vez, pagaria os mesmos 8%.

Apesar desse aporte financeiro, não houve, como se esperava, um equilíbrio nas contas dos institutos e conseqüentemente, melhoria nos serviços prestados, ou seja, a população, na sua maioria, continuava a ter atendimento precário nos hospitais e postos de saúde.

3.8 GOVERNO MILITAR E A SAÚDE PÚBLICA

O regime democrático termina em 1964 com o surgimento do governo militar. Nesse governo, o Ministério da Saúde teve redução das verbas destinadas à saúde pública, de 4,10% em 1963 para 3,65% em 1964. As reduções orçamentárias nessa pasta se mantiveram durante o período do governo militar. Em contrapartida, em nome da segurança e do desenvolvimento, o governo militar aumentou os orçamentos dos ministérios Militares, dos Transportes e da Indústria e Comércio mostrando assim que a saúde pública não era prioridade do governo.

No governo militar o Ministério da Saúde se restringiu tão somente à elaboração de projetos e programas, delegando a outras pastas, como as da Agricultura e da Educação, uma parte da execução das tarefas sanitárias visto que saneamento, distribuição de água tratada e coleta de esgoto era responsabilidade dos estados e municípios. As medidas tomadas no governo militar não trouxe melhoria aos serviços de saúde.

A tabela abaixo mostra os percentuais destinados ao Ministério da Saúde com relação ao Orçamento da União nos três anos anteriores à instauração do governo sob o regime militar e durante o período desse governo até os anos de 1980.

Observam-se várias reduções no orçamento dessa pasta sendo que no ano de 1974 coube ao Ministério da Saúde receber apenas 0,94% de participação no Orçamento da União.

PARTICIPAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO ORÇAMENTO DA UNIÃO
(1961-1980)

Ano	% do orçamento para o Ministério da Saúde
1961	4,57
1962	4,31
1963	4,10
1964	3,65
1965	2,99
1966	4,21
1967	3,44
1968	2,21
1969	2,58
1970	1,11
1971	1,41
1972	1,19
1973	1,03
1974	0,94
1975	1,13
1976	1,58
1977	1,80
1978	1,81
1979	1,82
1980	1,38

Tabela 2: Participação do Ministério da Saúde no Orçamento da União.

Fontes: Para a década de 60: Ministério da Saúde e saúde coletiva - Instituto de Medicina Social da UERJ (1976, p. 20). Para a década de 70: Planejamento sem normas (1989, p. 107).

No governo militar o Ministério da Saúde privilegiava a saúde como elemento individual e não como fenômeno coletivo. Das reduzidas verbas destinadas a esse Ministério, parte era para pagamento de serviços prestados aos doentes pobres atendidos nos hospitais particulares, outra parte era destinada para

as campanhas de vacinação, não alterando a situação de abandono em que encontrava a saúde pública.

Aproveitando-se das dificuldades das antigas caixas e institutos de aposentadoria e pensões, o governo federal criou em 1966 o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que unificou todos os órgãos previdenciários que funcionavam desde 1930.

Dirigido pelos técnicos e políticos vinculados ao novo regime, o INPS ficou subordinado ao Ministério do Trabalho e assumiu o patrimônio e os compromissos das caixas e institutos. Cabia ao INPS a responsabilidade de tratar os doentes individualmente e ao Ministério da Saúde a responsabilidade, teoricamente, de elaborar e executar programas sanitários e assistir a população durante as epidemias. O Estado passou a ser o único responsável pelos serviços de assistência médica, aposentadoria e pensões destinadas às famílias dos trabalhadores, descontando de 8% do salário mensal e com isso, aumentou o número de segurados e das atividades médicas subordinadas ao Estado, expandiu a cobertura médica e também o envolvimento de quase todos os clínicos e unidades hospitalares na rede previdenciária.

A Constituição de 1967 previa que o Estado apoiaria as atividades da medicina privadas e ao governo caberia apenas suplementar esses serviços. Dos 2.800 hospitais existentes no Brasil, 2.300 desses possuíam convênios com o INPS, possibilitando assim o atendimento médico dos trabalhadores nos hospitais conveniados².

A implantação desse novo sistema de atendimento para a população trabalhadora se mostrou frágil devido a uma série de problemas e irregularidades. O INPS, além de pagar pelos serviços médico-hospitalares valores bem mais baixos do que os praticados fora do convênio, ainda demorava na transferência das verbas para os hospitais conveniados provocando assim, fragilidade desse sistema no atendimento à população. Como consequência dessa redução ou atraso no repasse dos recursos para os hospitais e clínicas conveniados, observou-se aumento das fraudes como compensação pelo atraso da verba a que faziam jus. Os artifícios mais empregados eram a prática cada vez maior de cesarianas, de maior custo, em vez do parto normal; cirurgias desnecessárias, sem nenhuma preocupação com o paciente, visando apenas aumentar o faturamento e

² BERTOLLI Filho, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. 5. Ed. São Paulo: Ática, 2011. 72 p.

consequentemente obter um maior valor de repasse. Outro artifício era a emissão de guias de internação falsificadas com o mesmo propósito.

Com este quadro, a degradação dos serviços médico-hospitalares prestados à população é inevitável. A grande maioria desses trabalhadores depende do sistema previdenciário de atendimento à saúde visto que não tem como arcar com os altos custos médicos fora da rede conveniada.

As médias e grandes empresas, visando reduzir a ausência do empregado por motivo de licença médica e ao mesmo tempo, oferecer um melhor atendimento ao trabalhador, começaram a contratar grupos médicos, conhecidos na década de 70 como medicina de grupo. Este atendimento médico substituiu os serviços prestados pelo INPS. Assim, as empresas deixavam de pagar a cota previdenciária ao governo, porém, em troca, assumia o compromisso de prestar assistência médica aos seus empregados e ainda recebia subsídios do governo Federal.

Em 1971, visando estender ao trabalhador rural os direitos previdenciários, começou a funcionar o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural).

Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), incorporando o INPS, que não estava atendendo à população que procurava o sistema previdenciário e também era alvo de inúmeras fraudes dos hospitais privados além da incompetência gerencial que não conseguia resolver esses problemas. O novo Ministério além de garantir a saúde dos segurados, passou a fiscalizar pagamentos ilegais de serviços médicos, aposentadorias fraudulentas e as ondas de corrupção. Para conter a evasão de recursos, o governo criou a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev).

Em 1974, visando dar atendimento médico de urgência aos previdenciários, começou a funcionar o Plano de Pronta Ação (PPA), ficando o MPAS responsável pelo pagamento dos hospitais conveniados ou não, que prestassem atendimento aos trabalhadores.

Em 1975 foi criado o Sistema Nacional de Saúde com a finalidade de tornar as ações de saúde no Brasil mais eficazes e com menor custo.

Em 1985 chega ao fim os governos militares e a saúde pública continua em crise. Os hospitais continuam com atendimento precário, a população, principalmente a de menor renda, continua tendo dificuldade de encontrar atendimento médico, as mortes sem o devido socorro especializado acontecem em número cada vez maior. As epidemias, devido à falta de uma política de expansão

do sistema de saneamento, bem como a falta de educação sanitária para a população, se espalham pelo país. Altos índices de pessoas com tuberculose, tracoma, doenças de Chagas e doenças mentais, permanência histórica do péssimo estado de saúde da população. A política de saúde praticada desde os anos 80 pouco acrescentou para mudar o quadro sanitário vigente nas décadas anteriores, fruto da ausência de planejamento e descontinuidade de programas devido à ingerência política onde o povo não era prioridade. Esta deficiência e fragilidade na saúde pública brasileira permitem não só a corrupção que aumenta a cada ano, como também um serviço médico cada vez mais ineficiente não permitindo atendimento às necessidades básicas da população. Os Ministérios da Saúde e da Previdência Social continuam com falta de verba e atos de corrupção apesar das várias reformas tentadas pelo governo para melhorar este quadro.

A ineficiência da saúde pública brasileira despertou interesse de empresários que viram nesse nicho a oportunidade de ganhos. Surgem os empresários da saúde que se organizam e criam grupos de pressão atuando no Congresso Nacional e nas Assembleias Legislativas, que passam a defender publicamente os interesses da iniciativa privada.

3.9 NOVA REPÚBLICA E A SAÚDE PÚBLICA

Em 1986, o governo federal e as lideranças partidárias apoiam as propostas de reorganização do sistema de saúde oficial, mantendo, reforçando e dando importância à prestação de assistência médica da iniciativa privada graças à contínua transferência de verbas públicas, facilitando o surgimento de inúmeras empresas com planos de saúde, que em nada melhoraram o atendimento hospitalar e médico da população de baixa renda, sem condições de pagar os altos preços cobrados por essas empresas de saúde.

Em 1996, o governo em mais uma tentativa de melhorar a saúde pública no Brasil, cria a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF)³, tributo cuja arrecadação tinha como propósito destinar verba para a saúde pública.

Inicialmente, este tributo tinha uma alíquota de 0,25% que incidia sobre todos os débitos lançados nas contas mantidas pelas instituições financeiras. Esta alíquota, em junho de 1999 passou para 0,38%, sendo reduzida para 0,30% em

³ ESTADÃO. **A CPMF, da origem ao fim.** Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/inforgraficos/a-cpmf-da-origem-ao-fim,3929.htm>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

junho de 2000, e novamente elevada para 0,38% em março de 2001, permanecendo com esta alíquota até 31 de dezembro de 2007, quando sua prorrogação não teve aprovação no Senado Federal.

Os recursos arrecadados para a saúde pública a cada ano eram desviados em valores cada vez maiores. Dos 0,38% cobrados do contribuinte na movimentação financeira, somente 0,20% era destinado à saúde; 0,10% destinado para a previdência, que utilizava esta verba para cobrir déficit no setor e não para melhorar os serviços e 0,08% destinado ao Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, ou seja, a saúde, que foi o motivo principal para a criação deste imposto, o governo destinava pouco mais da metade do que arrecadava.

Apesar dos esforços do governo, os serviços públicos continuam precários, ainda se formam longas filas de doentes nas portas dos hospitais e centro de atendimento, causadas pela insuficiência de unidades e de profissionais. São poucos os serviços de atendimento mais especializado e os procedimentos de maior custo, fazendo com que o paciente tenha que esperar mais de um ano por uma consulta médica.

O desvio parcial das verbas do CPMF e os poucos efeitos que esse tributo causou na saúde pública, alimentaram muitas críticas e, no fim de 2007, esta contribuição deixou de ser cobrada.

Fruto da ineficiência do Estado com a rede pública de saúde, a população com maior poder aquisitivo, em razão do precário atendimento, recorre às empresas de planos privados de saúde onde encontra atendimento mais ágil e eficiente, dando para esse seguimento um dos mais lucrativos negócios do país. A grande maioria da população, principalmente a população de baixa renda, por não ter condições de pagar plano de saúde, é obrigada a recorrer à rede pública de saúde onde clama por melhor atendimento que o Estado é incapaz de oferecer.

3.10 SUS E A SAÚDE PÚBLICA

As informações apresentadas a seguir não têm o propósito de tecer nenhum elogio ou juízo de valor ao Sistema Único de Saúde, as Unidades Básicas de Saúde, as Unidades de Pronto Atendimento e ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, mas tão somente apresentar informações e números extraídos da

Constituição Federal, Diário Oficial da União, livros que abordam o assunto e matérias publicadas na grande rede.

Antes da promulgação Constituição Federal de 1988, a população tinha acesso à saúde nas seguintes situações: aqueles que podiam pagar por serviços de saúde privados, aqueles que tinham carteira de trabalho assinada e consequentemente eram segurados pela previdência social e aqueles que não possuíam nenhum direito à saúde por não ter condições de pagar plano ou seguro saúde e também por não trabalhar com carteira assinada.

Após a promulgação da nova Constituição Federal, mas precisamente em 05/10/1988, a saúde foi contemplada pela Carta Magna em seu artigo 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 e recuperação”, ou seja, a população brasileira no que diz respeito à saúde, passou a ser integralmente assistida pelo Estado. Pela primeira vez na história do Brasil, foi promulgada uma Constituição que reconhece a saúde com direito social, dispondo de uma seção específica com cinco artigos destinados à saúde.

Para regular em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, em 19/09/1990, foi sancionada a Lei 8.080 que criou o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS é um sistema porque é formado por instituições dos três níveis de governo, ou seja, União, Estados e Municípios e pelo setor privado, como hospitais particulares, beneficentes, filantrópicos, clínicas, laboratórios, que através de contratos e convênios visam à realização de serviços e ações para promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde dos indivíduos e das comunidades. O serviço privado, quando estiver sob contrato do SUS atuará como se fosse público.

O sistema é único porque atua da mesma maneira em todo o território nacional, é universal porque atende a todos, indistintamente, de acordo com suas necessidades e é integral porque a saúde é tratada como um todo, com medidas voltadas para o indivíduo e para a comunidade.

O SUS é descentralizado, as ações e serviços de saúde que atendem à população de um município são considerados municipais, quando servem e alcançam vários estados, devem ser estaduais e quando dirigidos a todo território nacional, são federais. O SUS tem um gestor único em cada esfera do governo.

Os serviços de saúde devem estar de maneira regionalizada, pois nem todos os municípios conseguem atender todas as demandas e todo o tipo de problema de saúde. A organização desses serviços deve ser hierarquizada, ou seja, as questões menos complexas devem ser atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as mais complexas, dependendo do quadro apresentado, poderão passar pelas unidades especializadas, por hospitais em geral, podendo chegar até aos hospitais especializados, se o quadro apresentado assim necessitar. Os serviços prestados pelo SUS deverão ser de qualidade, eliminando o desperdício e aplicando os recursos públicos da melhor maneira possível.

O SUS está implantado no Brasil há vinte e quatro anos, sendo publicamente financiado e constituído por um conjunto de ações e serviços de saúde, sob gestão única, que atende cerca de 90% da população que de algum modo é usuária do SUS, sendo 28,6% da população usuária exclusiva do SUS e 61,5% que usa o SUS e algum outro sistema de atenção à saúde⁴ e 8,7% da população não utiliza o SUS.

3.11 OS NÚMEROS DO SUS E A SAÚDE PÚBLICA

Números divulgados pelo Sistema Único de Saúde⁵:

- 2,8 bilhões de procedimentos ambulatoriais;
- 11,3 milhões de internações hospitalares;
- 619 milhões de consultas;
- 2,5 milhões de partos (normais e cesarianas);
- 3,2 milhões de cirurgias;
- 1 milhão de tomografias;
- 150 milhões de imunizações;
- 422 milhões de exames bioquímicos e anatomopatológicos;
- 58 milhões de fisioterapias;
- 244 milhões de ações odontológicas;
- 9,9 milhões de terapias renais substitutivas, sendo 97% da oferta para pacientes renais crônicos (hemodiálise);
- 3,7 milhões de órteses e próteses; e
- 28 milhões de ações de vigilância sanitária.

⁴ SUS. 15 anos de implantação: desafios e propostas para a sua consolidação. Disponível em: <http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/15anos_Folder20SUS.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2014.

⁵ PAIM, Jairnilson Silva. **O Que É o SUS**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. 148 p.

Fontes do Ministério da Saúde⁶ cita que anualmente são realizados:

- 236 mil cirurgias cardíacas;
- 9,7 milhões de quimioterapia;
- 11 milhões de internações e programas de vacinação em massa de crianças e idosos; e o SUS ainda realiza por ano⁷:
 - 2,4 consultas para cada brasileiro;
 - 310 milhões de exames laboratoriais;
 - 10 milhões de exames de ultrasonografia;
 - 1,2 bilhões de procedimentos de atenção básica;
 - 12 milhões de internações;
 - 420 mil internações psiquiátricas;
 - 90 mil atendimentos de politraumatizados no sistema de urgência/emergência;
 - 23,4 mil transplantes de órgãos;
 - 92,9 mil cirurgias de varizes;
 - 107 mil procedimentos em pacientes internados na área de oncologia, entre cirurgia oncológica, radioterapia cirúrgica, quimioterapia e iodoterapia;
 - 139 milhões de doses de vacinas aplicadas; e
 - Assistência integral e gratuita para a população portadora de HIV, doentes com AIDS, doentes renais crônicos e pacientes com câncer.
- Distribuição anual de 200 milhões de preservativos, servindo como método contraceptivo e contribuindo para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Para atender a essa população, o SUS possui mais de 6.500 hospitais credenciados e 45.000 unidades de atenção primária em todo território nacional.

As 45.000 Unidades Básicas de Saúde (UBS), também conhecidas como Postos de Saúde são a porta de entrada preferencial do SUS, criadas com objetivo de atender até 80% dos problemas de saúde da população e conseqüentemente, diminuir a necessidade desse atendimento nos hospitais públicos⁸. As UBS estão preparadas para receber atendimentos básicos e gratuitos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia. Os principais serviços

⁶ PORTAL BRASIL. **SUS democratiza o acesso do cidadão aos serviços de saúde**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2009/11/sus-democratiza-o-acesso-do-cidadao-aos-servicos-de-saude>>. Acesso em: 14 jul. 2014.

⁷ NUNES, Luiz Antonio; QUEIROZ, Ronaldo Perches de. **Por Dentro do SUS: O SUS pode ser o melhor plano de saúde**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2010. 164 p.

⁸ DADOS ABERTOS. **Unidade Básica de Saúde – UBS**. Disponível em: <<http://dados.gov.br/dataset/unidades-basicas-de-saude-ubs>> Acesso em: 14 jul. 2014.

oferecidos são consultas médicas, inalações, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamento para especialidades e fornecimento de medicação básica.

Até 2014 estão previstas 25.520 UBS construídas, ampliadas ou reformadas, sendo que as construções serão em cidades extremamente pobres, com prioridade para os municípios que ainda não foram contemplados pelos equipamentos.

A expansão das UBS visa não só descentralizar o atendimento como também dar proximidade à população aos serviços de saúde e conseqüentemente desafogar os hospitais.

Com o objetivo de reduzir ainda mais a procura da população aos prontos-socorros dos hospitais da rede pública de saúde, em 2003 foi criada a Unidade de Pronto Atendimento, conhecida pelo grande público com UPA⁹. Essas Unidades de Pronto Atendimento funcionam como unidades intermediárias entre as Unidades Básicas de Saúde e os hospitais públicos, ampliando e melhorando o acesso da população aos serviços de urgência e emergência do SUS.

As UPAs funcionam sete dias por semana e vinte e quatro horas por dia e estão preparadas para atender urgências de média complexidade, e para tal são equipadas com raio-X, eletrocardiograma, laboratório de exames, consultórios e leitos de observação. Possuem médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem capacitados para atender ao grande público com problemas de pressão, febre alta, fraturas, cortes e infartos. O paciente ao dar entrada na UPA é assistido e, conforme a avaliação médica é tratado na própria unidade, sendo os casos mais graves, encaminhados a um hospital credenciado ao SUS com recursos para o atendimento mais especializado e de maior complexidade. A Clínica Médica, a Pediatria, a Traumatologia e a Ortopedia são as especialidades mais procuradas nos atendimentos das UPAs 24 horas.

A taxa média de 97% dos casos de atendimento médico são solucionados nas UPAs e esses pacientes deixam de recorrer aos hospitais da rede pública de saúde, reduzindo assim a procura pelos prontos-socorros dos hospitais e conseqüentemente, melhorando a qualidade do atendimento ao paciente que necessita de uma avaliação médica mais especializada.

⁹ PORTAL BRASIL. **Unidades ajudam a desafogar os prontos-socorros.** Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/08/unidades-ajudam-a-desafogar-os-prontos-socorros> > Acesso em: 14 jul. 2014.

Visando a implementação de ações com maior grau de eficácia e efetividade na prestação de serviço de atendimento à saúde de caráter emergencial e urgente, considerando a realidade atual de morbimortalidade, relativo a todas as urgências, inclusive às relacionadas ao trauma e à violência, o Governo Federal, em 27 de abril de 2004, instituiu o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, denominado SAMU, para os Municípios e demais regiões do território nacional.

O SAMU trabalha de forma integrada com as UPAs 24 horas. Em muitos casos, o primeiro atendimento é realizado dentro da ambulância do SAMU e após avaliação do médico, o paciente é encaminhado para UPA mais próxima¹⁰.

Outra forma do cidadão solicitar socorro ao SAMU é através do telefone 192 que funciona durante as vinte e quatro horas do dia e a chamada é gratuita.

A ligação é atendida por técnico treinado, que ao ouvir a queixa passada pelo interlocutor, identifica a emergência e transfere a ligação para o médico que faz um prévio diagnóstico do quadro apresentado e, a partir de então, inicia o atendimento dando a devida orientação à pessoa que realizou a chamada ou ao próprio paciente, passando as ações que deverá tomar.

De acordo com a situação apresentada pelo paciente, o médico pode orientar a pessoa a procurar um posto de saúde, ou no caso de deslocamento para uma UPA ou hospital é enviada uma ambulância com auxiliar de enfermagem e socorrista. Se o médico avaliar que a situação apresentada é grave, uma UTI móvel, com médico e enfermeiro é enviada ao local onde está o paciente e ao mesmo tempo é realizado contato com o hospital público mais próximo comunicando a emergência para que a rapidez do tratamento tenha continuidade.

O SAMU realiza o atendimento de urgência e emergência em qualquer lugar, como residências, locais de trabalho e vias públicas durante 24 horas por dia com equipes de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas capacitados para atender ocorrências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população.

O componente móvel faz a estabilização do paciente no local da ocorrência e o transporta com segurança para UPA, no caso de quadro de média complexidade ou para hospital da rede pública para o quadro de maior complexidade.

¹⁰ PORTAL BRASIL. **País tem serviço móvel de atendimento de urgência.** Disponível em: <www.brasil.gov.br/saude/2009/11/pais-tem-servico-movel-de-atendimento-de-urgencia>. Acesso em: 14 jul. 2014.

O serviços prestados pelo SAMU têm contribuído para a redução do número de óbitos, para redução do tempo de internação nos hospitais e para a redução das sequelas decorrentes da falta de socorro médico.

Conclui-se então que o SUS atende a todos sem qualquer discriminação. A finalidade é a promoção e a recuperação da saúde com serviço gratuito e sem carências. Pode ser utilizado independentemente da situação ou vínculo empregatício e os medicamentos são fornecidos gratuitamente sempre que necessário. Além de atuar na prevenção de doenças também promove campanhas educativas em saúde. Possui uma rede pública composta de 6.500 hospitais, 45.000 postos de saúde com previsão de mais 25.520 postos construídos, ampliados e reformados em todo Brasil. Além dos postos, soma-se à rede pública de saúde mais 347 UPAs que estão em pleno funcionamento, com média de atendimento de 2,8 milhões de pacientes por mês. Outras 711 Unidades estão em Ação Preparatória para construir (Projeto, Terreno) ou em Construção, com recursos do Ministério da Saúde, permitindo em futuro próximo acentuado aumento na média de atendimento à população.¹¹

3.12 AS DIFICULDADES DO SUS NO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO

O SUS, apesar da grandiosidade dos seus números e de atendimento gratuito, está longe de ser um sistema que consiga atender às necessidades da população, principalmente daquela considerada de baixa renda, a que mais sofre com o atendimento precário na rede pública de saúde. Segundo pesquisa CNI-IBOPE, 61% da população brasileira considera o serviço público de saúde do País péssimo ou ruim, sendo apontado como principal problema a dificuldade de conseguir atendimento¹². A falta de estrutura das unidades públicas de saúde, a falta de equipamentos e a necessidade de investimentos na manutenção dessas estruturas, que aliada à falta de médicos para o atendimento, contribui com a insatisfação da população pelo serviço prestado. Apesar de ser universal nem todos conseguem ter acesso ao SUS. Aqueles que conseguem chegam de madrugada ou

¹¹FILHO, Cláudio Fonseca. **Quantas Unidades de Pronto Atendimento existem no Brasil** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <sic@saude.gov.br> em 31 julho 2014.

¹² CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA. Pesquisa CNI-IBOPE. **Retratos da Sociedade Brasileira: Saúde Pública**. Disponível em: <http://arquivos.portaldaindustria.com.br/app/conteudo_24/2012/07/09/76/20120828014744353629a.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2014.

no dia anterior e enfrentam longas filas para obter a senha de atendimento. A descortesia nos guichês de atendimento dos hospitais e unidades de saúde é alvo de constantes reclamações. A desatenção e a falta de educação dos seguranças, que muitas vezes fazem indevidamente a primeira “avaliação”, afastando-se da sua função de manter a segurança, a organização no local e também a de prestar orientação ao paciente para onde se dirigir. Este serviço, por ser mal feito, recebe muitas reclamações dos usuários. Outra questão de insatisfação é o atendimento prestado pelas recepcionistas, auxiliares e profissionais de saúde, que diante das pessoas fragilizadas pelo cansaço da longa espera, pela idade avançada ou pela doença, não dão atenção, não têm paciência e por vezes utiliza de rispidez no trato de quem procura por ajuda, demonstrando falta de preparo e treinamento para o atendimento ao público. As condições de trabalhos e a baixa remuneração dos profissionais de saúde também contribuem para qualidade ruim desse atendimento.

Devido à grande procura pelos serviços nas emergências dos hospitais públicos, principalmente às vítimas de violência ou acidentes de trânsito, é comum encontrar corredores superlotados e com macas improvisadas.

Os usuários também reclamam dos médicos pelo mau atendimento, porém, de certa forma injustamente, visto que pela falta ou pelo reduzido número de médicos na rede pública de saúde, acumulam uma carga horária exaustiva, sendo obrigados a ter vários empregos para poderem viver dignamente. Este quadro contribui com a qualidade ruim no atendimento à população. Esta situação também se aplica a outros profissionais de saúde como enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, etc.

A marcação de consultas, exames e cirurgias também concentra muitas filas nas salas de esperas e em bancos desconfortáveis. A grande procura, a falta ou o reduzido quadro de médicos piora o atendimento dessa população. Há poucos leitos disponíveis para a demanda de internação. Os médicos são obrigados atender pacientes com falta de medicamentos e/ou insumos básicos e com equipamentos precários ou avariados. O número de usuários é maior do que o hospital pode suportar e é inevitável a chegada aos hospitais de madrugada na tentativa de conseguir a marcação da consulta. Também é grande a demora no encaminhamento para exames complementares e para marcação de procedimentos especializados. São igualmente precários os serviços de reabilitação, o atendimento aos idosos, a assistência em saúde mental e os serviços odontológicos.

Municípios que não têm condição de prestar atendimento de alta e/ou média complexidade, transportam seus pacientes em ambulâncias ou em veículos da Prefeitura para atendimento dos seus doentes nos hospitais públicos das grandes cidades, piorando ainda mais o quadro caótico de atendimento à população.

Os hospitais públicos do interior dos estados, também superlotados de pacientes, com condições precárias e bem piores do que os hospitais públicos das capitais acabam por transferir seus pacientes para os hospitais das capitais, que não dispõem de leitos suficientes para a demanda já existente, aumentando ainda mais o número de usuários nos hospitais e conseqüentemente a piora no atendimento à população.

Conforme previsto na Constituição, os serviços de saúde públicos devem ser de acesso universal e igualitário, não podendo haver nenhum tipo de discriminação ao cidadão usuário, no entanto, não é o que se vê nos hospitais públicos universitários. O poder público, visando aumentar os recursos financeiros do hospital público, mediante uma fundação de apoio privada, se instala no âmbito do serviço público hospitalar e passa a gerir o hospital como se privado fosse. Assim, passa a atender não só ao cidadão sem nenhum plano de saúde, como também ao cidadão com plano ou seguro saúde. A “dupla porta” como ficou conhecida é o atendimento desigual prestado aos pacientes. Aqueles portadores de planos ou que se dispõem a pagar pelo serviço prestado, têm atendimento prioritário, sem filas, em sala de espera confortável, com consulta pré-agendada. Aos pacientes sem plano o atendimento é de segunda classe, as consultas e exames são marcados com espera de semanas ou meses, sem escapar das filas. Existe também a insensatez e desrespeito na marcação de todas as consultas do dia em um único horário, resultando em salas de espera cheias e sem o menor conforto. Cirurgias são agendadas em datas incompatíveis com a necessidade da intervenção do paciente. O hospital é público, o patrimônio é público, o direito à assistência e à saúde é isonômico, ou seja, com igualdade de direitos, porém, a população de menor renda, sem condição de pagar por um plano de saúde, recebe esse atendimento discriminativo do SUS.

O SUS, com a finalidade de reduzir a procura da população pelo atendimento nos hospitais da rede pública, utiliza a Atenção Primária de Saúde como porta de entrada do SUS nas chamadas Unidades Básicas de Saúde. No entanto, devido à falta de manutenção em muitas dessas unidades, tanto preventiva como corretiva,

por vezes em prédios improvisados e inadequados, com instalações elétricas, sanitárias e hidráulicas precárias, com falta de equipamentos médicos ou sem manutenção, com falta de mobílias ou mobílias quebradas, com falta de medicamentos básicos para diabetes, hipertensão, vermífugos ou antibióticos revela a dificuldade no acesso e a ineficácia dos serviços prestados na Atenção Primária o que acaba por contribuir para a superlotação dos hospitais públicos.

O sucateamento dos hospitais públicos e dos postos de saúde, em razão da falta de investimento na manutenção de serviços de saúde existente, a falta de investimento em recursos humanos e também em novos projetos para a saúde, contribui para a precariedade no atendimento da população, que assiste constantemente pessoas morrendo sem atendimento médico nas emergências dos hospitais, morrendo por falta de socorro médico fora dos hospitais, morrendo nas filas de atendimento, morrendo por falta de vaga para internação, morrendo dentro das ambulâncias por falta de leito, esperando semanas por uma consulta e/ou exame mais especializado, enfim, recebendo atendimento desumano, principalmente a população de baixa renda, que depende exclusivamente dos serviços do SUS.

3.13 O QUE FAZER PARA MELHORAR O ATENDIMENTO DO SUS E A SAÚDE PÚBLICA

O caos da saúde pública no Brasil não é responsabilidade exclusiva do SUS, mas também da falta de políticas econômicas e sociais. As condições de emprego, salário, moradia, alimentação, educação, lazer e transporte refletem na qualidade de vida e na saúde das pessoas. Quando um ou mais desses itens não vão bem, mais pessoas adoecem, sobrecarregando o sistema de saúde.

O SUS precisa melhorar o atendimento ao cidadão e para tal existem fatores por trás das dificuldades que necessitam ser implementados:

- Ter mais atenção à medicina preventiva para possibilitar a redução cada vez maior da medicina corretiva;
- Ter atendimento com atenção e respeito, de forma personalizada, sendo tratado pelo nome e/ou sobrenome e não por número ou código, com continuidade, em local e ambiente digno, limpo, seguro e adequado;
- Ter acesso ao atendimento ambulatorial em tempo reduzido de forma a não ter a saúde prejudicada;

- Ter à disposição mecanismos que facilitem a marcação de consultas ambulatoriais e exames, por telefone, ou através de meios eletrônicos ou pessoalmente, de forma a não expor os usuários a longas filas;
- Ter acesso a centrais de vagas ou a outro mecanismo que facilite a internação hospitalar, através de indicação médica evitando, como por exemplo, que pacientes doentes ou mulheres grávidas, tenham que percorrer por conta própria hospitais da rede pública à procura de vaga para internação;
- Ter, quando no caso de risco de morte ou lesão grave, atendimento e transporte adequados para hospital mais próximo, equipados e preparados para cuidar do caso, independentemente da condição financeira do paciente. Havendo necessidade de transferência do paciente, esta ocorrerá quando o quadro de saúde estiver estabilizado e sem risco para o paciente;
- Ter a identificação das pessoas responsáveis direta ou indiretamente pelo atendimento, por meio de crachás visíveis com nome completo, cargo e o nome do estabelecimento de saúde;
- Permitir que a paciente seja acompanhada por pessoa por ela indicada nas consultas e exames durante todo o período de trabalho de parto e no pós-parto;
- Ter autonomia e liberdade para tomar as decisões relacionadas à sua saúde e à sua vida;
- Ter autonomia para consentir ou recusar, de forma voluntária e com adequada informação prévia, procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou outros atos médicos a serem realizados;
- Ter a decisão respeitada, quando a mesma for manifestada por escrito, de aceitar ou recusar tratamento médico;
- Ter o direito a uma segunda opinião ou parecer de outro profissional ou serviço, em qualquer fase do processo, sobre seu estado de saúde ou sobre procedimentos recomendados, podendo inclusive ter a faculdade de trocar de médico, hospital ou instituição de saúde se assim o desejar;
- Ter direito ao acesso a informações claras e completas sobre os serviços de saúde existentes no seu município, como endereços, telefones, horários de funcionamento, critérios para marcação de consultas, exames, cirurgias, bem como as especialidades médicas existentes.
- Ter garantias de proteção à sua vida privada, ao sigilo e à confidencialidade de todas as informações sobre seu estado de saúde;

- Ter nas unidades do SUS a prioridade de atendimento respeitada com base na avaliação médica e no estado de saúde, não sendo preterido por usuários particulares ou conveniados de planos e seguro de saúde;
- Ter o direito de receber informações claras, objetivas, completas e compreensíveis sobre o seu estado de saúde, exames solicitados e realizados, tratamentos ou procedimentos propostos informando benefícios, riscos e duração;
- Ter acesso, quando solicitado, ao prontuário atualizado com letra legível e todas as informações relevantes, incluindo as medicações fornecidas com os horários e dosagem utilizadas;
- Ter o direito de receber as receitas, com letras legíveis, prescrevendo o nome genérico dos medicamentos;
- Ter o direito de conhecer a procedência do sangue e dos hemoderivados com os respectivos atestados de origem;
- Ter o direito de ser previamente informado quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa, seguindo rigorosamente as normas existentes para esse fim;
- Ter o direito de receber atendimento domiciliar ou internação domiciliar, desde que haja indicação médica para isso e sua concordância de forma expressa e da sua família para realizar procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros, visando o cuidado integral do paciente.
- Não ser discriminado nem sofrer restrição ou negação de atendimento, nas ações e serviços de saúde, em razão da idade, raça, gênero, orientação sexual, características sociais ou econômicas, convicções culturais, políticas ou religiosas, do estado de saúde, ou da condição de portador de patologia, deficiência ou lesão preexistente;
- Ter o direito de apresentar, através de instrumentos apropriados, sugestões, reclamações e denúncias sobre a prestação de serviços de saúde inadequados e cobranças ilegais, seja no sistema público, no conveniado ou privado;
- Ter as UBSs, UPAs e hospitais públicos estruturados, com equipamentos funcionando e recebendo manutenção preventiva e corretiva e investimentos em novos equipamentos, mobiliários, bem como nas reformas e/ou ampliação dessas unidades de saúde, visando possibilitar melhor atendimento e conforto para a população que procura atendimento médico;

- Ter por parte dos seguranças, recepcionista, auxiliares e demais profissionais de saúde atendimento educado e respeitoso com aqueles que procuram as unidades de saúde da rede pública;
- Ter um quadro maior de médicos, enfermeiros, auxiliares, técnicos de enfermagem e demais profissionais de saúde, de forma a não permitir que acumulem carga horária exaustiva que comprometa a qualidade de atendimento à população que procura a rede pública de saúde;
- Ter, por parte do poder público, investimentos para construção de UBSs e UPAs nas cidades do interior, com prioridade para as que ainda não dispõem destas unidades de saúde, para atendimento de média complexidade, evitando que essa população tenha que recorrer aos hospitais públicos das capitais;
- Ter por parte do poder público, investimento em reformas e ampliações nos hospitais do interior dos estados e também na manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos médicos existentes e a compra de novos equipamentos, bem como a construção de novos hospitais de forma possibilitar atendimento de alta complexidade para que essa população não tenha que recorrer aos hospitais públicos das capitais.

3.14 OUTRAS AÇÕES NO SUS PARA SAÚDE PÚBLICA

A pesquisa CNI-IBOPE cita que é quase consenso da população a necessidade do Brasil aumentar o investimento na área de saúde.

O Brasil é o único país do mundo que tem uma rede de saúde gratuita e aberta a toda população, porém, o mercado (convênios e consulta particulares) gasta mais dinheiro do que o Estado, ou seja, o sistema público e universal gasta menos com a saúde do que o setor privado¹³. Esta contradição, segundo relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), as despesas com saúde no Brasil são de 8,4% do chamado produto interno bruto (PIB). Neste ponto de vista, o investimento está na linha com a média global de 8,5% anuais, a diferença é quem puxa os gastos. No Brasil, 55% são privados, beneficiando cerca de 46 milhões de conveniados enquanto o Estado entra com 45%, favorecendo cerca de 190 milhões

¹³ CARTA MAIOR. **Só no Brasil há saúde gratuita e universal mas gasto privado maior.** <<http://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Politica/So-no-Brasil-ha-saude-gratuita-e-universal-mas-gasto-privado-maior/4/17553>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

de brasileiros, ou seja, o Estado gasta mais para atender 46 milhões de pessoas e gasta menos para atender a 190 milhões de pessoas.

Estes números mostram que o Estado gasta 3,7% do PIB com saúde enquanto a média internacional, de acordo com a OMS, gasta 5,5% do PIB.

Enquanto o Brasil tem 44% de participação do Estado com a saúde pública, países com modelos públicos de atendimento de acesso universal semelhante ao do Brasil têm, como por exemplo, o Reino Unido com 84%, Suécia com 81%, França, com 78%, Alemanha com 77%, Espanha com 74%, Canadá com 71%, Áustria com 68% e a vizinha Argentina com 66%¹⁴.

A falta de médicos tem sido o grande problema das unidades de saúde do SUS afetando mais diretamente a população de baixa renda que só tem o SUS como opção para tratamento da saúde. Dados do Ministério da Saúde divulgados em maio de 2013 estimam que nos últimos 10 anos o Brasil acumulou uma carência de 54 mil médicos e necessita contratar 168.424 médicos para atingir o patamar da Inglaterra que é de 2,7 profissionais por mil habitantes¹⁵. No Brasil o índice é de 1,8 profissionais para cada mil habitantes. Em 1900 municípios há menos de um médico por 3 mil habitantes e em outras 700 localidades, não há médicos com residência fixa. Nos próximos 2 anos, com investimento no Ministério da Saúde, serão abertas mais 26 mil vagas. O Programa Mais Médicos, promovendo a entrada maciça de médicos na Atenção Básica, com bolsa paga pelo governo federal, pode contribuir de forma decisiva no caminho da concretização de um SUS mais justo que possa suprir necessidades imediatas de muitos municípios brasileiros.

Cabe ressaltar que a contratação desses médicos não resolve os problemas estruturais enfrentados principalmente nas cidades pequenas, com até 20 mil habitantes. A estrutura física e a falta de profissionais de saúde também carecem de investimento.

A desvalorização, desmotivação, o despreparo por falta de programas de capacitação/atualização, a falta de estímulos, o excesso de trabalho e condições precárias de trabalho e os baixos salários, resultam em uma alta rotatividade dos

¹⁴ CFM. **CFM analisa relatórios internacionais e mostra preocupação com subfinanciamento da saúde, que tem afetado indicadores que avaliam a qualidade de vida e de bem estar.** <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23256:baixo-investimento-publico-contribui-para-desigualdade-no-acesso-e-queda-em-indicadores&catid=3>. Acesso em: 20 jul. 2014.

¹⁵ INSTITUTO HUMANISTA UNISINOS. **Programa Mais Médicos e os problemas estruturais da saúde pública brasileira. Entrevista especial com Nêmora Barcellos.** <<http://www.ihu.unisinos.br/entrevistas/523377-entrevista-especial-com-nemora-barcellos>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

profissionais de saúde do SUS, refletindo diretamente no atendimento à população que procura a rede pública de saúde¹⁶.

Visando melhorar a carreira desses profissionais e conseqüentemente tê-los mais motivados, valorizados, preparados e com melhores salários é mister que o governo federal implemente o Plano Nacional de Carreiras, Cargos e Salários dos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde, abrangendo as categorias de profissionais de Saúde das esferas de governo municipal, estadual e federal. Este plano visa à valorização dos trabalhadores através de equidade de oportunidades, de desenvolvimento profissional em carreiras que associem a evolução funcional a um sistema permanente de qualificação, como forma de melhorar a qualidade da prestação dos serviços de saúde à população que procura a rede pública para atendimento médico.

Outra ação do SUS para diminuir o atendimento nos hospitais das capitais, que ficam sobrecarregados de pacientes vindo das cidades do interior, seria a municipalização da saúde, ou seja, os municípios se tornam responsável pela saúde dos seus habitantes¹⁷. Com a regionalização da saúde, os municípios se unem para oferecer atendimento especializado à população e cada cidade contribui de acordo com o número de habitantes.

3.15 O TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO E A SAÚDE PÚBLICA

O Tribunal de Contas da União (TCU), conforme está previsto na Constituição Federal, é um tribunal administrativo que julga as contas de administradores públicos e demais responsáveis por dinheiros, bens e valores públicos federais, bem como as contas de qualquer pessoa que der causa a perda, extravio ou outra irregularidade que resulte prejuízo ao erário federal¹⁸.

Os auditores do TCU visitaram 116 hospitais federais, estaduais e municipais em todo o Brasil e devido à sua relevância social e à alta materialidade dos gastos

¹⁶ BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no Âmbito do Sistema Único de Saúde.** http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pccs_diretrizes_nacionais_planos_carreiras_sus.pdf. Acesso em: 20 jul. 2014.

¹⁷ O POVO. **Apenas 3,8% do PIB é gasto com saúde pública.** <http://www.opovo.com.br/app/opovo/fortaleza/2012/03/28/noticiasjornalfortaleza,2809989/apenas-3-8-do-pib-e-gasto-com-saude-publica.shtml>. Acesso em: 20 jul. 2014.

¹⁸ TCU. **Competência.** <http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/ouvidoria/perguntas_frequentes/competencia>. Acesso em: 22 jul. 2014.

foi elaborado o Relatório Sistêmico de Fiscalização da Saúde e Assistência Hospitalar no SUS, TC 032.624/2013-1 de 198 páginas com levantamento e escopo amplo, alinhado com o objetivo estratégico do Tribunal para atuar de forma seletiva e sistêmica em áreas de maiores risco e relevância, com informações de modo estruturado sobre a situação da saúde no Brasil e os principais trabalhos do TCU realizados nessa área¹⁹.

Cabe ressaltar que não se trata de diagnóstico completo da situação da saúde do Brasil, mas da compilação de trabalhos realizados pelo TCU em temas de grande relevância na área de saúde, alguns deles executados especialmente para o relatório em tela.

Destaca-se neste relatório os principais problemas levantados nas seguintes áreas:

Serviços hospitalares (emergência e internação): Nos 116 hospitais auditados, reunindo 27.614 leitos, foram identificados problemas graves, complexos e recorrentes, tais como, insuficiência de leitos; superlotação de emergências hospitalares; carência de profissionais de saúde; desigualdade na distribuição de médicos no País; falta de medicamentos e insumos hospitalares; ausência de equipamentos ou existência de equipamentos obsoletos, não instalados ou sem manutenção; estrutura física inadequada e insuficiência de recursos de tecnologia da informação.

Estrutura física: Foi observado o estado de conservação do imóvel ou a sua estrutura antiga, que prejudicava a instalação de novos equipamentos. Construções com projeto arquitetônico ruim ou defasado. Hospital ocupando imóvel que foi projetado com outros fins, tais como hotéis ou unidades administrativas. Hospitais com problemas na lavanderia, com equipamentos velhos ou quebrados e outros com problemas nas instalações hidráulicas, elétricas ou de gás.

Em um hospital no estado do Piauí, a equipe do TCU constatou a existência de equipamentos de UTI neonatal e de um tomógrafo adquirido há mais de cinco anos e ainda não instalado devido à falta de salas com estrutura adequada. No Distrito

¹⁹ TCU. **TCU apresenta diagnóstico inédito sobre a saúde no Brasil.**

<http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/detalhes_noticias?noticia=5022787. Acesso em: 22 jul. 2014.

Federal havia aparelhos novos, que deveriam estar sendo utilizados na Central de Esterilização de Materiais, mas que até então não foram instalados e se encontravam armazenados em caixas há três anos, aguardando a realização de ajustes na estrutura física dos hospitais. No Mato Grosso do Sul, a falta de uma sala adequada impedia a instalação de uma máquina de endoscopia e um aparelho de hemodinâmica novo.

Recursos Humanos: Na área da saúde a questão assume maior complexidade em função das dimensões e especificidades relacionadas à composição e distribuição da força de trabalho, à formação e qualificação profissional, à concorrência entre os mercados de trabalho público e privado, à regulamentação do exercício profissional, às relações ético-profissionais, às relações de trabalho e aos vínculos profissionais. O problema ainda é mais grave na área de assistência básica, onde a carência de profissionais é mais acentuada devido aos salários e às condições de trabalho menos atrativas que são oferecidas, especialmente, para os médicos.

Medicamentos e insumos: A gestão de medicamentos e outros materiais de consumo hospitalares apresentam inúmeras especificidades que fazem com que a aquisição, o armazenamento e a distribuição desses produtos exijam substanciais e continuados investimentos em capacitação de pessoal, infraestrutura e métodos de trabalho, com vistas a garantir a adequada prestação dos serviços das diversas especialidades médicas das unidades hospitalares. O controle de medicamentos e insumos deve estar associado a rotinas e sistemas dinâmicos e interconectados, capazes de acompanhar em tempo integral as aquisições, o controle de estoque, a distribuição e o consumo desses materiais. Falhas em uma destas rotinas acarretam riscos de desabastecimento, que, por sua vez, acarretam restrições de procedimentos e, conseqüentemente, colocam em risco a vida de pacientes.

Equipamentos: A gestão e a utilização eficazes de equipamentos produzem grande impacto na quantidade, qualidade e tempestividade dos procedimentos realizados no âmbito das unidades hospitalares. A prestação de serviços médicos à população está estreitamente relacionada com a existência de unidades hospitalares bem equipadas, tanto no que se refere a equipamentos de alto custo, quanto no que diz respeito a instrumentos, mobiliários básicos, medicamentos e insumos. A questão se reveste ainda de mais interesse devido aos altos custos de aquisição e manutenção de muitos desses equipamentos. Entre os problemas detectados destacam-se o número insuficiente de equipamentos, o déficit do quadro de profissionais

capacitados para operá-los e a inadequação da estrutura física para instalação e utilização desses aparelhos.

A Constituição Federal de 1988 previu que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Assim, o SUS coexiste com um crescente e consolidado mercado de planos e seguros privados de saúde que atende uma parcela da população, que apesar de possuir planos privados, recorre eventualmente ao SUS para obter acesso a serviços médicos ou hospitalares. Nesses casos, as operadoras de planos de saúde devem ressarcir aos cofres públicos os valores gastos para prestar a essas pessoas os serviços previstos nos respectivos contratos. Apesar da adoção de diversas medidas corretivas pela Agência Nacional de Saúde, perdura o desafio de obter o ressarcimento devido ao SUS, causando prejuízo aos cofres públicos e à população que poderia estar sendo beneficiada com mais verba para a saúde.

4 CONCLUSÃO

A população brasileira, principalmente aquela de menor renda e que depende do poder público para receber atendimento médico sofre, desde o período colonial, com a Saúde Pública no Brasil. A monografia expõe nos seus capítulos as dificuldades e os percalços que esta população passa para receber atendimento digno na rede pública de saúde do SUS. São muitos anos de descaso dos governos, desmandos, ingerências políticas, favores em troca de votos, superfaturamento, corrupção, desperdício, licitações fraudulentas, desvio de dinheiro público. O desrespeito ao ser humano fragilizado pela doença, unidades de saúde e hospitais superlotados, filas imensas para atendimento, pacientes em salas de esperas sem um mínimo de conforto, atendimento nos corredores em macas, colchões, bancos ou cadeiras, consultas, exames e cirurgias com marcação acima de trinta dias por falta de vaga, falta de equipamentos médicos, falta de medicamentos e/ou insumos básicos, falta de profissionais de saúde para atendimento, profissionais estes mal remunerados, desmotivados, trabalhando dentro de estruturas precárias, com excessiva carga horária, contribuem também com o mau atendimento, com cancelamento ou adiamento de consultas e cirurgias, e com emergências lotadas.

A região norte do Brasil, a mais pobre do País, onde o Sistema Único de Saúde é mais precário e em algumas localidades, inexistente, é suprida, muitas vezes, de acordo com as possibilidades, pelas Forças Armadas, que desvia da sua função, porém, de forma humanitária prestam atendimento médico à população ribeirinha e a população afastada dos grandes centros, que são “esquecidas” pelos poderes públicos, principalmente os estaduais e municipais.

Vidas humanas são perdidas por falta de atenção médica, falta de socorro e, principalmente, falta de compaixão. Recentemente, um fotógrafo sofreu infarto dentro do coletivo, em frente ao Instituto do Coração do Rio de Janeiro, e teve atendimento negado na recepção do Instituto pelo segurança que, friamente e sem esboçar nenhuma preocupação, informou que o hospital não poderia atender porque não tinha emergência. Em São Paulo, um vigilante, também passou mal dentro do coletivo e ao ser levado para a porta de um hospital particular não recebeu nenhum socorro sob a alegação da recepção de que não poderiam atender porque o hospital era particular e não mantinha convênio com o SUS, sugerindo que ligassem para o número 190. Os dois homens faleceram sem que nenhum dos médicos desses

hospitais prestasse, pelo menos, o primeiro atendimento, suas vidas foram perdidas, relegadas a meras regras “inventadas” pelos hospitais, sem qualquer amparo legal, cometendo, em ambos os casos, crime previsto em lei por omissão de socorro. Essas mortes mereceram destaque nos meios de comunicação com ampla divulgação, levando indignação a todos e, principalmente, para a população carente que só tem o SUS para o atendimento médico.

Os gestores dos hospitais públicos são escolhidos por manobras políticas, os cargos geralmente são ocupados por pessoas sem formação na área de saúde, sem experiência e sem comprometimento com a função que exercerão, ou seja, são indicações políticas que têm dia e hora para acabar. Sendo assim, havendo mudança no quadro político, outro gestor será indicado e tudo que está em andamento em benefício da população será interrompido e novos projetos serão iniciados até que outro gestor, também indicado politicamente, recomece todo o processo. O uso político-partidário dos serviços de saúde do SUS (clientelismo político) compromete a eficiência e a continuidade administrativa em razão da alta rotatividade das equipes “indicadas” por manobras políticas bem como o excessivo número de cargos de confiança utilizados como moeda de troca política.

As “indicações” para preenchimento de postos de direção e assessoramento por pessoas nem sempre preparadas para desempenhar a função no âmbito da saúde, à falta de profissionalização e a rotatividade da gestão com as mudanças de governos, de partidos e de gestores, contribuem para vulnerabilidade do SUS fruto do clientelismo, corporativismos e das manobras políticas partidárias.

Para o SUS melhorar, além das ações citadas nesta monografia devemos, através do voto, escolher nosso representante que durante o período do seu mandato irá lutar para:

- Eliminar práticas constantes de corrupção, licitações fraudulentas, falta de remédios e insumos básicos que inviabilizam o funcionamento das unidades de saúde da rede pública o que conseqüentemente resulta no precário atendimento médico da população, chegando muitas vezes à perda de vidas humanas.
- Punir quem der causa a perdas ou quaisquer outras irregularidades que resultem em prejuízo ao erário, através do Tribunal de Contas da União e da Controladoria-Geral da União (CGU), órgãos fiscalizadores federais que examinam e se for o caso, investigam as unidades de saúde enviando relatórios ao Ministério Público, órgão do Governo Federal defensor dos interesses conjuntos da sociedade brasileira, ou seja,

aplicação rigorosa das Leis. Do que adianta aumentar o investimento em saúde num ambiente de incompetência e corrupção.

- Eliminar as ingerências políticas, afloradas nas campanhas eleitoreiras com “acordos”, que tanto contribuem com a precariedade das estruturas das unidades de saúde em todo território nacional e exigir que as diretorias de gestão hospitalar e subdiretorias não sejam ocupadas por políticos ou por indicação política e sim por técnicos profissionais com experiência na gestão da coisa pública e assim evitar que os acordos políticos prevaleçam sobre a saúde e vida da população.

- Contratar médicos e demais profissões complementares como dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, instrumentadores, paramédicos, profissionais de análises clínica, etc. Possibilitar o atendimento da população em ambientes confortáveis, mobiliados e bem refrigerados, com equipamentos modernos e funcionando, medicamentos e laboratórios para os exames e tudo mais que for necessário a um atendimento digno para quem procura a rede pública de saúde.

Uma constatação se faz necessária. Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I) diferenciam os países desenvolvidos dos demais. O Brasil tem um dos maiores, se não o maior potencial de reservas naturais do mundo. Mas as reservas, como os minerais e a biodiversidade de nada valem se não for agregada CT&I. No Brasil há CT&I, mas como exceção. No dia que for uma regra, o Brasil será um País desenvolvido. Estudos já realizados mostram que países pobres em recursos naturais estão em plena ascensão como emergentes, e outros, como Japão e Coréia do Sul, que são desenvolvidos, todos eles com base em CT&I apoiados em educação e saúde pública de primeira categoria.

A população de baixa renda, que depende exclusivamente da rede pública de saúde, não pode ficar rezando para ser atendido e muito menos rezando para ser curada tamanha é a descrença em nossos governantes e na saúde pública brasileira. O Brasil possui enorme potencial, é o quinto maior em extensão territorial no mundo, é o quinto país mais populoso no mundo, tem a oitava economia do mundo, e segundo FMI, o sétimo PIB do mundo, requisitos básicos para ser uma grande nação e para tal saúde e educação são a metas prioritárias que devem ser exaustivamente perseguidas pelo Governo porque menino doente, não aprende e o Brasil depende dessa geração de jovens que um dia serão o futuro deste País.

Concluo citando que o Sistema Único de Saúde pode até ser o melhor plano de saúde para população brasileira, mas para isso acontecer à sociedade deve exigir do Governo e dos políticos ações que venham fortalecer o Sistema e não enfraquecê-lo como vem ocorrendo desde a sua implantação.

REFERÊNCIAS

A CPMF, da origem ao fim. **Estadão**, São Paulo, 13 dez. 2013. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/inforgraficos/a-cpmf-da-origem-ao-fim,3929.htm>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

APENAS 3,8% do PIB é gasto com saúde pública. **O Povo**, Fortaleza, 28 mar. 2012. Disponível em: <<http://www.opovo.com.br/app/opovo/fortaleza/2012/03/28/noticiasjornalfortaleza,2809989/apenas-3-8-do-pib-e-gasto-com-saude-publica.shtml>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. 5. ed. São Paulo: Ática, 2011. 72 p.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **A dupla porta no SUS**. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2014/04/22/a-dupla-porta-no-sus/>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

_____. **Descentralização e a municipalização da saúde**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pccs_diretrizes_nacionais_planos_carreiras_sus.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2014.

_____. **Diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pccs_diretrizes_nacionais_planos_carreiras_sus.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n^{os} 1/92 a 75/2013 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão n^{os} 1 a 6/94. Brasília, DF: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2013.

BRASIL. Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004. Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em Municípios e regiões do território nacional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 abr. 2004. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007. Dispõe sobre o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jun. 2007. Seção 1, p. 3.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. **15 anos de implantação: desafios e propostas para a sua consolidação**. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/15anos_Folder20SUS.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2014.

BRASIL. Portaria nº 340, de 04 de março de 2013. Redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 mar. 2013. Seção 1, p. 43.

BRASIL. Portaria nº 342, de 04 de março de 2013. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 mar. 2013. Seção 1, p. 47.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **TCU apresenta diagnóstico inédito sobre a saúde no Brasil**. Disponível em: <http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/detalhes_noticias?noticia=5022787>. Acesso em: 22 jul. 2014.

_____. **Competência**. Disponível em: <http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/ouvidoria/perguntas_frequentes/competencia>. Acesso em: 22 jul. 2014.

CFM analisa relatórios internacionais e mostra preocupação com subfinanciamento da saúde, que tem afetado indicadores que avaliam a qualidade de vida e de bem estar. CFM. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23256:baixo-investimento-publico-contribui-para-desigualdade-no-acesso-e-queda-em-indicadores&catid=3>. Acesso em: 20 jul. 2014.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA. Retratos da sociedade brasileira: Saúde Pública. Disponível em: <http://arquivos.portaldaindustria.com.br/app/conteudo_24/2012/07/09/76/20120828014744353629a.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2014.

DADOS ABERTOS. **Unidade Básica de Saúde – UBS**. Disponível em: <<http://dados.gov.br/dataset/unidades-basicas-de-saude-ubs>>. Acesso em: 14 jul. 2014.

ESCOLA SUPERIOR DE GUERRA (Brasil). **Manual para Elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso**: monografia. Rio de Janeiro, 2014.

FONSECA FILHO, Cláudio. **Quantas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) existem no Brasil** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <sic@saude.gov.br> em 31 julho 2014.

INSTITUTO HUMANISTA UNISINOS. Programa mais médicos e os problemas estruturais da saúde pública brasileira. Entrevista especial com Nêmora Barcellos. Disponível em: <<http://www.ihu.unisinos.br/entrevistas/523377-entrevista-especial-com-nemora-barcellos>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. **O SUS pode ser o seu melhor plano de saúde.** Disponível em: <http://www.idec.org.br/uploads/publicacoes/publicacoes/cartilha_SUS_3edicao.pdf> Acesso em: 15 jul. 2014.

MORAES, Alexandre de. Saúde Pública no Brasil. **Revista Jurídica Consulex**, Brasília, DF, n. 271, p. 27-34, abr. 2008.

NUNES, Luiz Antonio. **Por Dentro do SUS.** 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2010. 164 p.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. 148 p.

PAÍS tem serviço móvel de atendimento de urgência. **Portal Brasil.** Disponível em: <www.brasil.gov.br/saude/2009/11/pais-tem-servico-movel-de-atendimento-de-urgencia>. Acesso em: 14 jul. 2014.

SÓ no Brasil há saúde gratuita e universal mas gasto privado maior. **Carta Maior.** Disponível em: <<http://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Politica/So-no-Brasil-ha-saude-gratuita-e-universal-mas-gasto-privado-maior/4/17553>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

SUS democratiza o acesso do cidadão aos serviços de saúde. **Portal Brasil.** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2009/11/sus-democratiza-o-acesso-do-cidadao-aos-servicos-de-saude>>. Acesso em: 14 jul. 2014.

UNIDADES ajudam a desafogar os prontos-socorros. **Portal Brasil.** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/08/unidades-ajudam-a-desafogar-os-prontos-socorros>>. Acesso em: 14 jul. 2014.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração.** 14. ed. São Paulo: Atlas, 2013. 94 p.