



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ**

**Departamento De Ciências Sociais**

**Curso de Serviço Social**

**Campus Regional De Ivaiporã**

**Marly Alves de Farias**

**OS DESAFIO DA GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO PROCESSO DE  
AGENDAMENTO DE CONSULTAS MÉDICAS E EXAMES , NO MUNICÍPIO DE  
IVAIPORÃ-PR.**

**Ivaiporã - PR  
2015**

**Marly Alves de Farias**

**OS DESAFIO DA GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO PROCESSO DE  
AGENDAMENTO DE CONSULTAS MÉDICAS E EXAMES , NO MUNICÍPIO DE  
IVAIPORÃ-PR.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Me. Marcelo Nascimento de Oliveira

**Ivaiporã-Pr  
2015**

MARLY ALVES DE FARIAS

**OS DESAFIO DA GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO PROCESSO DE  
AGENDAMENTO DE CONSULTAS MÉDICAS E EXAMES , NO MUNICÍPIO DE  
IVAIPORÃ-PR.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Serviço Social da Universidade  
Estadual de Maringá, como requisito parcial à  
obtenção do título de Bacharel em Serviço  
Social.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof. Me. Marcelo Nascimento de Oliveira  
Universidade Estadual de Maringá - UEM

---

Prof<sup>a</sup>. Ms. Vanessa Machado Rombala  
Universidade Estadual de Maringá - UEM

---

Prof<sup>a</sup>. Ms. Claudiana Tavares Sgorlon  
Universidade Estadual de Maringá-UEM

Ivaiporã, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## DEDICATORIA

Dedico esse Trabalho de conclusão de curso em especial as minhas filhas Heloá Alves de Farias e Lais Alves de Farias e meu Esposo Antonio Aparecido de Farias, que são tudo pra mim, que estão comigo em todo caminho percorrido sempre me apoiando e ajudando, e que só tenho a agradecer, pessoas importantes que estiveram ao meu lado me compreendendo em todos os momentos que passei para chegar aqui.

## **AGRADECIMENTO (S)**

Agradeço primeiramente a Deus, que está presente a cada segundo de meus dias, proporcionando sabedoria, força, capacidade, paciência para enfrentar os obstáculos que a vida coloca, e junto com Ele consegui vencer.

A minha família, filhas, marido, genro, neta que são sinônimos de amor, compreensão e dedicação, que nos dias difíceis se fizeram presentes, mostrando que sempre existirá pedras no caminho, mas, com dedicação sempre conseguiremos transformá-las em apoio para o nosso crescimento, pois obstáculos existirão, e foram feitos para serem superados.

Aos colegas de sala, pois passamos muitos momentos agradáveis, alguns nem tanto, mas sempre juntos. Claro que alguns da sala se tornaram meus amigos e levarei essa amizade para resto da minha vida.

E por fim, agradeço a todos os meus professores, não irei citar nomes, mas que nesses quatro anos de faculdade fizeram-se presente todos os dias, com exigentes cobranças, palavras algumas vezes duras, mas para aprimorar o conhecimento e que depois vinha a palavra de apoio, uns com mais afinidades, mas todos são especiais, relatando histórias de superação que serviu de inspiração para seguir em frente, a eles que com sabedoria souberam me conduzir a conclusão do curso, em especial ao Professor Marcelo, que com sua experiência e paciência se dedicou, me orientou e ajudando a percorrer esse percurso para realizar este presente projeto.

*“Que vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível”*

*Charles Chaplin*

FARIAS, Marly Alves. **Consultas e Exames com médicos especialistas pelo SUS no Município de Ivaiporã**. 2015. 41 fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual de Maringá, Campus Ivaiporã, 2015.

## RESUMO

O presente estudo, apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social, desenvolvido na Universidade Estadual de Maringá, Campus de Ivaiporã, teve como objetivo geral conhecer os principais desafios do Município de Ivaiporã, no processo de agendamento a exames e consultas médicas no Sistema Único de Saúde. Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, realizada através da pesquisa bibliográfica e da pesquisa de campo. Para dar conta dos desafios propostos, os objetivos específicos do presente trabalho estão organizados de forma capitular: o primeiro capítulo faz um esboço histórico da saúde pública e dos seus desafios, a partir do século XX até o período que antecede a Constituição de 1988. O segundo capítulo aborda a descentralização político administrativa no âmbito da saúde, a partir da Constituição Federal de 1988, a qual rebate diretamente no processo de organização e planejamento da saúde nos municípios. O terceiro capítulo apresenta uma breve caracterização do município de Ivaiporã, expressando a partir de categorias de análise os resultados da pesquisa. Por fim, tece as considerações finais refletindo a análise do conteúdo. Os limites e dificuldades expressos nos depoimentos pelos sujeitos nos permitiram identificar que a questão da fila de espera, para além de uma dinâmica que permeia a organização desta política nos municípios pequenos, em Ivaiporã está ligada a ausência de descentralização, bem como de maior investimento em recursos técnicos e humanos.

**PALAVRAS CHAVES:** Saúde pública. Sistema Único de Saúde. Descentralização e municipalização. Exames e consultas médicas.

FARIAS, Marly Alves. **Consultas e Exames com médicos especialistas pelo SUS no Município de Ivaiporã**. 2015. 41 fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual de Maringá, campus Ivaiporã, 2015.

### **ABSTRACT**

This study, presented as Working Social Work Course Completion, developed at the Universidade Estadual de Maringá, Campus Ivaiporã, aimed to meet the major challenges of the Municipality of Ivaiporã in the scheduling process examinations and medical consultations in the System Unified Health. This is an exploratory research, qualitative approach, conducted through literature and field research. To cope with the challenges posed, the specific objectives of this study are organized to capitulate way: the first chapter gives a historical overview of public health and its challenges, from the twentieth century to the period preceding the Constitution of 1988. The second chapter deals with the administrative political decentralization in the health sector, from the 1988 Federal Constitution, which directly refutes the process of organization and planning of healthcare in the municipalities. The third chapter provides a brief description of the city of Ivaiporã, expressing from analysis categories search results. Finally, weaves his final remarks reflecting the content analysis. The limits and difficulties expressed in the statements by the subjects allowed us to identify that the issue of the queue, in addition to a dynamic that permeates the organization of this policy in small municipalities in Ivaiporã is linked to the absence of decentralization, as well as greater investment in technical and human resources.

**KEYWORDS:** Public health. Health System . Decentralization and municipalization . Exams and medical appointments.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APAC	Alta complexidade ambulatorial/custo
CAPs	Caixa de Aposentadoria de Pensão
CEBES	Centro brasileiro de estudo de saúde
CIB	Comissão Intergestor Tripartite
CIT	Comissão Intergestor Tripartite
CLT	Consolidação das leis trabalhistas
DNS	Departamento Nacional de Saúde
FAE	Fração Ambulatorial Especializada
FMI	Fundo Monetário Internacional
IAP's	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto nacional de previdência social
IPASE	Instituto de Previdência a Assistência dos Servidores do Estado
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
IPS	Instituto Previdenciária Social
MESP	Ministério da Educação e da Saúde Pública
MT	Ministério do Trabalho
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Serviço de Saúde da Família.
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>2.0 PROCESSO HISTÓRICO E OS DESAFIOS DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL</b>	<b>16</b>
2.1-Concepções históricas da Saúde Publica	16
<b>3. MUNICIPALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PUBLICAS E OS PRESSUPOSTOS PARA GESTÃO DA SAÚDE PUBLICA A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1998</b>	<b>23</b>
3.1 A descentralização e municipalização de políticas publicas	23
3.2 A Constituição do Sistema único de saúde e as disposições para descentralização aos municípios	25
<b>4. A GESTÃO DA SAUDE NO MUNICÍPIO DE IVAIPORÃ-PR E A FILA DE ESPERA PARA EXAMES E CONSULTAS MEDICAS</b>	<b>29</b>
4.1 Breve caracterização do município de Ivaiporã	29
4.1.1 O planejamento e a descentralização dos serviços de saúde no município de Ivaiporã	31
4.2 A fila de espera para exames e consultas	34
4.3 A fila de espera para consultas medicas e especialistas	37
4.4 A visão pelos sujeitos quanto aos desafios acerca da fila de espera dos exames e consultas medicas: básicas e especialistas	38
4.5 A observação dos profissionais de saúde quanto a operacionalização do sistema único de saúde	41
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>45</b>
<b>6. APÊNDICES</b>	<b>46</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O histórico da saúde no Brasil apresenta desafios importantes para que a mesma fosse constituída enquanto política pública e um direito do cidadão. Deste modo é possível compreender que os desafios da política de saúde expressa ranços históricos, o que requer uma luta contínua para sua democratização na atualidade. Considerando a mesma, nos marcos da Constituição Federal de 1988, trata-se de uma política de Seguridade Social, que tem como objetivo atender às demandas referentes ao bem estar do paciente, visando à redução dos riscos de doença e de outros agravos.

Trata-se de um direito do cidadão e um dever do Estado que a promove, mediante ações que são estabelecidas com base no Sistema Único de Saúde, o acesso universal e igualitário, na perspectiva de promoção, proteção e recuperação. Na contemporaneidade, pela dimensão dada na Constituição Federal de 1988, bem como pela sua dimensão no que se refere à consecução dos serviços, o município também assume a responsabilidade na gestão e deve respeitar o contexto da descentralização política e administrativa, portanto, sendo o Município o responsável pelo conhecimento de seu território e suas fragilidades.

O tema saúde tem sido de fundamental importância, uma vez que as condições de ofertas e acessos nem sempre atendem aos níveis de municípios o disposto na Constituição Federal de 1988, quando a mesma passa a sofrer graves conseqüências. Dentre elas, é possível destacar a ausência de recursos financeiros e humanos, a falta de qualificação e humanização do atendimento, bem como a ausência de organização em um processo de descentralização que viabilize de fato o acesso de forma universal e igualitária aos processos de atendimento em relação às consultas e exames.

O interesse pela temática se deu para conhecer como se constitui e desenvolvem as políticas públicas de saúde na organização e hierarquização, e como constituem essas redes de serviços do sistema. Sempre tive o interesse como usuária, e quando adentrei nos bancos universitários, surgiu oportunidade de realizar dois trabalhos referentes à saúde pública. A partir do meu interesse pela temática em questão, me propus a explorar o assunto a partir da presente pesquisa que teve como problema central a seguinte questão: quais são os principais desafios no processo de agendamento a exames e consultas médicas no Sistema Único de Saúde do Município de Ivaiporã, Paraná?

O objetivo geral deste trabalho foi conhecer os principais desafios do Município de Ivaiporã, no processo de agendamento a exames e consultas médicas no Sistema Único de Saúde. Teve os seguintes objetivos específicos:

- ❖ Descrever o processo histórico da política pública de saúde no Brasil;
- ❖ Discutir o Sistema Único de Saúde e os pressupostos para os serviços nos municípios;
- ❖ Refletir a organização da política de saúde no Município de Ivaiporã, Paraná;
- ❖ Problematizar o acesso aos exames e consultas médicas através do Sistema Único de Saúde no Município.

Para dar conta do desafio proposto, foi realizada uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, cujos procedimentos metodológicos se constituíram em duas etapas: pesquisa bibliográfica e pesquisa de campo.

Por pesquisa qualitativa, utilizamos das contribuições de Minayo (2007), a qual nos propõe que a pesquisa qualitativa:

[...] responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. (MINAYO, 2007, p. 21).

Na constituição desta pesquisa, partimos da coleta de dados que se constituiu na documentação indireta e na documentação direta:

- Pela documentação indireta, foram realizadas consultas em livros, revistas, conteúdos escritos publicados em meios digitalizados, materiais de revistas e jornais publicados através de meios eletrônicos de fontes confiáveis. Esta etapa da documentação indireta permitiu construir o referencial teórico que orienta este trabalho e nos deu a base para eleger as categorias de análise que o constitui.
- Pela documentação direta, foi realizada pesquisa de campo, a partir de entrevistas realizadas com os sujeitos da pesquisa, conforme destacamos mais adiante.

Segundo Gil (2002, p. 44), “[...] a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. A vantagem em tal modalidade da pesquisa está no fato de permitir ao investigador a cobertura de um amplo universo de fenômenos, que vai além daquele que se poderia pesquisar diretamente. Dada pela documentação indireta, a finalidade da pesquisa bibliográfica é colocar o pesquisador em contato direto com o que já se produziu e se registrou a respeito do tema da pesquisa.

Ao proceder à pesquisa de campo e adentrar o *lócus* empírico, optamos pela técnica de entrevistas, com questões abertas, que foram elaboradas previamente, a partir da construção de eixos de análise. Conforme Gil (2008) pode-se definir a entrevista como uma técnica em que o pesquisador se coloca frente ao sujeito investigado, formula-lhes perguntas com objetivo de obtenção dos dados que possam responder às questões, objeto da investigação. A entrevista é, nesse sentido, uma forma que possibilita interação social.

Foram realizados quatro entrevistas, a saber: uma com o Secretário de Saúde do município de Ivaiporã, cuja formação profissional é enfermeiro e desenvolve hoje a função de gestor da Política Municipal de Saúde; a segunda entrevista foi realizada com a Coordenadora da Unidade Básica de Saúde da Vila Nova Porã (conhecida como Vila do Maneco), cuja formação profissional é enfermeira e atua nesta Unidade Básica de Saúde desde fevereiro de 2015; o terceiro entrevistado também é formado em enfermagem, e atua como Coordenador da Unidade Básica de Saúde da Vila João XXIII, desde abril de 2015; Por fim, a quarta pessoa entrevistada possui formação profissional em enfermagem e é responsável pela Unidade Básica de Saúde e Programa Saúde da Família do Jardim Monte Castelo (PSF8), atua nesta função há seis anos.

A escolha dos sujeitos que participaram das entrevistas se deu a partir da definição de que deveríamos elencar técnicos que atuassem diretamente na gestão da Política Municipal de Saúde. Num segundo momento, refletimos que deveríamos eleger uma amostra representativa de pelo menos 01 (um) técnico do órgão gestor da saúde no Município, sendo que o único que se colocou a disposição e apresentou dados consideráveis através da entrevista foi o próprio Secretário de Saúde, portanto identificado no trabalho como Técnico Gestor.

Compreendendo que as Unidades Básicas de Saúde são responsáveis pela gestão dos serviços nos territórios, uma vez que é a porta de entrada dos demandantes por atendimento no âmbito de saúde, elegemos uma

amostra representativa constituída pelos técnicos responsáveis de 03 (três) UBS, de um quantitativo de 07 UBS disponíveis no município. Os técnicos das UBS, estarão identificados no trabalho como Técnico UBS 1; Técnico UBS 2; Técnico UBS 3.

As entrevistas foram previamente agendadas e ocorreram individualmente no próprio espaço físico, com duração de 40 minutos. A cada um dos convidados foi esclarecido sobre o objetivo e a relevância da pesquisa. Neste sentido o gestor e os representantes consentiram sobre a gravação das entrevistas. Então, aplicou-se um roteiro com questões pré estabelecidas. Posteriormente, foram transcritos os dados coletados de forma íntegra, para manter a integridade das informações passadas, e assim, utilizadas para análise. Os resultados alcançados a partir do estudo realizado referente à pesquisa estão dispostos no presente trabalho, que está dividido em três capítulos:

O primeiro capítulo faz um esboço histórico da saúde pública e dos seus desafios, a partir do século XX até o período que antecede a Constituição de 1988. O segundo capítulo aborda a descentralização político administrativa no âmbito da saúde, a partir da Constituição Federal de 1988, a qual rebate diretamente no processo de organização e planejamento da saúde nos municípios. O terceiro capítulo apresenta uma breve caracterização do município de Ivaiporã, expressando a partir de categorias de análise os resultados da pesquisa, bem como depoimentos dois sujeitos entrevistados, sob a dimensão da análise de conteúdo quando com base na literatura pertinente.

Através do presente estudo, foi possível observar que a conquista no setor da saúde foi processo histórico dos trabalhadores, que mais tarde culminou com o Movimento Sanitário, passando a saúde a ser universal e descentralizada. Os limites e dificuldades expressos nos depoimentos pelos sujeitos nos permitiram identificar que a questão da fila de espera, para além de uma dinâmica que permeia a organização desta política nos municípios pequenos, em Ivaiporã está ligada a ausência de descentralização, bem como de maior investimento em recursos técnicos e humanos.

## 2. O PROCESSO HISTÓRICO E OS DESAFIOS DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

O histórico da saúde no Brasil nos apresenta desafios importantes para refletir sua constituição enquanto política pública e um direito do cidadão. Neste capítulo, iremos apresentar um esboço do processo histórico da saúde no Brasil. Pretende-se dar enfoque aos seus determinantes no século XX, até o período que antecede a Constituição Federal e 1988. Deste modo é possível compreender que os desafios da política de saúde ainda expressam ranços históricos, o que requer uma luta contínua para sua democratização na atualidade.

### 2.1 Concepções Históricas da Saúde Pública

Para refletirmos a saúde pública no Brasil, é importante resgatarmos como se deu sua constituição no percurso histórico, considerando-a no bojo do desenvolvimento do capitalismo brasileiro. Nesse sentido, é importante destacar que entre as décadas de 1920 a 1930, a política social passa a se constituir enquanto expressão necessária para o desenvolvimento da indústria no Brasil. Considerando a passagem do modo de produção agroexportador para o modelo urbano industrial, é preciso compreender que a mão de obra e a exploração crescente do capital sobre o trabalho refletiu diretamente na saúde do trabalhador.

Enquanto estratégia de manutenção da produção e do desenvolvimento do capital em sua necessidade de expansão, o Estado então passa a reconhecer a questão social através de ações e intervenções na perspectiva de atender as pressões, por um lado da classe trabalhadora e, por outro, dos capitalistas que precisava de mão de obra. Para Bravo (2009), diversas tentativas foram empreendidas no âmbito da saúde pública, principalmente, na perspectiva de extensão dos serviços higienistas em todo território nacional. Dentre as principais estratégias empreendidas pelo Estado, podemos destacar a criação do Departamento Nacional de Saúde (DNS), no ano de 1921.

As ações do DNS se constituíam nas áreas de saneamento urbano e rural, da higiene industrial e especialmente nos serviços de higiene materno – infantil. Ressalta-se que o objetivo era possibilitar a manutenção da força operante do trabalho, dando condições mínimas de saúde ao trabalhador enquanto estratégia do capital, que sob o suor dos operários vislumbrava a saída da crise vivenciada

pelo País naquele período. Este órgão foi idealizado por Carlos Chagas<sup>1</sup>, que no ano de 1923 introduziu no País a Lei Elói Chaves<sup>2</sup>, que passou a regulamentar as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS)<sup>3</sup>.

De acordo com Bravo (2009), nesse período, ao invés de garantia de condições e melhoria ao trabalhador, buscava-se uma manutenção da ordem do capitalismo, no convencimento à população que de forma pauperizada deveriam atuar no crescimento do País. Das medidas que se constituía houve a tentativa de aumentar o atendimento à saúde do trabalhador, uma vez que esta partia do poder central do Governo, o que constituía uma das estratégias da união para apoiar o avanço industrial no País.

Cabe aqui destacar que as CAPS então passaram a ser organizadas por empresas, sendo administrada e financiada por empresários e trabalhadores de empresas específicas. Logo, com esta legislação constituía-se o sistema previdenciário, considerando serviços médicos assistenciais e medicamentos aos segurados, ou seja, àqueles que contribuíssem com o crescimento industrial. Tal serviço que se instituía, ocorria pela pressão dos trabalhadores, enquanto que o setor empresarial cobrava do Estado medidas para apaziguar os conflitos e garantir a manutenção do sistema produtivo.

Conforme Bravo (2009) os serviços de saúde passaram a estar voltados para empregados de empresas específicas, além de maior importância estratégica para a economia, sendo que eram estes mesmos trabalhadores os responsáveis na manutenção, através dos recursos que lhes eram descontados dos salários. Neste momento o sistema industrial precisava acelerar e assim, os trabalhadores industriais e ferroviários eram os responsáveis pelo avanço e sucesso do desenvolvimento do País.

Vale ressaltar que no Brasil, historicamente, não houve intervenção do Estado, de forma direta, no que se refere às ações de atendimento sobre a saúde dos trabalhadores. Para Castamann (2006), esta responsabilidade era do setor empresarial, como se observa financiada pelo próprio trabalhador, ficando ainda à responsabilidade das instituições religiosas, as quais prestavam serviços de caridade como exemplo as Santas Casas de misericórdia. Conforme a autora, o

---

<sup>1</sup>Carlos Justiniano Ribeiro Chagas foi dentre suas profissões, mais conhecido como médico sanitarista, cientista e bacteriologista brasileiro. Atuante na saúde pública iniciou sua carreira no combate à malária. Destacou-se ao descobrir o protozoário *Trypanosoma cruzi* e a tripanossomíase americana, conhecida como doença de Chagas.

<sup>2</sup>Lei Eloi Chaves foi introduzida como embrião do esquema previdenciário em 1923 por Carlos Chagas

<sup>3</sup>As CAPS (Caixas de Aposentadorias e Pensões) segundo Bravo (2009, p. 98), eram organizadas, administradas e geridas pela União, a partir de recursos avindos da classe trabalhadora, sendo que o presidente da mesma era o presidente da República quem o nomeava.

modelo de saúde vivenciado nesse período pode ser considerado com um modelo de polícia-médica, ou seja, autoritário, centralista e preocupado, sobretudo, nas perspectivas legais e pautadas em normativas resultantes das doutrinas do governo.

O período que marca de 1930 a 1934, evidencia que o País passou por diversas transformações, tanto no âmbito político, econômico e social. Podemos destacar estas transformações impulsionadas pelas ações populistas com o ingresso de Getúlio Vargas<sup>4</sup> ao poder, quando em sua primeira medida de governo criou o Ministério da Educação e da Saúde Pública (MESP). As principais medidas criadas pelo MESP, ocorreram em um período chamado de governo provisório<sup>5</sup>. Vale também destacar nesse mesmo intervalo de tempo a criação do Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP's)<sup>6</sup>, em 1933, como um novo modelo organizado previdenciário para substituir às antigas CAPS. Este novo modelo passou a ser organizado por categorias profissionais e administrado pelo Estado no intuito de captar e organizar os recursos do fundo criado pelos trabalhadores.

Bravo (2009) nos esclarece que no ano de 1934 o governo se propôs a intervir na saúde com ações direcionadas e acabou organizando-a em dois subsetores: o subsetor de saúde pública e o subsetor de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública predominou aproximadamente até a década de 1960, e se concentrou na criação de políticas mínimas para as populações urbanas e do campo de forma bem restrita, devido ao processo de industrialização crescente. Dessa forma o Estado necessitava redefinir o seu papel, e (re) organizava as políticas sociais, para assim dar um respaldo às reivindicações dos trabalhadores, sendo que a situação naquele momento era muito precária, diante desse teor de aceleração industrial. Já o subsetor de medicina previdenciária, passou a ocupar o lugar do subsetor de saúde pública a partir de 1966, com a criação dos IAPS, quando o principal objetivo do Estado foi o de antecipar as reivindicações dos trabalhadores e não dar uma maior cobertura às suas necessidades. Ou seja, a previdência estava mais preocupada em ter uma acumulação nas suas reservas financeiras, do que ampliar a prestação dos serviços com relação aos sujeitos.

---

<sup>4</sup>Getúlio Vargas foi um político brasileiro, líder civil em 1930, período que pôs fim à República Velha. Foi presidente do Brasil em dois períodos. O primeiro período foi de 15 anos ininterruptos. No segundo período, foi eleito por voto direto (BRAVO, 2009).

<sup>5</sup>Governo Provisório (1930 – 1934) foi a Aliança Libertadora que articulou um golpe que impediu a candidatura de Júlio Prestes, colocando Getúlio Vargas no poder para impedir que os populistas continuassem como mandatários no país. (BRAVO, 2009).

<sup>6</sup>Os Institutos de Aposentadorias e Pensões foram organizados com intuito de modernização da máquina estatal para poder aumentar o seu poder regulatório sobre a sociedade, além de representar no sentido de desmobilização das forças políticas que foram estimuladas no período "populista". Advém no sentido de reorientação das relações entre Estado e classe dos trabalhadores. (BRAVO, 2009; p. 92-93).

Ainda no governo de Getúlio Vargas, quando o País passou a enfrentar crises econômicas no período de 1940 a 1950<sup>7</sup>, Bravo (2009) nos salienta que as medidas foram adotadas em respostas aos movimentos de luta da classe trabalhadora. Bravo (2009) chama a atenção sob essas medidas que vinham conter os trabalhadores, que passaram a se organizar em movimentos sindicais e ganhavam forças com sua organização.

Diante do crescimento do número de contribuintes e dos benefícios, ficou impossível um modelo de atendimento num sistema médico previdenciário atender a toda a população. Dessa forma o Governo decidiu como colocar seus recursos, de uma maneira que conseguisse atender as necessidades na ampliação do sistema, só que no final optou por direcioná-los para a iniciativa privada, cujo modelo era pautado numa perspectiva de pensamento da medicina curativa, quase não tendo medidas preventivas e sanitárias para atender a população.

Na década de 1940, também foram tomadas medidas de reestruturação e ampliação dos órgãos de saúde dos Estados. Nesse sentido as ações passaram a ser coordenadas e centralizadas pelo governo federal através do MESP. É preciso observar ainda nesse período, até a década de 1950 este órgão teve importante atuação no combate à malária, em pesquisa de doenças tropicais e educação sanitária.

Somente em 1953 ocorreu a divisão da Saúde e Educação através da criação do Ministério da Saúde, que antes eram vinculados em um único Ministério. Dentre os aspectos importantes da saúde nesse período, podemos destacar que em 1941 foi criado o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE) pelo Decreto de Lei nº 3.347, quando foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Também houve vários serviços de combate às endemias e o Departamento Nacional de Saúde também ficou responsável pelo controle e formação de técnicos em saúde de pública.

As reivindicações desses trabalhadores se davam na ordem de cobrar do Estado respostas aos problemas estruturais das situações e condições de trabalho para manutenção da própria vida da classe trabalhadora. Uma das respostas foi à criação do Ministério do Trabalho (MT) em 1950, órgão este que tinha como estratégia central a contenção das atividades sindicais e, dentre outras

---

<sup>7</sup>Os períodos de 1940 e 1950, considerando os impactos da Segunda Guerra Mundial, o País passou reestruturação e também a revisão da economia. Reviveu uma orientação contencionista, ou seja, foram estipulados limites orçamentários máximos para as despesas com "assistência médico-hospitalar e farmacêutica", para os Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP) em convênios com os órgãos do governo americano e com patrocínio da fundação Rockefeller em conjunto com o plano Salte, constituíam em investir nas áreas de saúde, alimentação, transporte, e energia. (BRAVO, 2009.p. 92)

estratégias, a manutenção da legitimidade do Estado em atender ao setor empresarial.

Pouco mais tarde, já no início do regime militar, (1964) houve várias discussões sobre a saúde pública brasileira, e uma delas foi a unificação dos IAPs de maneira mais abrangente do Sistema. Estes que eram limitados em certas categorias profissionais, como os funcionários públicos, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas. O governo militar com essa perspectiva buscava garantir, a todos trabalhadores urbanos e seus dependentes os benefícios da previdência social que unificava os IAPs em um só regime para todos trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

Nesse período, o objetivo era ampliar o poder do Estado em torno da sociedade, e de diminuir as tensões sociais e legitimar o regime militar, sendo que somente ocorreu a sua efetivação em 1966, com a unificação de Instituto da Previdência Social (IPS), e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Essa criação proporcionou a união dos vários benefícios no IAPs. BRAVO (2009) reitera que com esta unificação do sistema previdenciário, o governo militar foi obrigado a incorporar os benefícios já existentes, não contando com as aposentadorias e pensões.

Já na década de 1980, esse Sistema começou a dar sinais de esgotamento. A previdência começou a não dar conta de reter os gastos dos trabalhadores, no sentido contrário de acumular recursos, passando a lidar com mais gastos e reivindicação da sociedade. Os movimentos em defesa de uma política de saúde mais ampliada e disponível para todos vão se reestruturando e, um deles, foi a partir de discussões acadêmicas sobre as previdências sociais e da reestruturação da organização de trabalhadores da saúde. Bravo (2009, p. 95) nos corrobora que:

[...] a sociedade brasileira, ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política, superando o regime ditatorial instaurado em 64, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica que persiste até os dias atuais. As decepções com a transição democrática ocorreram, principalmente, com seu giro conservador após 1988, não se traduzindo em ganhos materiais para a massa da população.

Já que o sistema de saúde estava em crise, foi organizado um movimento social com pesquisadores, profissionais da área da saúde, juntamente com a sociedade civil, entidades, sindicatos, por volta da década de 1979, ficando assim conhecido como Movimento Sanitário. Este movimento teve um marco

importante do destino do sistema de saúde brasileira. A organização de debates acerca dessa conjuntura os sujeitos profissionais de saúde sendo representados por suas instituições para ultrapassar o corporativismo, tendo como foco o melhoramento da situação da saúde, e assim fortalecer o setor público.

O Movimento Sanitário teve como apoio na difusão e ampliação do debate sobre a saúde, o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) para elaborar as contrapropostas da política do setor, sendo que um fator importante na discussão acerca da questão saúde foi à VIII Conferência Nacional de Saúde, organizada no ano de 1986 em Brasília. Esse marco fundamental teve como tema o envolvimento de três pontos: a saúde como direito a todos, a cidadania para reformular o Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial.

Em meio a lutas e desafios, a saúde brasileira a partir de 1988 passou a se inserir no tripé da Seguridade Social, juntamente com Assistência Social e a Previdência Social. É importante salientar o ganho a partir da abertura política ao processo de redemocratização, uma vez que a saúde no Brasil passou a ser destaque, numa perspectiva e lógica de universalidade do acesso ao atendimento dos cidadãos. Nesse sentido, as experiências adquiridas permitiram a idéia de criação de um Sistema Único de Saúde, que possibilitasse o acesso à saúde como um direito de todos os cidadãos e como um dever do Estado garanti-lo.

A proposta de Reforma Sanitária, disposta pela oitava Conferência Nacional de Saúde em 1986, segundo Rodrigues (2010), partiu de um grandioso debate sobre a saúde, da qual tendo como objetivo em um projeto “novo” de organizar a política de saúde no País. Foram deliberadas propostas cuja finalidade era: sanar as dificuldades existentes na rede de saúde; estudar opções para dar uma estrutura da organização do sistema novo da qual essa criação recebeu muito manifesto de aceitação e apoio de todas as partes civis e representantes institucionais do setor público de saúde.

Muito embora, a Constituição Federal de 1988 permitiu consideráveis conquistas, não apenas no campo da saúde, mas, na perspectiva de democratização e garantia de direitos do cidadão numa perspectiva ampliada, não podemos desconsiderar o movimento do capital neste contexto. Uma vez que o País ainda vivenciava resquícios do regime militar, enquanto no contexto internacional as políticas sociais já vivenciavam um contexto neoliberal da economia, o Brasil não ficou de fora. Sua inserção tardia no capitalismo neoliberal, sem vivenciar o Estado

de Bem Estar Social, trouxe várias conseqüências para as políticas sociais, principalmente a de saúde. (BEHRING, 2009).

Conforme Behring (2009), a inserção tardia do País no contexto neoliberal, logo após a Constituição Federal, fez com que os direitos sociais ora conquistados já passassem a sofrer drásticas reformas, o que, conforme a autora, devemos considerar como contra-reforma, uma vez que ao descentralizar-se as políticas os recursos financeiros para estas políticas de seguridade social concentraram-se por áreas, além de permanecer centralizados na esfera federal. Entretanto, importante se faz considerar que numa perspectiva das reivindicações democráticas e do que a Constituição Federal permitiu, com a descentralização político administrativa, permitida, os estados e municípios passaram também a ser também responsáveis na sua condução por estar próximo dos sujeitos, conforme veremos no próximo capítulo.

### **3. MUNICIPALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E OS PRESSUPOSTOS PARA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.**

O presente capítulo irá tratar sobre o contexto da descentralização e da municipalização da política de saúde a partir da Constituição Federal de 1988, o que nos requisita discutir sua dinâmica no contexto do capitalismo neoliberal, onde suas instâncias reguladoras não assumem a saúde como responsabilidade exclusiva do Estado, repassando para as instituições não estatais a complementaridade nos serviços executados. Nesse sentido, toda discussão no que se refere à saúde pública requer uma reflexão ao que se coloca como pressupostos dessa gestão. O Sistema Único de Saúde é um grande ganho da população brasileira e deve ser defendido numa perspectiva democrática.

#### **3.1 A descentralização e municipalização de políticas públicas**

A constituição Federal de 1988, a partir da descentralização político administrativa, propôs que as políticas públicas passassem então a ser responsabilidade dos municípios em sua organização, uma vez que é nos territórios e nos níveis locais que se assumem o reconhecimento das dinâmicas particulares, engendradas para o atendimento do cidadão. Conforme destacado no capítulo anterior, o movimento da reforma sanitária, sendo um marco decisório para a consolidação do SUS, se constituiu como suporte dessa ação. Logo, conhecer como se processa a descentralização e municipalização no que abrange o acesso dos sujeitos no SUS é importante, uma vez que a saúde, antes da Constituição Federal de 1988 era centralizada.

Por descentralização, parte-se da compreensão disposta por Jovchelovitch (1998), que discorre que, para entender como se processa a descentralização e municipalização no Brasil, é necessário conhecer que estamos em um País com mais de cinco mil e quinhentos municípios, divididos em 26 estados e um Distrito Federal. Assim sendo, são diversificadas as desigualdades regionais e também locais, porque cada município, mesmo que de forma diversa, precisa ser olhado como único. Ou seja; conhecendo a totalidade e as diversidades dos sujeitos que habitam os municípios brasileiros.

Conforme a autora, a necessidade de se pensar a dimensão da descentralização, portanto, mesmo que a Constituição Federal de 1988 tenha

reconhecido como ente federativo os municípios brasileiros, e este sendo um marco importantíssimo para os municípios, a autonomia no que se refere aos recursos financeiros prevalece á perspectiva de centralização na esfera federal. Em todas as decisões sejam elas política, questão tributária, elas se distanciam do espaço dos governos municipais e não são dadas as formas de autonomia, e estes acabam não tendo estrutura para administrar as políticas públicas que necessitam ser municipalizadas de forma eficiente.

De acordo com Jovchelovitch (1998), a municipalização é uma ação, das forças do próprio município em uma totalidade para a prestação de serviços, sendo co responsáveis as prefeituras, não apenas no sentido de repasse de encargos, mas, na perspectiva de se encaminhar os serviços próximos aos sujeitos, com a organização da sociedade civil. Vale lembrar que, a descentralização e a municipalização, devem estar articuladas de forma estratégica na consolidação democrática e interligadas de forma participativa. Essa força vem da cidadania e está no município, sendo este o lugar no qual o individuo constitui sua historia, também da qual se fiscaliza e exerce o controle social.

Portanto, é importante compreender, conforme a mesma autora, que é no poder municipal, que reside à essência da autoridade, estando mais perto das reivindicações e das necessidades básicas dos indivíduos, bem como por ser a entidade político-administrativa que possibilita abertura para que a população tenha participação na gestão da vida pública local. Sendo ele o poder municipal, com a funcionalidade de promoção, das quais possibilitam melhorar os atendimentos públicos, especialmente na área de saúde. (JOVCHELOVITCH, 1998).

Vale destacar o grande desafio da saúde pública no Brasil, no atual contexto. Muito embora no processo democrático e de descentralização político administrativo ocorreram inúmeros avanços, o principal desafio agora é superar os ditames dos organismos internacionais e multilaterais (FMI e Banco Mundial). Estes organismos colocam recomendações para os países em desenvolvimento, através de pacotes de medidas que passam a focalizar a saúde nos mais pobres dentre os mais pobres, bem como a partir de programas que dinamizam um mercado paralelo voltado a quem pode pagar através da saúde complementar e, a quem não pode pagar, focalizam se os serviços nos mais pobres. A saúde então passa a sofrer com a própria brecha Constitucional, que aponta na complementaridade a participação da iniciativa privada nos programas e na prestação de serviços de saúde. (BRAVO, 2009).

Falar de descentralização e municipalização de políticas públicas requer considerar a importância que este fator adquire a partir da Constituição Federal de 1988 para a saúde pública no Brasil. Trata-se de um resultado do processo político pela democratização das políticas públicas e que o Estado, nesse sentido, deveria olhar o atendimento à saúde dos Municípios na totalidade, e dessa forma a descentralizando o poder de decisão, passar para a esfera estadual e municipal, envolvendo ainda a participação da sociedade civil na formulação da política de saúde. (JOVCHELOVITCH, 1998).

### 3.2 A Constituição do Sistema Único de Saúde e as disposições para descentralização aos Municípios

A saúde no Brasil está disposta na Constituição Federal de 1988 e integra o tripé da Seguridade Social. Nesse sentido constitui-se de um conjunto de elementos que tem como objetivos garantir ao cidadão o acesso aos serviços públicos de saúde, dentre outras políticas, como direito e dever do Estado, na perspectiva de promoção do bem-estar da população, conforme o Artigo 196 da Carta Constitucional:

Uma vez que as políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal. "A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante a universal, igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". (BRASIL 2015).

Ressalta-se que tal conquista fez parte das propostas do Movimento Sanitário, que sempre esteve na luta pela organização dos serviços e na universalidade do atendimento, garantindo a gratuidade no atendimento e serviços prestados. Tornando-se a saúde necessariamente resultante de políticas sociais e econômicas, legitimadas como direito do sujeito e dever do Estado, e assim rompendo com a ligação existente entre contribuição e acesso, deixando para trás o modelo excludente de seguro social, que era vigente antes da Constituição Federal de 1988, junto com as demais políticas de seguridade social. (TEIXEIRA, 2011).

Podemos desatacar os principais avanços dessa conquista já na década de 1990, através da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 e da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Tais disposições regulamentam os dispositivos constitucionais e merecem destaques, principalmente, quanto ao foco do nosso

trabalho nesse capítulo ao que tange conhecer a descentralização disposta pelas legislações e a descentralização assumida pelos municípios no campo da saúde.

A organização do SUS viabiliza as definições de seus princípios dos quais os gestores devem cumprir, o que podemos compreender segundo Fleury (1996):

a) descentralização: a gestão do SUS. A responsabilidade é compartilhada entre as três esferas: União, estados e municípios. A distribuição de recursos e responsabilidade é também dos três entes do governo, quando cabe à União repassar os recursos e realizar o que os governos locais e estaduais não podem ou não conseguem atender;

b) regionalização: a distribuição dos serviços. Esta se refere aos serviços, que passam serem atendidas as diversidades de níveis, e das necessidades da população por regiões e de suas complexidades. Neste aspecto são exigidas ações articuladas entre os Estados e Municípios, sendo-lhes facultada a criar consórcios;

c) controle social. Quanto a este aspecto, salienta-se a construção e implantação de estratégias que possibilitem e dêem capacidade de funcionamento dos conselhos que atuam na perspectiva do exercício do controle social, envolvendo as três esferas de governo;

d) resolubilidade. É quando o indivíduo procura um atendimento de saúde, ou quando aparece um problema de impacto coletivo, é exigido do serviço de corresponder e de estar capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o seu nível de competência.

Portanto, as ações e serviços públicos de saúde passando a se constituir no SUS, interligados em uma rede regionalizada e hierarquizada, devem ser pactuados nas diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Podemos destacar, conforme Fleury (1996) na década de 1990, no processo de implantação do SUS, um dos avanços que mais significou foi à ampliação do acesso aos serviços de saúde como resultado, principalmente, da intencionalidade que foi o processo de descentralização político-administrativa, orientado, em parcialidade pelas Normas Operacionais (NOB-SUS).

A descentralização, bem como as responsabilidades condizentes aos Serviços de saúde, foi atribuída aos diversos níveis de governo um comando único em cada esfera administrativa, assim: Estados, Municípios e Distrito Federal, sempre visando o bom funcionamento desse Sistema. (Cohn, 1998). O processo de

descentralização, proposto na década de 1990, teve como objetivo principal promover ações entre governos, estados e municípios para que as responsabilidades sejam divididas e organizadas entre eles. Foi por esse motivo que a NOB-SUS 1993, foi editada para respaldar o cumprimento da Lei e as decisões dos serviços de saúde em sua municipalização. Assim, foram criadas as Comissões Intergestores Bipartites e Tripartites, favorecendo a unicidade e organização do SUS nas suas três esferas de governo.

Define-se Comissão Bipartite como instância preferencial para os pleitos municipais, cabendo recurso à comissão, triparte em caso de desacordo entre as partes, configurando-se assim uma hierarquização entre as instancias Federadas, de modo a dar conta [...] dos conflitos de interesses, sejam eles políticos, técnicos ou administrativos (COHN, 1998, p.112).

É importante refletir que: a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) reúne os três gestores das esferas: municipal, estadual e federal; já a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) reúne gestores dos estados e dos respectivos municípios. A CIT e a CIB são instâncias de negociação e de decisão sendo canais de atuações importantíssimos para o SUS em sua formulação e implementação da política de saúde. Também, nos aspectos referidos, na descentralização do seu financiamento e ações diante de sua estrutura decisória da operacionalidade nos serviços públicos de saúde, ligados numa lógica regionalizada e hierarquizada, como ficou definido nos termos dos Artigos 197, 198 e 199 da Constituição Federal de 1988.

Podemos destacar que a implementação da NOB/SUS no período de 1998 a 2000, trouxe marcos importante para o setor no processo de descentralização do SUS, já que todos, pela Lei, possuem direitos e, sendo o dever do Estado prover este direito, ocorreram implementações na saúde pública brasileira: a implementação do processo a partir do Piso de Atenção Básica (PAB), que visa o financiamento das ações básicas de saúde e no âmbito assistencial; o serviço de Saúde da Família (PSF) e dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Já no aspecto de gestão foram criados os recursos de incentivos de financiamentos da atenção básica, e para o financiamento da assistência de média complexidade a Fração Ambulatorial Especializada (FAE), enquanto na alta complexidade os serviços de cunho ambulatorial/custo (APAC). (ELIAS, 1998). A NOAS/SUS 01/2002 em seu Capítulo III, esclarece os critérios para habilitar os Municípios, Estados, explicando as responsabilidades dos gestores de municipais e estaduais.

A partir dessa breve contextualização, podemos considerar que o SUS alcançou a tão universalidade da Constituição, sendo medida que propiciou o movimento de inclusão das classes populares não contributivas à Política de Saúde, diferente de tempos anteriores à constituição quando este só atendia a quem estivesse assegurado pelo trabalho. Aspectos ora apontados neste capítulo nos expressam a relevância da descentralização político administrativa para as políticas públicas, principalmente quanto à municipalização da saúde pública, uma vez que aproxima os serviços de saúde aos pacientes, tratando-os não mais como clientes, sim como cidadãos.

Nesse sentido, o próximo capítulo retratará de forma mais abrangente a aplicabilidade da dimensão ora tratada neste capítulo, a partir do que consideramos que a demanda e, principalmente, a organização da gestão implicará diretamente no processo de agendamento de consultas e exames médicos que constituem rotineiramente as filas de esperas por exames e consultas no município de Ivaiporã.

## **4. A GESTÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE IVAIPORÃ-PR E A FILA DE ESPERA PARA EXAMES E CONSULTAS MÉDICAS**

Nesta etapa do trabalho, objetiva-se problematizar o processo de agendamento para exames e consultas na saúde pública do município de Ivaiporã, Paraná. Para tanto, contextualiza a saúde pública no município, bem como demonstra sua organização a partir das disposições do Sistema Único de Saúde para o processo e sistema de atendimento a exames e consultas médicas. Na constituição da metodologia da pesquisa, destacada na introdução deste trabalho, o capítulo está organizado em três partes, que a partir da análise de conteúdo expressa os resultados da pesquisa. Os dados e as análises estão constituídos a partir dos eixos que constituem o presente capítulo.

### **4.1 Breve caracterização do município de Ivaiporã**

Conhecido como “sapecado”, o município de Ivaiporã, localiza-se especialmente no centro norte do estado do Paraná em uma região, solo muito fértil chamou muita atenção dos demais estados brasileiros, no período da década de 1940, principalmente alguns habitantes do estado de Santa Catarina que foram atraídos pelas terras férteis. Dessa forma se iniciou o famoso “sapecado”, passando ter registro da historicidade de Ivaiporã, compondo a região do Vale do Ivaí<sup>8</sup>.

Segundo dados do Senso do IBGE (2014), possuem por expansão territorial a área de 432,47 km<sup>2</sup>, contando com 32.705 habitantes. Esta cidade se deu início através dos processos de queimadas que ocorreram para a instalação das primeiras casas, comércio e hotéis, tendo isto se dado aproximadamente na década de 1948. Mais tarde, se tornou distrito da Comarca de Manoel Ribas, datando de 1955, e levando o nome de Ivainópolis. Mais tarde, quando adquiriu o nome de Ivaiporã passou por seu marco legal emancipatório, a partir do sancionamento da Lei Estadual nº 4.245 de 25 de Julho de 1960, sendo implantado enquanto município no dia 19 de Novembro de 1961.

---

<sup>8</sup>O Vale do Ivaí se constitui por 28 municípios sendo eles: Jardim Alegre, Arapuã, Ariranha do Ivaí, Apucarana, Barbosa Ferraz, Borrazópolis, Bom Sucesso, Califórnia, Corumbataí do Sul, Cruzmaltina, Lunardelle, Lidianópolis, Faxinal, Grandes Rios, Godói Moreira, Jandaia do Sul, Kaloré, Ivaiporã, Morumbi, Marilândia do Sul, Mauá da Serra, Novo Itacolomy, Rosário do Ivaí, Rio Branco do Ivaí, Rio bom, São João do Ivaí, São Pedro do Ivaí e Cambira.

A partir desse contexto, Ivaiporã foi estruturada por um plano de colonização moderno, adotado pela Colonizadora Ubá, com uma estrutura agrária caracterizada por minifúndios, sendo um dos últimos eldorados do Paraná. Com relação à produção agrícola, mais precisamente os anos de 1970, Ivaiporã passando a ser referência como maior produtora nacional de feijão, algodão e outros, passaram a ser chamada de capital mundial do milho, o que se propiciou a inserção de grandes cooperativas na região, sustentando nos dias de hoje níveis reconhecidos de produtividade agrícola. Ressaltando-se que este, constitui como base a produção pecuária, especificamente a bovinocultura de leite, a qual desempenhando um papel importantíssimo na economia rural da região (IVAIPORÃ, 2015).

Atualmente, de acordo com o Censo Demográfico do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística a população é estimada em 2013, é de 32.710 habitantes, (IBGE, 2015). No campo da saúde que, abrange o tema da pesquisa, é importante destacar a existência de 02 hospitais.

Segundo os dados do Instituto Paranaense de Desenvolvimento e Econômico e Social (IPARDES, 2015). Na atualidade a oferta dos serviços prestados no âmbito da saúde no município destaca se: 01 espaço de atendimento Estadual, com atendimentos públicos regionalizados de forma Estadual (regional e a banco de sangue); 11 espaços de atendimentos municipais (que são as unidades básicas de saúde); 70 clínicas de atendimentos de serviços de saúde privados (clínicas de exames ambulatoriais). Sendo que se equacione 82 estabelecimentos de saúde ou ambulatórios, 54 leitos cirúrgicos pelo SUS e 10 leitos particulares; 49 leitos obstétricos pelo SUS e 04 particulares, 30 leitos pediátricos com atendimento pelo SUS e 08 para o privado. O município expressa possibilidades de atender via consórcios e convênios com diversos municípios da região.

Ressalta-se neste município um predomínio das instituições de saúde do setor privado, que segundo os dados do IPARDES (2013), se encontram em primeiro lugar nos atendimentos de saúde da população, ou seja, sendo prioridade. Diante desse contexto é que nos trás uma reflexão para se pensar, se este município no que tange aos serviços públicos, gratuito e de qualidade, consegue realizara promoção da universalidade dos serviços de saúde, especialmente no que abrange as consultas e exames médicos.

#### **4.1.1 O planejamento e a descentralização dos serviços de saúde no município de Ivaiporã**

Mediante o contexto histórico do Município de Ivaiporã, acerca da saúde pública e do que tange os hospitais e as suas origens, neste ponto será retratado como se dá a construção dos serviços a ações da saúde pública em Ivaiporã, tomando como exemplo algumas unidades de saúde deste Município. Destaca-se aqui que o município está constituído de 06 (seis) Unidades Básicas de Saúde, acrescido de um Centro Municipal de Saúde, denominado como Posto Central. Para os sujeitos que participaram da pesquisa o município dispõe das seguintes unidades, reconhecidas pelos profissionais como Posto de Saúde, são eles: o Centro de Saúde, o Posto de Saúde Vila Nova Porã, o Posto de Saúde Vila Alto Porá, o Posto de Saúde Vila Santa Bárbara, o Posto de Saúde Vila João XXIII, e o Posto de Saúde de Jacutinga.

A partir do processo de descentralização da política de saúde no Município, buscamos compreender como estão constituídos os serviços, para além da prestação dos serviços na visão de três técnicos, responsáveis por UBS (identificados como Técnico UBS 1), além do que também nos contribui o técnico e gestor da política de saúde do Município, aqui identificado como Técnico Gestor.

Quanto às dificuldades, os sujeitos da pesquisa expressam em geral que o processo de agendamento das consultas de especialidades médicas e agendamento de exames, nos últimos anos o município vem gradativamente buscando se organizar no processo de descentralização. Como foi unanimidade nos relatos dos entrevistados, ainda que com imensas dificuldades, nos últimos anos esse processo permitiu a melhoria em alguns requisitos, conforme se comprova no depoimento de um dos profissionais entrevistados:

“Ao longo do tempo agente conseguimos descentralizar bastante coisas. Já as pessoas acabam não vendo, mas há muita coisa pra acontecer ainda, tá ruim, mas acredito que melhore a cada dia vai descentralizar mais. Ah! Por acaso a mamografia hoje agente já consegue fazer aqui, o teste da mãozinha antes era centralizado, hoje consegue fazer aqui; as coletas de exames diuricéris, de HIV, hoje agente consegue fazer aqui. Os outros níveis os mais específicos quando é pra fora do município ai agente não consegue, tem que ter um agendamento centralizado, mas as coisas que tem aqui agente consegue dessa forma.” (TÉCNICO UBS 1).

Segundo os entrevistados quanto à descentralização e o planejamento dos serviços ainda há muitas coisas que irão acontecer no sentido de desencadear

mais a descentralização e o planejamento. Conforme observado nos apontamentos dos participantes que contribuíram com essa pesquisa, fica evidente que o município, ainda mantém as ações e serviços de forma centralizada, quando nos próprios depoimentos, ainda se percebe uma dificuldade de compreensão desse processo disposto pela Constituição Federal de 1988.

Para se ter um planejamento integrado e que o mesmo seja regido pelas diretrizes organizativas do SUS, necessariamente tem que estar muito bem articuladas e as ações devem ser realizadas de formas cooperadas entre os gestores, a população e funcionários. Ou seja, permeadas de mecanismos que possam garantir o acesso aos sujeitos nos serviços de diferenciados níveis de complexidade, a partir da otimização e busca de ampliação dos recursos disponíveis. (BRASIL, 2015).

Acerca da descentralização e da municipalização, partindo da concepção que Jovchelovitch (1998), bem como as disposições constitucionais, buscamos compreender como se expressam as principais dificuldades para que esse processo ocorra no planejamento da política municipal de saúde. Nesse sentido, existe uma gama de fatores que estarão ligados diretamente ao que mais tarde consubstanciará nos atendimentos à fila de espera pelas consultas e exames, conforme se evidencia no seguinte relato:

*“A descentralização se você ter recursos humanos, material, equipamentos e uma organização para isso né [...] Você pode descentralizar umas coisas para que a forma de agendamento e conduta seja mais clara numa unidade básica de saúde. Para nosso município é necessária uma organização da gestão. A gente nunca tentou descentralizar no nosso modelo de saúde, é inviável, a gente não tem profissional suficiente, nem equipamentos, nem material pra poder retirar esse nível de tipo.” (TÉCNICO GESTOR).*

Diante, do contexto que foi relatado pelo Técnico Gestor, é inviável no modelo que se tem e dos recursos que se possui descentralizar os serviços de saúde. Evidencia que ao seguir o caminho do mais fácil busca-se ao nível prático manter centralizadas algumas coisas para se organizar a formalização de agendamento da gestão. Ou seja, já fica expresso no relato do sujeito da pesquisa que há centralização, logo permanece longe de atender o que está disposto no que pressupõe o Sistema Único de Saúde. Ressaltado que não há profissionais suficientes, equipamentos, materiais, recursos humanos para realizar a descentralização dos serviços, também nesse sentido vai de encontro com o que foi apontado no depoimento de outro sujeito da pesquisa:

*“Quanto aos exames, essas outras coisas têm que ser aqui em cima no laboratório, os equipamentos mais específicos né, porque não tem estrutura nas unidades, as unidades são pequenas. Por exemplo, você vai fazer uma mamografia, tem convenio com a Clínica São Francisco, então o aparelho de mamografia fica lá. Não tem estrutura, nem profissional pra fazer esses exames todos na unidade né. Se o município tivesse um equipamento desse, por exemplo, por unidade né, e não tem um volume tão grande desses por unidade, então centraliza num único lugar pelo tamanho do município. E esses equipamentos mais caros, nas outras cidades têm um centro específico onde se faz esses exames né, ou a secretaria mantém convenio com lugares onde faz igual a clínica São Francisco. Tem o laboratório aqui do posto que faça os exames de gestantes, outro exame mais simples é feito aqui, os outros não tem suporte aqui é encaminhado para os laboratórios e estes matem convenio com o SUS, que seria o laboratório Modelo, o laboratório Lacil, que daí é encaminhado pra lá se for um exame mais específico”. (TÉCNICO UBS 2).*

Partindo do contexto apontado pelo Técnico UBS 2, no sentido de descentralizar os serviços, é necessário constituir uma organização e uma equipe maior, porque a estrutura como se possui, na atualidade, não suporta e não comporta uma descentralização dos serviços.

*“Ivaiporã precisa contratar novos recursos, novos planejamentos, tanto nos serviços, daí sim planejar eles e descentralizar eles né [...]. Tipo dentista já ta um pouco descentralizado, uma coisa que ta, tem um pouco, mais o que tem eu acho que é difícil descentraliza mais.[...] a consulta do médico curativo assim primaria já tem nas unidades, é o que o município pode oferecer. Acho que Ivaiporã vem refletindo e muito quanto a isso, a gente tem uma reunião quinzenal; faz mensalmente uma reunião com o PSF e tá começando agora, hoje, uma reunião com os técnicos de enfermagem, pra treinamento. Ouvir o profissional, organizar esse serviço, descentralizar, ta mudando, ta se remontando todo um processo de trabalho, e estamos reescrevendo tudo, todas reunião, discussão, pega alguma coisa, vamos discutir, saúde da mulher, como vai ser feito, organização. Só que falta novos recursos. Que ta organizada, foi-se melhorado muito e vem se melhorando com essas reunião técnicas, pensando e organizando, mais o que precisa é tanto recurso como serviços é oferta de serviços mesmo, que venham, que queira disponibilizar os serviços do SUS mesmo né, acho que é isso que falta para conseguir pensar em descentralizaR”. (TÉCNICO UBS 3).*

Observa-se que no relato acima, o Técnico UBS 3, expressa o quanto é importante o município ampliar e buscar novos recursos, se adequar em um planejamento, uma vez que não há possibilidade de descentralizar de forma imediata. O que é cabível de destaque diante dos apontamentos realizados é que Ivaiporã vem refletindo muito, neste sentido. Ou seja, através de uma reunião quinzenal contando apenas com os técnicos, e outra mensalmente com os representantes dos PSF. Ao perceber que a gestão passa a ouvi-los das dificuldades e o que eles estão realizando de bom ou de ruim, percebe-se que estão revisando todo o processo de trabalho na tentativa organizar todo esse aparato dos serviços.

Após a implantação do SUS na década de 1990, dos seus avanços e limitações da descentralização, observam-se mudanças pactuantes á estruturação da atenção básica, a ampliação e organização da rede dos serviços públicos. Portanto, na lógica expressa pelo Técnico UBS 3, percebe-se o reconhecimento do mesmo quanta necessidade de ampliar a articulação entre os sistemas municipais de saúde e de um fortalecimento junto às Secretárias Estaduais de Saúde, uma vez que prevenindo a saúde, pouco o município demandará pelos exames e consultas.

O Ministério da Saúde na tentativa de fortalecer a gestão do SUS constituiu-se de estratégias e instrumentos, para organizar a atenção á saúde, tendo como objetivo de garantir que o acesso e da qualidade das ações de saúde seja realizado de forma eficaz e mais próxima dos cidadãos. (BRASIL, 2015)

#### 4.2 A fila de espera para exames e consultas

No que se refere aos impactos do processo de descentralização da saúde publica desse município em especial atenção ao que pretendíamos conhecer quanto ao acesso aos exames e consultas, uma vez que se opera por uma fila de espera, é visto que nos dias atuais a rotina para exames e consultas é cada vez maior o que abrange a necessidade de ampliação e melhoria da gestão no atendimento da saúde publica.

Conforme os dados apontados pelos sujeitos entrevistados, os representantes constantemente estão tentando equacionar as demandas das filas, mas estas só aumentam. Sendo que esse processo se dá através da procura em momentos de urgência e emergência. Os usuários precisam chegar ainda de madrugada, em torno das 05 (cinco) horas da manhã para conseguir senhas que são distribuídas, conforme apontado pelos profissionais, embora, não esclarecem quantas senhas são distribuídas, mas, que tem limite diário para atendimento.

Conforme as entrevistas realizadas, buscamos conhecer junto aos sujeitos da pesquisa, como ocorre essa configuração na prática. A compreensão do Técnico UBS 2, é de que o SUS é paternalista em relação a abranger toda a população, sendo no sentido de fazer por eles o que deveriam, ou seja, ensinar os sujeitos a realizar sozinhos seus exames e consultas, uma vez que apontam que as pessoas não podem ser dependentes do Sistema Único para sempre. De acordo com a entrevistada, em tom explícito, quanto á fila de espera no processo de marcar os exames, esse quadro já melhorou muito. A mesma ratifica que a gestão e os

profissionais vêm trabalhando duro nesse processo, visando à preocupação em dar mais acessibilidades aos pobres, possibilitando que os sujeitos tenham condições de uma qualidade de vida melhor.

Entretanto, fica expressa a contradição entre o que se dispõem o Movimento de Reforma Sanitária, bem como as conquistas dispostas na consolidação do SUS e na Constituição Federal de 1988. Ou seja, enquanto se vivencia numa sociedade como a brasileira, na luta pela universalidade, equidade e que as pessoas sejam tratadas como cidadãos, a expressão da Técnico UBS 2, demonstra que ainda existe uma cultura de que a saúde deva ser focalizada e voltada para aqueles que não podem pagar, enquanto que àqueles que podem pagar, devam buscar direto no setor privado agilizando a fila de espera.

*“Exames menos complexos e exames mais complexos, os exames de custo menor são mais rápidos para se fazer, né? E em tese seria obrigação doente menor que seria o município, isso não está escrito em lugar nenhum, quem deve fazer ou não, os exames de maior complexidade, tomografia, ressonância, que já tem uma complexidade maior. Então em tese esses exames não são só de competência do município, e sim de uma rede hierarquizada do SUS e que também envolve o Estado”. (TECNICO GESTOR).*

Diante do depoimento do Técnico Gestor, se expressa uma séria preocupação, uma vez que temos os mecanismos institucionais, as legislações e a luta em defesa de uma saúde pública se tornam confrontadas quando a visão de gestão dos serviços e processos é privatista, concordando no termos de Bravo (2009) que o maior desafio da saúde pública é ser construída numa dimensão da democracia participativa, onde o gestor assume os desafios propostos pela população usuária dos serviços. É preciso observar que o SUS em sua perspectiva de avanço se pauta num processo continuado de reflexões, lutas e desafios. Entretanto, as suas diretrizes de descentralização e serviços em saúde tiveram direcionamentos muito complexos, ao tempo que os técnicos e gestores precisam se qualificar partindo dos seus pressupostos.

A definição do SUS através da organização dos serviços da saúde, diante do acesso da população à rede dar-se-á por meio dos serviços de nível primário de atenção e todos os outros níveis de maior complexidade tecnológica (secundário e terciário), devendo ser referenciados. Já a rede de serviços deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada, pactuando com conhecimento e atendimento das problemáticas de saúde da população.

Conforme relatado pelo Técnico UBS 2, descreve-se que a fila de espera no processo de agendamento de exames anteriormente era realizada por cotas mensais. Os pacientes necessitavam madrugar na fila no dia específico para conseguir realizar o agendamento, hoje em se tem trabalho no sentido não só a questão de quantidade de vagas, ou de quem chegou primeiro, por ordem de chegada, tem se tentado abranger aquele que mais precisa, mas a questão é, qual é a mais grave, já estão trabalhando neste sentido de diagnosticar o mais urgente.

Com essas filas de espera para esses serviços de diagnóstico e procedimentos, os gestores acabam transportando os cidadãos a cidades maiores, onde há oferta desses serviços na rede privada. Quando isso ocorre é necessário que se haja convênios com clínicas, hospitais e profissionais, que acabam cobrando um preço de menor valor de mercado, assim os serviços acabam sendo canalizados para o setor privado

Conforme buscamos compreender do ponto de vista do Técnico UBS 3, o mesmo nos relatou que existe uma fila de espera porque a demanda é muita, e para isso eles estão trabalhando no sentido de se pensar na organização do trabalho. De acordo com o mesmo a prefeitura estipulou alguns requisitos para essa demanda; ou seja, quem pode pedir os exames e encaminhamentos para especialistas e o porquê encaminhou. Para tanto, no que abrange á saúde pública deve-se montar um protocolo, realizar uma auditoria, para fazer um levantamento se realmente existe a necessidade desse exame; o que aconteceu; qual é a história. O mesmo nos deu como exemplo aquele que necessite de fazer um exame de rotina e consegue, enquanto outro que precisa realmente realizar o exame mais sofisticado, mas demorou um pouco para chegar, porque teve dificuldade de ir ao posto, por não ter carro, e quando chega lá pela quantidade de pessoas aguardando por atendimento e não consegue.

*“Para exames mais caros também, a fila é longa porque é muita gente. O que ta se organizando agora, tentando se pensar na organização do trabalho, então o que estão colocando na prefeitura, eles estão fechando quem pode pedir os exames e encaminhamentos pra especialistas, o porque encaminhou, então a pessoa precisa ter um protocolo. Vou encaminhar pra um cardiologista devido a pressão alta, obesidade, a perna ta inchada, isso aqui, tudo bem, vou encaminhar pro cardiologista porque a pessoa pediu, não, ta se cortando isso. E a mesma coisa de exame, o paciente fez lá um exame de sangue há três meses atrás, de rotina, normal, daqui a três meses ele vai repetir o exame, o que aconteceu? Qual a historia? Porque muito se faz ainda sem necessidade, dai nisso a gente ta tentando se organizar na prefeitura, então na área de saúde montar protocolo, fazer auditoria, pegar ver se realmente vê se ta precisando ou não e que o medico ta pedindo tanto”. (TÉCNICO UBS 3)*

A dimensão dada e ainda explicada pelo Técnico UBS 3 nos direciona a compreender que o município não tem estrutura própria para o atendimento. Outra situação é que os gestores optam por convênios com a iniciativa privada, sendo o setor privado predominante na oferta desses serviços, fazendo com que sejam disponibilizadas poucas vagas, não cobrindo a demanda necessária e, com isso, filas de espera, que acaba forçando a população a pagar pelo atendimento.

#### 4.3 A fila de espera para consultas médicas de especialidades

A marcação de consulta e exames de especialidades médicas, inicialmente requer que o paciente passe por um clinica geral e este encaminhar a um especialista, para posteriormente ser agendado o devido atendimento. Vale ressaltar que os sujeitos da pesquisa informaram que a fila de espera para especialidades advêm do agendamento das consultas classificadas como as de mais urgência.

*“se o acesso a exame e a consulta é assistencialismo, não tem promoção de saúde, não tem prevenção essencial é o modelo que existia na década de setenta chegava o medico estava lá. As consultas de especialidades que são tratamento fora do município, hierarquizado dentro do Sistema, não é feito pelo Sistema municipal, por exemplo, eu preciso de um Neurocirurgião, de um Neuropediatra. Não tem Nero pediatra aqui dentro do município, então você vai pra dentro do sistema regional, a gente só faz encaminhamento, não é da nossa regulação”. (TÉCNICO GESTOR).*

Quando pensamos no Sistema Único de Saúde como um direito universal de acesso aos cidadãos, compreendemos que desta política publica, qualquer pessoa independente da classe social, tem o direito de usufruir dos programas ofertados. Mas existem aqueles projetos de poder a favor da privatização da saúde, para o corte de gastos públicos da saúde, que visão tentar reduzir os serviços oferecidos pelo Estado. (TEIXEIRA, 2011)

*“A questão das consultas medicas especializadas também em alguns casos as pessoas vão e não conseguir o agendamento e retorna. É complicado mesmo. Então na realidade tem de ser lá no posto central os agendamentos porque, estamos num município de transição. Primeiro, nós não temos recursos humanos suficientes, segundo; Ivaiporã, com a vinda das universidades pra cá tá aumentando o numero de pessoas e vem crescendo e então tem ser centralizado”. (TÉCNICO UBS 3)*

Os conflitos nos diferentes interesses das organizações sociais segundo o Técnico UBS 3, sendo que pelos projetos diferentes da política acabam preconizando as formas de acesso a utilização dos serviços de saúde. Conforme apontado pelo entrevistado, o Estado apenas libera recursos para aqueles casos na saúde, dos serviços de Atenção Básica e ações preventivas, deixando os serviços de Média e Alta Complexidade para o mercado, visando dois interesses. A concepção de valores sociais da política de saúde apenas se legitima através das relações entre os indivíduos, impulsionando a redefinição de suas relações sociais e, conseqüentemente, dos padrões sociais.

#### 4.4 A visão pelos sujeitos quanto aos desafios acerca da fila de espera dos exames e consultas médicas: básica e especialidades

A compreensão da política de saúde e dos serviços pelos sujeitos da pesquisa, resgatando que estão envolvidos diretamente na perspectiva de organização quanto aos atendimentos buscando evitar fila de espera, a política de saúde está em constantemente mudança. Para equacionar as dificuldades do processo de agendamento no sentido diminuir o tempo de espera, os entrevistados nos afirmam que estão trabalhando e tentando equacionar os problemas que parecem longe de acabar.

Para se ter uma compreensão da política da saúde em sua plenitude, sendo que o sujeito procurar e conseguir ter acesso aos serviços de saúde pública numa perspectiva universal é importante compreender a importância do planejamento nesse processo, quando os sujeitos expressam estar se aproximando desta experiência. Ou seja; a acessibilidade nesse sentido é mais ampla, referindo-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que pressupõe que um direito não desrespeite o do outro de como a população vai usá-los.

Já que esse contexto remete á existência e conhecimento da acessibilidade essencial para se entender às diversidades do uso dos serviços de saúde, sendo que esse acesso é relevante. Quando se fala em equidade no sistema de saúde, podendo estar interligadas em duas dimensões, sendo o acesso sócio organizacional, por exemplo; políticas formais e informais que selecionam os sujeitos em função de sua condição social, econômica ou diagnóstico; e também da distância linear, de tempo, de locomoção, custo de viagem. (TRAVASSOS, 2004).

*“Eu vejo aqui é complicado é a espera, o período de espera é longo, mais que a gente tente fazer esse tempo diminua, esse tempo de espera fazendo coletas do PSF, aqui dentro mesmo as pessoas que são acamadas para acelerar o processo, mas, mesmo assim a gente vê que demora muito. O atendimento urgente por ser o agendamento no laboratório, por exemplo, demora muito, a pessoa precisa desse exame com urgência e não consegue e a questão das consultas medica especializadas também em alguns casos as pessoas vão e não consegue o agendamento e retorna, é complicado mesmo. (TÉCNICO UBS 1).*

Ambos os sujeitos da pesquisa foram unânimes ao refletir às consultas básicas, que todas trabalham com demanda espontânea, portanto não há fila. Já os exames, estes são um pouco mais complicados, sendo necessário agendar para realização. Também em seus relatos eles esclarecem que não importa o quanto de recursos são inseridos, segundo eles não é isso que o Sistema de Saúde quer. A responsabilidade é das três esferas de gestão no financiamento da saúde; e também se busca a redução da iniquidade que existe e ainda persistente no país; e o repasse de fundo a fundo. Uma das principais mudanças foi no financiamento do custeio com recursos federais, onde a intenção é avançar no processo de descentralização dos recursos, dando maior autonomia para os Estados e municípios, com isso o recurso federal foi organizado em blocos: Atenção Básica; Atenção de Media e Alta Complexidade; Vigilância em saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS.

*“O desafio que eu observo é estabelecer critérios cada vez mais claros de prioridades NE, na perspectiva de que a gestão não pode olhar só para aquele exame e consulta clinica e ponto. Não importa o quanto eu e você insere de recursos dentro dessas duas políticas porque ela nunca vai dar conta da demanda ta, é porque, porque, não é isso que o sistema de saúde quer né? Não preciso, eu não tenho consulta em demanda pra todo mundo, tem que estabelecer as formas de organização do acesso dessas consultas, eu tenho de ter um plano de trabalho, fazer com que eles participe do cuidado com esses usuários eu preciso racionalizar e entender se todos os exames estão de forma que necessitou, se os exames que são solicitados de maneira inadequada, se eu to liberando mais pra você do que pro outro, porque eu não tenho um sistema informatizado pra poder suprir”. (TÉCNICO GESTOR)*

Ressalta-se que a política de saúde, no Brasil, sendo necessário conhecer como se constrói e age cotidianamente, para isso, buscamos compreender, os planos de trabalhos, os meios a ações técnicas, estratégias políticas e organizacionais. A política de saúde está interligada com o Estado, a sociedade e o mercado. O Estado porque é ele quem define as normas e

obrigações, recolhe recursos e cria programas e ações, a sociedade é quem financia através dos impostos e contribuições e o mercado é quem produz insumos.

*“Isso tá dentro do que eu falei, começamos agora a trabalhar dessa forma, é novo começou a partir de um mês pra cá que o João começou a trabalhar isso com o pessoal lá da frente né, do agendamento, então assim, a gente se conversa mais pra saber, olha esse meu paciente tem mais, mais necessidade né, uma pessoa que tá com um problema de saúde mais sério, daí ela tenta passar na frente daquele um que é mais um rastreamento né, que é um exame de rotina. Porque às vezes tem médico que pede né, um, as vezes você tem um problema de, você teve uma gastrite, aí o médico vai e indica uma endoscopia de rotina assim né, uma vez por ano pra rastreamento, mais as vezes tem uma pessoa que tá com uma suspeita, sei lá de de estomago alguma coisa, então ele é prioridade né, pra passar na frente, então assim, é isso que a gente tem conversado, nesse sentido, é fazer, o pessoal do agendamento conversa mais com o pessoal das unidades e com o secretário”. (TÉCNICO UBS 02).*

Ainda trazem alguns aspectos importantes para a construção da política de saúde, são eles: a definição de objetivos; construção de planos, estratégias, instrumentos; desempenhar papéis políticos e econômicos; formação de referenciais éticos, entre outros aspectos, ou seja, para construir uma política, não podemos construir de qualquer jeito, tem que ser pensando, articulado, planejado, para que após sua construção, quando for executar consiga atingir suas finalidades a partir de estratégias elencadas no seu planejamento, que não está voltada única e exclusivamente para o campo da saúde. Deve-se pensar em um todo, afirmam:

*“as políticas de saúde, suas estratégias, instrumentos e planos produzem uma ação que não se limita ao campo da saúde, uma vez que, podendo influir em diversos outros aspectos da dinâmica social (econômica, política, cultural), também podem, igualmente, cumprir vários outros papéis, ou funções, além do seu objetivo básico de resolver problemas de saúde.” (FLEURY; OUVENEY, 2009, p. 23).*

Desta forma a saúde também não foge da dinâmica, as políticas sociais são cada vez mais determinadas por interesses gerados pelos setores empresariais, para entender os diferentes interesses envolvidos, é necessário entender as relações de poder que compõe em torno da política de saúde, que acabam prejudicando o processo decisório que define os planos, programas, estratégias e os processos de alocação de recursos.

Na política de saúde, todas as decisões tomadas para abordar problemas que ocorrem, são tidos como prioridades na agenda pública, sejam em relação das condições de saúde dos indivíduos e das populações, seja em relação á

produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente.

*“Ao município compete a parte primária, atenção e prevenção, parte de especialidades essas coisas você compete mais ao município, ao estado, se compete ao governo, mais todos tem o dever e se alguém falha sempre sobra pra quem por município, em época de crise como que estamos vivenciando sobrou tudo nas costas de quem, daí a fila cresce muito, tem sim fila é horrível isso ai né, da pra se melhorar só com dinheiro. Se tem dez pacientes é dez meses se você for esperar uma consulta por mês de espera, é horrível isso tanto da parte de recurso financeiro e quando não é recurso financeiro é, não tem a oferta necessária tanto do serviço especializado ou do é dinheiro ou da oferta especializado é isso mesmo, ou do medico também né que ta dando a consulta, então falha dos dois né, muitas vezes a prefeitura ate tem o dinheiro pra pagar, tem muitas coisas assim que eles tem, igual Ivaiporã tem um problema com o pediatra, eles não conseguem contratar pediatra, não conseguem, não tem, quem tem não quer, as vezes o que, foge do poder da prefeitura porque não a gente quer contratar, você tem o pediatra pra contratar não tem, mais é falha nas duas coisas né, é duas falhas”. (TÉCNICO UBS 3)*

Os conflitos nos diferentes interesses das organizações sociais pelos projetos diferentes da política, segundo o Técnico UBS 3, acabam preconizando as formas de acesso e utilização dos serviços de saúde. O Estado apenas libera recursos para aqueles casos na saúde dos serviços de atenção básica e preventiva, deixando os serviços de média e alta complexidade para o mercado, visando dois interesses o de não sobrecarregar as finanças do Estado e promover o lucro para o mercado. A concepção de valores sociais da política de saúde, apenas se legitima através das relações entre os indivíduos, impulsionando a redefinição de suas relações sociais e dos padrões sociais e culturais vigentes que produzem impactos reais na estrutura social. (BRAVO & MENEZES, 2012).

#### 4.5 A observação dos profissionais de saúde quanto à operacionalização do sistema único de saúde

Contextualizando um pouco, desde que o SUS foi implantado conta com normas operacionais básicas, elas caracterizam um instrumento jurídico, editado pelo Ministério da Saúde com participação de gestores estaduais, municipais e outros seguimentos da sociedade, tendo que aprofundar e implementar as ações do SUS; definir objetivos e estratégias, prioridades, diretrizes movimentos táticos operacionais; regular as ações seus gestores e normatizar o SUS.

Para prever ações concretas e articuladas pelas três esferas de governo, no sentido de reforçar o SUS, como política de Estado, há prioridades,

como a repolitização da saúde, promoção da cidadania e garantia de financiamento, diante do que já apontamos, retoma-se aqui que para se ter um atendimento de serviço e de qualidade é preciso de planejamento.

*“Para um atendimento de serviços planejados e de qualidade esta faltando mais recursos humanos, tem que se fazer um quantitativos dele não sei te falar ao certo, mas falta recursos humanos sim, tá. Na parte financeira, não é suficientes o dinheiro que o governo injeta é uma pequena parcela, então o município hoje, entra mais ou menos 5% do dinheiro do município contribuindo com maior parte do que o governo manda pra da conta de atender a compra e medicamentos do município, só o repasse do governo não supre, tem que ser colocado dinheiro do município uma verba maior do que o esperado pra poder dar conta das medicações”. (TÉCNICO UBS 1).*

Como observa-se, a política de saúde possui diversas arenas que são difíceis de entender, por conter diversidades na forma de atendimento ao público em que alguns autores podem participar da política, havendo canais de mediação de conflito, que por sua vez dificulta ainda mais com os processos técnico-burocráticos. Analisando pelo contexto histórico, no próprio interior do Estado, que trazem conseqüências para a política de saúde, por causa das disputas que definem as relações de poder. Ao invés das diversas relações nas arenas contribuinte, acabam acarretando conseqüências na distribuição dos recursos produzidos em uma sociedade.

Entretanto, até aqui com os impactos no processo da demanda pela fila de espera por consulta e exame com especialista, ainda está estatizada no agendamento, que conforme foi possível compreender nessa pesquisa, em conjunto com as entrevistas, o município assumiu o compromisso do desafio, mas está longe de promover na perspectiva da reforma sanitária. Existem três pontos relevantes para que possa ter essa perspectiva: primeiro pelo corte de orçamento da esfera federal está se pactuando no município de promover a saúde no sentido de promoção da prevenção; segundo está na gestão estadual e municipal, de como se organiza com recebimento do orçamento; terceiro a necessidade de informação no sentido orientar as pessoas, no que tange a prevenção ao invés da busca pelo imediato e paliativo no agravo das doenças.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na finalização deste estudo faremos uma breve exposição de como se deu a pesquisa e os resultados obtidos. Ao considerar que este trabalho abordou a temática da saúde pública e seus desafios na contemporaneidade, buscando conhecer os desafios do município de Ivaiporã, no processo de agendamento de exames e consultas médicas. O desenvolvimento da pesquisa pautou-se no olhar em defesa de que a saúde deve ser realizada na perspectiva dos aspectos constituintes da Reforma Sanitária, a qual por meio de lutas e desafios nos possibilitou a conquista de um Sistema Único de Saúde. É dessa forma o caminho para se refletir e poder compreendê-la enquanto política pública, na perspectiva da garantia do direito, da universalidade e da descentralização político-administrativa enquanto fatores necessários para seu avanço no Município.

A organização do documento dividida em três capítulos de modo que facilitasse o entendimento entre o real e o necessário, na ótica da política pública de saúde no município de Ivaiporã. No primeiro capítulo exploramos o contexto da história da saúde no Brasil, e os desafios para constituí-la enquanto política pública e um direito do cidadão. Foi apresentado o processo histórico de saúde no Brasil com enfoque aos seus determinantes do século XX até o período que antecede a Constituição Federal e 1988. No segundo capítulo procuramos analisar o contexto da descentralização da política da saúde, na visão de seis autores, podendo assim fazer um comparativo entre o que estes observaram e a realidade do município de Ivaiporã, podendo destacar as principais idéias de cada um. No terceiro capítulo, foi proposta uma discussão tendo como base uma entrevista e um questionário com profissionais que trabalham diretamente na gestão da saúde pública em Ivaiporã, conseqüentemente, responsáveis diretos e indiretos pela fila de espera em agendamentos de consultas e exames médicos de responsabilidades do Município.

Diante das necessidades, fizemos uma discussão que proporcionou diagnosticar a realidade local e o que ainda é necessário no que diz respeito à marcação de consultas e exames médicos. Neste contexto, percebemos que existem avanços positivos quanto à organização do processo de agendamento às marcações no município de Ivaiporã, porém, ainda existem inúmeros desafios, os quais expressam a necessidade de qualificação e investimento em ações que possibilitem ao município dar agilidade nos processo.

Para além das observações expressas nos relatos dos sujeitos entrevistados, quanto ao que problematizamos desde o início da pesquisa. Quando o Município parte de uma sistematização para conter as filas de esperas no que tange à realização de consultas médicas e exames, foi possível compreender que existe uma relação entre a resistência do município em descentralizar os serviços, equipar de recursos humanos especializados, qualificar e informatizar as ações. Para além da informação necessária aos usuários, tal como os dados para construção desta pesquisa fora de difícil acesso quanto a documentos e registros da fila de espera, observa-se que a gestão do serviço está ligada ao planejamento e à forma em que os gestores compreendem e conduzem esta política.

Dessa forma, pode-se concluir que houve grandes progressos no que diz respeito aos avanços e organização pela atual gestão da saúde pública municipal ao que os sujeitos partícipes desta pesquisa compreendem o quanto ainda o município possui de desafios. À medida que há o reconhecimento que as ações ainda estão concentradas, muito embora apresentem justificativas que lhes fogem à competência, é importante ressaltar quanto à fila de espera para marcações de consultas e exames, o meio encontrado é através da seletividade pela gravidade e nível de especialidades.

O município ainda que busca seguir determinações dispostas legal e constitucionalmente, tem na visão de sua gestão a expressão de aspectos que contrariam o disposto pelo SUS em sua dimensão pública e universal. Ou seja, a defesa de que o Sistema deva ser único, mas, que ainda também cabe aos sujeitos se organizarem ou buscar a saúde privada, uma vez que o número de profissionais e a estrutura física ainda são insuficientes para atender a demanda, cuja realidade ainda está longe do ideal.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

BEHRING, Elaine Rossetti/ Amo E. mi (ET, AL); (orgs.). Serviço social e saúde; fundamentos de política social; 4 ed. São Paulo; Cortez; 2009.

BRASIL. Lei 8.080 de 19/09/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em [http://www.conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080\\_190990.htm](http://www.conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm). Acesso em 15. jul. 2015.

BRAVO, Maria Inês Souza Bravo. Juliana Souza (órgãos), SILIANSKY, Andrezzi Maria de Fátima. Saúde de serviço social, movimento social e conselho/desafios atuais/públicos e o privado na atenção a saúde; 1ed; São Paulo, Cortez; 2012.

\_\_\_\_\_: Política de saúde no Brasil; São Paulo; Cortez; UFRJ, 1996.

\_\_\_\_\_/ A.E.M.. ET AL (orgs). Serviço social e saúde/ política de saúde no Brasil. 4 ed. São Paulo. Cortez; 2009.

CASTAMANN, Daniela. Acesso aos serviços de saúde em municípios brasileiros limítrofes de fronteira com os países do MERCOSUL. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Londrina – UEL, 2006.

COHN, Amélia, Elias Paulo Eduardo M. Política de SUS no Brasil, 2 ed.; São Paulo; Cortez, 1998.

FINKELMAM, Jacob (org.). Caminhos da saúde pública no Brasil e CDD-20 362. Rio de Janeiro; Fiocruz; 2002.

FLEURY, Sonia; OUVENEY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma Política Social. In L. Giovanella, S. Escorel, L. Lobato, J. Noronha e A. Carvalho, Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2009, p. 23-64.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=411150>. Acesso em out. de 2015.

IVAIPORÃ. História do Município. Disponível em: <http://ivaipora.pr.gov.br/index.php?sessao=c2f5794833ncc2&id=1572>. Acesso em ago. de 2015.

JOVCHELOVITCH Marlova. Serviço Social e Sociedade Civil: Assistência Social/ O Processo de Centralização no Brasil; Revista, 56 ano xlx, março, Cortez; 1998.

RAICHELES, Raquel/ A. E. M... (ET AL) (org.) Serviço social e saúde/ democratizar a gestão das políticas sociais; 4ed; São Paulo: Cortez; 2009.

SANTOS Lenir, Carvalho Guido Ivan de; Sistema Único de Saúde/Financiamento; 4 ed Campinas S.P Ed. Da. Unicamp. 2006

TEIXEIRA, Sonia Fleury. (org.). Reforma sanitária m busca de uma teoria. 4 ed. Rio de Janeiro; Cortez, 2011.

## APÊNDICE

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa “**OS DESAFIOS DA GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE IVAIPORÃ-PR: o acesso às consultas e exames através do Sistema Único de Saúde**”, realizada pela acadêmica do curso de Serviço Social, Marly Alves de Farias, sob a orientação do Professor, Mestre, MARCELO NASCIMENTO DE OLIVEIRA, ambos da UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, Campus Regional do Vale do Ivaí. O objetivo geral da pesquisa é: Conhecer os desafios da gestão da Política de Saúde no Município de Ivaiporã, Paraná, no processo de agendamento às consultas e exames de especialidades médicas através do Sistema Único de Saúde.

Os objetivos gerais são:

- ❖ **Descrever o processo histórico da política pública de saúde no Brasil;**
- ❖ **Discutir o Sistema Único de Saúde e os pressupostos para os serviços nos municípios;**
- ❖ **Refletir a organização da política de saúde no Município de Ivaiporã, Paraná;**
- ❖ **Problematizar o acesso aos exames e consultas de médicas no através do Sistema Único de Saúde no Município;**

A sua participação na pesquisa é muito importante e ela se daria da seguinte forma: contribuição nas informações a partir de uma entrevista com o apoio de um roteiro com questões abertas. As entrevistas serão realizadas de forma individual e agendadas, a partir de um prévio contato, sendo solicitada a autorização para que sejam gravadas e transcritas na íntegra, a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Buscando a garantia da privacidade e do sigilo, a identidade dos entrevistados será preservada, ou seja, não serão divulgadas. Utilizaremos de nomes fictícios para abordar os referidos sujeitos na produção do relatório final da pesquisa.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se de participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as

informações serão utilizadas somente para os fins da pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contatar: Marly Alves de Frias, Rua: Diva Proença 796, Centro, Ivaiporã – PR, CEP: 86870-000. Telefone: (43) 9918-5001. Email: [marlyafarias@hotmail.com](mailto:marlyafarias@hotmail.com) ou com o Orientador do Trabalho de Conclusão de Curso, Professor Mestre Marcelo Nascimento de Oliveira, pelo fone: (43) 9659-7803. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue ao(a) senhor(a).

Ivaiporã, \_\_\_\_\_ de Outubro de 2015.

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa, conforme descrita acima.

---

Assinatura (ou impressão dactiloscópica):

Data: \_\_\_\_\_



Universidade Estadual de Maringá  
CAMPUS REGIONAL DO VALE DO IVAÍ-CRV



## APÊNDICE B

NOME: \_\_\_\_\_

ÁREA DE FORMAÇÃO: \_\_\_\_\_

CARGO DESEMPENHADO: \_\_\_\_\_

HÁ QUANTO TEMPO ATUA NA ÁREA DE SAÚDE: \_\_\_\_\_

---

- 1) Qual é a sua avaliação acerca da saúde pública no Município de Ivaiporã, na perspectiva da garantia do direito e do acesso universal àqueles que buscam por atendimento no Sistema Único de Saúde?
- 2) O os recursos humanos e financeiros disponíveis hoje para a execução desse serviço são suficientes para um atendimento planejado e de qualidade?
- 3) Quais são os principais desafios para se garantir o processo de humanização do atendimento no que se refere ao processo de agendamento de exames e consultas de especialidades médicas?
- 4) Diante dos desafios como você avalia a fila de espera para o atendimento aos exames e consultas médicas especializadas?
- 5) Do ponto de vista da descentralização da política de saúde, como você avalia e quais são os desafios para que os exames e consultas médicas possam ocorrer diretamente nas unidades básicas de saúde, evitando a fila de espera?
- 6) Qual é sua visão acerca da organização dos equipamentos de saúde no Município de Ivaiporã, na perspectiva do Planejamento e da

descentralização? Como Ivaiporã tem refletido o atendimento mais próximo do cidadão?

## APÊNDICE C

OFÍCIO 01/2015 – COLETA DE DADOS PARA PESQUISA CIENTÍFICA  
A/C Presidente do Conselho Municipal de Saúde: Donizete Santos Pires  
Ref.: Solicitação de dados para composição de pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso.  
Responsáveis pela pesquisa: Marly Alves de Farias (Aluna de Graduação) e Marcelo Nascimento de Oliveira (Professor Orientador)

ILMO(a) Senhor(a):

É com imensa satisfação que gostaríamos de apresentar a aluna Marly Alves de Farias, a qual está matriculada no 4º ano do Curso de Serviço Social, em fase de realização do Trabalho de Conclusão de Curso. Nesse sentido, considerando a Lei Federal 12.527/2011 de acesso à informação, solicitamos dados quantitativos que retratem o atendimento a exames e consultas médicas especializadas no Município de Ivaiporã, tais como: número mensal de atendimento realizado pela Secretaria no ano de 2014 e 2015; recursos financeiros disponíveis para exames e consultas no ano de 2014; prazo de espera para consultas e exames de especialidades médicas.

A pesquisa possui como tema: **“Os desafios da gestão da política de saúde no Município de Ivaiporã: o acesso às consultas e exames de especialidades médicas no Sistema Único de Saúde”**. Trata-se de uma pesquisa de campo, na qual o objetivo é discutir a partir do universo científico, os desafios da gestão da política de saúde em relação ao acesso a exames e consultas médicas através do Sistema Único de Saúde. Justificamos que a pesquisa possui compromisso e responsabilidade ética no processo de coleta de dados, na qual a acadêmica possui as orientações acerca de suas responsabilidades e compromisso no processo de coleta de dados.

Havendo necessidade de maiores esclarecimentos, o orientador do Trabalho de Conclusão de Curso, Professor Mestre Marcelo Nascimento de Oliveira, poderá ser contatado pelo fone: (43) 9659-7803.

Ivaiporã, 13 de novembro de 2015.

Atenciosamente,



Prof. Ms. Marcelo Nascimento de Oliveira  
Orientador de TCC – Serviço Social

OFÍCIO 01/2015 – COLETA DE DADOS PARA PESQUISA CIENTÍFICA  
A/C Presidente do Conselho Municipal de Saúde: Donizete Santos Pires  
Ref.: Solicitação de dados para composição de pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso.  
Responsáveis pela pesquisa: Marly Alves de Farias (Aluna de Graduação) e Marcelo Nascimento de Oliveira (Professor Orientador)

ILMO(a) Senhor(a):

É com imensa satisfação que gostaríamos de apresentar a aluna Marly Alves de Farias, a qual está matriculada no 4º ano do Curso de Serviço Social, em fase de realização do Trabalho de Conclusão de Curso. Nesse sentido, considerando a Lei Federal 12.527/2011 de acesso à informação, solicitamos dados quantitativos que retratem o atendimento a exames e consultas médicas especializadas no Município de Ivaiporã, tais como: número mensal de atendimento realizado pela Secretaria no ano de 2014 e 2015; recursos financeiros disponíveis para exames e consultas no ano de 2014; prazo de espera para consultas e exames de especialidades médicas.

A pesquisa possui como tema: **“Os desafios da gestão da política de saúde no Município de Ivaiporã: o acesso às consultas e exames de especialidades médicas no Sistema Único de Saúde”**. Trata-se de uma pesquisa de campo, na qual o objetivo é discutir a partir do universo científico, os desafios da gestão da política de saúde em relação ao acesso a exames e consultas médicas através do Sistema Único de Saúde. Justificamos que a pesquisa possui compromisso e responsabilidade ética no processo de coleta de dados, na qual a acadêmica possui as orientações acerca de suas responsabilidades e compromisso no processo de coleta de dados.

Havendo necessidade de maiores esclarecimentos, o orientador do Trabalho de Conclusão de Curso, Professor Mestre Marcelo Nascimento de Oliveira, poderá ser contatado pelo fone: (43) 9659-7803.

Ivaiporã, 13 de novembro de 2015.

Atenciosamente,



Prof. Ms. Marcelo Nascimento de Oliveira  
Orientador de TCC – Serviço Social