



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA
CAMPUS JARAGUÁ DO SUL

ANDREYNA FERREIRA GAMBA

BIANCA MELLISSA FIGUEIREDO

LUANA GABRIELI SANTOS

NATHALIA LAIS DIAS

RÚBIA BATISTA VIANA

**O ATENDIMENTO NA REDE DE SAÚDE PÚBLICA DE JARAGUÁ DO SUL-
SC: INTERFACES E DIAGNÓSTICOS**

Projeto de Pesquisa

Conectando Saberes

Curso Técnico em Química (modalidade: Integrado): 1ª Fase

Jaraguá do Sul

2015

ANDREYNA FERREIRA GAMBA
BIANCA MELLISSA FIGUEIREDO

LUANA GABRIELI SANTOS

NATHALIA LAIS DIAS

RÚBIA BATISTA VIANA

**O ATENDIMENTO NA REDE DE SAÚDE PÚBLICA DE JARAGUÁ DO SUL-
SC: INTERFACES E DIAGNÓSTICOS**

Projeto de pesquisa desenvolvivo no eixo
formativo diversificado "Conectando
Saberes" do curso Técnico em Química
(Modalidade Integrado) do Instituto Federal
de Educação, Ciência e Tecnologia de
Santa Catarina - Câmpus Jaraguá do Sul.

Orientador: Prof. José Roberto Machado

Jaraguá do Sul

2015

SUMÁRIO

1.TEMA.....	4
2. DELIMITAÇÃO DO TEMA	4
3. PROBLEMA.....	4
4. HIPÓTESES.....	4
5. OBJETIVOS.....	4
5.1 OBJETIVO GERAL.....	4
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
6. JUSTIFICATIVA	5
7. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
7.1.ACESSO E ACESSIBILIDADE.....	6
7.2 HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA.....	7
7.2.1 A REVOLTA DA VACINA.....	7
7.2.2 A SAÚDE DO BRASIL DE 1930 A 1985.....	8
7.2.3 SUS.....	10
7.2.4 A SAÚDE PÚBLICA DEPOIS DA IMPLANTAÇÃO DO SUS (1990-2010).....	14
7.2.5 A SAÚDE NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS NO BRASIL.....	19
7.3 HISTÓRIA DE JARAGUÁ DO SUL.....	20
7.3.1 OS INVESTIMENTOS NA SAÚDE DE JARAGUÁ DO SUL.....	21
7.3.2 OS PROBLEMAS DE ATENDIMENTO NA REDE DE SAÚDE EM JARAGUÁ.....	22
8. METODOLOGIA.....	23
9. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO.....	24
REFERÊNCIAS.....	24
APÊNDICE.....	28

1. TEMA

Interface e diagnósticos do atendimento na rede de saúde pública de Jaraguá do Sul.

2. DELIMITAÇÃO DO TEMA

Identificar as causas das grandes filas de espera para o atendimento na rede de saúde pública em Jaraguá do Sul nos últimos 5 anos.

3. PROBLEMA

Segundo uma reportagem no jornal Diário Catarinense (CARDOSO, 2015), no início do ano de 2015, havia mais de 13,5 mil pessoas na fila de espera para consultas com especialistas na Rede Pública de Saúde de Jaraguá do Sul. Ao pesquisar mais sobre o assunto, foi encontrada outra reportagem do jornal A Notícia que demonstra que em 2014 já havia um grande número de pacientes nas filas de espera, ultrapassando 12 mil pessoas (ZANGHELINI, 2014).

Tendo como principal razão estes números divulgados, chegamos à questão do nosso projeto de pesquisa:

Por que há dificuldades para a população conseguir atendimento em diversas especialidades, assim como, fazer agendamentos para consultas e exames especializados, ocasionando filas de espera na rede pública de saúde de Jaraguá do Sul.

4. HIPÓTESES

- As dificuldades de contratação de médicos e credenciamento de clínicas especializadas interessadas em realizar os procedimentos;
- A baixa infraestrutura da rede de saúde (física, financeira, humana, tecnológica);
- O descaso de muitos pacientes (principalmente aqueles agendamentos de longo prazo) que não comparecem nos dias e horários agendados;
- A distribuição injusta de unidades básicas de saúde.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

A presente pesquisa tem como objetivo geral compreender as causas da grande quantidade de pessoas à espera de consultas especializadas na rede pública de saúde de Jaraguá do Sul nos últimos 5 anos.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender como tem sido o atendimento à população na rede pública de saúde de Jaraguá do Sul.
- Verificar a infraestrutura física e humana das unidades básicas de saúde de Jaraguá do Sul.
- Identificar as principais dificuldades de acessibilidade dos usuários do sistema de saúde pública de Jaraguá do Sul.
- Realizar um levantamento da rede de serviços de saúde existente na região de Jaraguá do Sul.

6. JUSTIFICATIVA

A saúde é de extrema importância, pois ela trata do bem estar físico, mental e social de cada indivíduo (Organização Mundial da Saúde – OMS). Temos um sistema que nos proporciona estes cuidados gratuitamente e sem restrição às classes sociais. Visamos compreender o seu funcionamento e, os problemas relacionados a ele. Como por exemplo, a grande espera pelas consultas especializadas.

Pretendemos aprofundar nossos conhecimentos sobre a saúde pública em Jaraguá do Sul. E não só buscar entender como este sistema funciona aqui, mas sim em todo o Brasil, justamente por ser um único sistema.

A partir dos resultados deste projeto, buscamos conscientizar a população sobre como é o processo de encaminhamento e de atendimento da rede pública de Jaraguá do Sul, visualizando os pontos positivos e os pontos negativos de todo o processo.

7. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Em nosso cotidiano, todos os indivíduos falam em “acesso à saúde” ou “acessibilidade”, entretanto, a população de uma maneira geral não sabe como um conceito se diferencia do outro. Por isso, antes de prosseguirmos no desenvolvimento desta pesquisa, iremos esclarecer alguns conceitos importantes, assim como caracterizar a evolução histórica

da saúde pública no Brasil, enfatizando o Sistema Único de Saúde (SUS), no que diz respeito ao contexto de criação, os avanços e os principais desafios.

Devemos lembrar que, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social.

7.1. ACESSO E ACESSIBILIDADE

Acesso e acessibilidade são termos que são frequentemente utilizados ao se referir à saúde, isso porque estão ligados de forma direta. A acessibilidade consiste na possibilidade de acesso a um lugar ou conjunto de lugares com segurança e autonomia, proporcionando a maior independência possível, dando ao cidadão - independente de sua condição física - o direito de ir e vir a todos os lugares que necessitarem.

No campo da saúde, o acesso é concebido como o conjunto de circunstâncias, de diversas naturezas, que viabiliza a entrada de cada usuário, ou paciente, na rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade. O acesso está relacionado com as dificuldades e as facilidades em obter tratamento desejado, estando, portanto, intrinsecamente ligado às características da oferta e da disponibilidade de recursos.

Ser acessível é a condição que cumpre um ambiente, espaço ou objeto para ser utilizado por todas as pessoas. Esta condição é um direito universal, pois a referência a todas as pessoas no plural se associa a uma realidade essencial: a diversidade característica do ser humano.

O acesso aos serviços de saúde está em função de quatro variáveis: o custo de oportunidade da utilização dos serviços de saúde; a severidade percebida da condição que gera a necessidade de busca dos serviços; a efetividade esperada dos serviços de saúde; e a distância dos serviços de saúde. Ou seja, quanto maior o custo de oportunidade, quanto menor a severidade da condição, quanto menos clara a percepção da efetividade e quanto maior a distância, menor será o acesso aos serviços de saúde (CARR-HILL, PLACE E POSNETT, 1997, p. 37).

Em geral, os serviços de atenção primária à saúde devem ser dispersos; ao contrário, serviços de maior densidade tecnológica tendem a ser concentrados (OMS, 2000).

As condições de acesso e acessibilidade evoluíram ao longo dos anos assim com o sistema de saúde, por isso, é fundamental, voltar um pouco na história para alcançar uma melhor assimilação do que é a saúde pública.

7.2 HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

Por um longo período, a saúde não era a prioridade do Brasil, até a epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro, em 1849. Há muitas controvérsias sobre o que originou a epidemia, contudo isso mudou o cenário de um país saudável.

"A história da saúde pública no Brasil é, em larga medida, uma história de combate aos grandes surtos epidêmicos em áreas urbanas e às denominadas endemias rurais, como a malária, a doença de Chagas e a ancilostomose" (FINKELMAN, 2002, p.40).

As doenças transmissíveis eram o grande problema do Brasil e possuíam um maior destaque nas notícias. Os registros indicavam que em cada conferência da OPA (Organização Pan-Americana) os assuntos debatidos envolviam as epidemias de doenças e a criação de novas entidades e campanhas na área da saúde.

A epidemia na Europa implicou nas transformações da saúde não apenas em problema de natureza coletiva em sociedades particulares, mas na sua compreensão como tema de política internacional. E foi assim que, nos meados do século XIX, tiveram início as conferências sanitárias internacionais, fóruns de debate científico sobre a situação de países que enfrentavam problemas com as epidemias.

A saúde emergiu como prioridade do governo no Brasil no começo do século XX. O destaque era o controle de enfermidades, tais como a febre amarela, a peste bubônica, a varíola e outras, para as quais o governo federal impôs medidas de higiene, vacinação, notificação de casos, isolamento de enfermos e eliminação de vetores (FINKELMAN, 2002).

7.2.1 Revolta da Vacina

A revolta da vacina foi uma revolta popular ocorrida na cidade do Rio de Janeiro entre os dias 10 e 16 de novembro de 1904. A revolta ocorreu como uma oposição popular à campanha da vacinação obrigatória, posta em prática pelo sanitarista Oswaldo Cruz.

A cidade do Rio de Janeiro era a capital do Brasil no início do século XX, estava crescendo desordenadamente e sua situação era precária. A população sofria com a falta de um sistema de saneamento básico, o que desencadeava várias epidemias, como a febre amarela, peste bubônica e varíola, que atingia principalmente a população de classe social mais baixa.

Preocupado com esta situação, o presidente Rodrigues Alves colocou em prática um projeto de saneamento básico, tomando medidas drásticas para modernizar a cidade e combater as epidemias. Os cortiços que ocupavam inúmeros quarteirões foram demolidos e deram lugar para grandes avenidas e ruas alargadas. A população local foi desalojada, se deslocando para morros cariocas ou periferias e as favelas começaram a se estender. Além disso, nomeou o médico Oswaldo Cruz como chefe do departamento de saúde Pública, a fim de melhorar as condições sanitárias da cidade.

A campanha da vacinação contra a varíola iniciou em novembro de 1904. Seu objetivo era positivo, porém, foi aplicada de modo violento. Em alguns casos os agentes sanitários invadiam as casa das pessoas e as vacinavam a força, causando revolta nas pessoas.

A grande maioria da população eram pessoas pobres e desinformadas, portanto não conheciam a vacina e seus efeitos positivos, logo, não queriam toma-la. Durante a revolta muitas pessoas se negaram a tomar a vacina, reagindo com violência. Diante dessas ações o Governo Federal suspendeu temporariamente a vacinação obrigatória e decretou estado de sítio na cidade. Com as forças policiais, a revolta foi contida. Várias pessoas foram presas e, segundo historiadores e jornais da época, 461 pessoas foram deportadas para os estados do Acre e Fernando de Noronha, a fim de trabalharem nos seringais. Porém, muitas pessoas não chegaram ao seu destino e morreram no caminho. Houve também muitas pessoas feridas.

Controlada a situação, a campanha de vacinação obrigatória teve prosseguimento. Em pouco tempo, a epidemia de varíola foi erradicada da cidade do Rio de Janeiro.

7.2.2 A saúde do Brasil de 1930 a 1990

Avançando um pouco na história, iremos englobar a história de 1930 a 1990. Até a Revolução de 1930, as políticas sociais ligadas à saúde, não eram muito consistentes. Houve algumas iniciativas de políticas sociais importantes na década de 1920, como a instituição por

lei dos Departamentos Nacionais do Trabalho e da Saúde. A promulgação, em 1923, do Código Sanitário e a Lei Eloy Chaves sobre assuntos previdenciários.

As questões de saúde pública eram tratadas pelas autoridades municipais, sem que os governos Estadual e Federal interferissem. Isso apenas acontecia em casos extremos, como em epidemias nos grandes centros urbanos. Contudo, naquela época os principais centros urbanos eram SP e RJ, as demais localidades, não recebiam a devida atenção em casos emergenciais.

Assim, na Era Vargas (1933-1938) ocorreram os seguintes fatos: a Saúde pública foi institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública (Quadro 1); a Previdência social e saúde ocupacional institucionalizada pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. (RIBEIRO)

Em 1940, a urbanização, o crescimento da população urbana e o êxodo tornaram-se comuns. Enquanto isso, Getúlio Vargas altera as políticas de saúde e educação, caracterizadas pelo elevado grau de centralização de recursos e instrumentos institucionais/administrativos no governo federal, através do Ministério dos Negócios de Educação e Saúde Pública.

Em 1950, no Plano de Metas de Juscelino Kubitschek, as políticas sociais para a área da saúde pública não estavam entre as prioridades. Embora, na campanha eleitoral, de 1955, JK não deixou de incluir questões de saúde pública. De acordo com os planos, as endemias rurais – obstáculos ao desenvolvimento nacional – deveriam ser eliminadas com os novos recursos químicos e farmacêuticos disponíveis. As descobertas biomédicas e os avanços tecnológicos da década da Segunda Guerra Mundial propiciavam um clima de ânimo redobrado sobre as possibilidades da ação humana na eliminação de doenças (AMPE, 2013).

Nos meados de 1960, ocorreu a implantação da vacina liofilizada contra a varíola, substituindo a original. Foi instalada a Instituição da Campanha Nacional contra a Varíola, coordenada pelo Departamento Nacional de Saúde, com a organização de operações de vacinação em diversos estados, mediante mobilização de recursos locais. E, a regulamentação do Código Nacional de Saúde – Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954 – estabelecendo as Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde (Decreto nº 49.974-A, de 21/1/1961).

O SESP (Serviço Especial de Saúde Pública) passou a denominar-se Fundação de Serviços de Saúde Pública FSESP (Decreto Lei nº 904, de 1/10/1969), e organizou o sistema de notificação de algumas doenças transmissíveis, prioritariamente aquelas passíveis de controle por meio de programas de vacinação e criou também o boletim epidemiológico.

Em 1976, foi instalado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste - PIASS - (1976), que tinha como objetivo dotar as comunidades do interior nordestino de estrutura básica de saúde pública.

O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS - foi criado pelo regime militar em 1974. O INAMPS dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte dos atendimentos era realizada pela iniciativa privada; os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento, consolidando a lógica de cuidar da doença e não da saúde. Em meados da década de 70, com o fim do milagre econômico, ocorreu uma crise do financiamento da previdência social, com repercussões no INAMPS.

Em 1979 o general João Baptista Figueiredo assumiu a presidência com a promessa de abertura política. De fato, a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados promoveu no período de 9 a 11 de outubro de 1979, o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. Contou com a participação de muitos integrantes do movimento e chegou a conclusões altamente favoráveis ao mesmo (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE).

Ao longo da década de 80, o INAMPS passou por sucessivas mudanças. Em 1986, ocorreu a VII Conferência Nacional de Saúde, cujo tema principal era a implantação de uma rede básica de saúde, que foi um marco para a criação das bases do Sistema Único de Saúde. Porém, devido à falta de verbas, os planos para o desenvolvimento da saúde, foram encaminhados à Câmara dos Deputados. Com as eleições de 1986, renova-se o Congresso Nacional e a Presidência, também iniciam-se as discussões para a promulgação da Constituição de 88 e a saúde ocupa espaço como temática central nas políticas sociais (CENTENARO, et al. P. 5-10).

E no final da década de 80 em diante, destaca-se a Constituição Federal de 1988, que determinou ser dever do Estado garantir saúde a toda a população e, para tanto, criou o Sistema Único de Saúde. Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde que detalha o funcionamento do Sistema (PORTAL DA SAÚDE).

7.2.3 SUS

Em 1988 foi criada a Constituição Federal. No Art. 196 da Constituição diz que: "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". A partir disso, foi criado o

Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, somente em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde que detalha o funcionamento do Sistema.

Desde então, o SUS vem sendo construído num movimento lento, por meio de normas operacionais, em concordância com os três níveis de governo.

A relação entre o público e o privado e entre poder local e poder central, são problemas que existem desde o início da saúde no Brasil. E persistem até hoje. Os modelos de serviços de saúde comprovam isso e são justificados por um suposto de que, ao instalarem sistemas específicos para quem pode pagar, sobriam mais recursos públicos para dar uma maior atenção aos pobres. Portanto, ao criar um sistema específico para os pobres, levando em consideração a desorganização social, esse sistema tende, a ser subfinanciado e a ofertar serviços de menor qualidade (MENDES, 2001 apud BRASIL, 2004).

O SUS foi criado para concretizar-se como uma política pública democratizadora, com objetivos de equidade, universalização e da participação da comunidade. O princípio para que ocorra uma democratização dos sistemas públicos de saúde é a responsabilização única, pelo qual existe um único responsável por sua saúde. O NOAS SUS 01/02 rompe com esse princípio, reforçando o princípio inverso, de uma responsabilização difusa.

Os princípios fundamentais do SUS podem ser divididos em dois grandes grupos: doutrinários e os organizacionais.

Os doutrinários referem-se aos objetivos finalísticos do sistema, isto é, apresentam os valores que a sociedade considera ideal, a serem conquistados na área da saúde, e incluem:

- Universalidade ou direito universal à saúde, para todos os cidadãos;
- Integralidade ou atendimento integral à saúde, sendo a articulações de ações e serviços individuais e coletivos, necessários para a melhoria dos níveis de saúde da população;
- A equidade, expressa como o reconhecimento das diferenças existentes nas necessidades de saúde, isto é, que reduzam a exclusão e beneficiam prioritariamente aqueles que possuem piores condições de saúde.

Os princípios organizacionais especificam-se aos processos que efetivarão e realizarão os objetivos últimos do SUS. São essas diretrizes que indicam a “arquitetura” do sistema, e incluem:

- A descentralização de ações e serviços de saúde, com direção única em cada esfera de governo, conforme prevê a Constituição Federal, complementada pela Lei n° 8.080/90 (4), que acrescentou a ênfase na descentralização para os municípios.

Entretanto, o município é o melhor âmbito para tratar diretamente à questão da saúde, isso porque é o ente federado mais próximo da realidade da população.

Apesar dos pequenos avanços significativos da atenção primária à saúde no SUS, ainda tem muito o que melhorar, principalmente, em sua qualidade. Isso pode ser verificado pela análise da morbidade hospitalar, mortalidade infantil e do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica.

Um dos indicadores mais potentes para medir a qualidade, é o percentual das internações por condições à atenção ambulatorial. Esse indicador capta aquelas condições que são internadas desnecessariamente ou que poderiam ser evitadas na presença de uma atenção primária à saúde de qualidade (BILLINGS; ANDERSON; NEWMAN, 1996 apud BRASIL, 2004).

Ainda na atenção primária à saúde, manifesta-se o fenômeno do subfinanciamento. Os recursos disponíveis, são suficientes para dar conta de uma atenção primária à saúde para os mais pobres; embora, são insuficientes para suportar a atenção primária à saúde de qualidade.

Primeiramente, devemos salientar que o desenvolvimento do SUS, segundo a Constituição Federal, é de responsabilidade das três esferas do governo.

A Lei n.º 8.080/90 esclarece como direito comum de todos: a elaboração do planejamento de saúde; avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde; o acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população; a organização de um sistema de informação, dentre outras. Em que os três níveis gestores desfrutem do conhecimento das necessidades de saúde, planejem as ações e verifiquem o desempenho do sistema, em sua própria área de abrangência.

Podemos esclarecer que a responsabilidade da gestão municipal de saúde consiste no planejamento e execução da política de saúde, de forma a atingir todos os objetivos do SUS, para a população do próprio município.

O estabelecimento da direção única nas normas do SUS tem por objetivo evitar que a política de saúde de uma esfera do governo fique dividida. Porém, não há por que a gestão dos serviços de saúde de caráter regional, metropolitano ou estadual ser obrigatoriamente realizada pelo município em que o serviço se localiza. Não existe razão, que justifique fechar questão quanto ao comando municipal.

Mas, a gestão de um serviço de saúde, utilizado por vários municípios, deve levar em conta as características de cada situação, buscando mecanismos que são de interesses mútuos, baseadas unicamente nas normas operacionais do Ministério, sem se sobrepor à Constituição Federal.

Outras observações sob a gestão municipal que devem ser feitas:

- O gestor municipal deve preocupar-se com a universalidade, equidade e a integralidade da assistência à saúde para toda a população de seu município;
- Receberá os recursos financeiros das demais esferas, para com o sistema e não somente os recursos da administração municipal;
- Em razão das características demográficas, econômicas e sociais, a maior parte dos municípios assume apenas as unidades básicas de saúde; no caso dos municípios que assume a gestão plena do sistema, além de gerenciar a rede de unidade municipal, podem assumir a gestão de serviços de saúde conveniados (hospitais ou outras unidades).

Já a gestão estadual se responsabiliza pelos princípios éticos do SUS: universalidade, equidade e a integralidade. Entretanto, o tipo de atuação do gestor estadual deverá ser diferenciado, conforme a complexidade das ações, em razão da descentralização.

Os níveis de atenção são os seguintes: Atenção Primária; Atenção Secundária e Atenção Terciária, também chamados de níveis de complexidade

A Atenção Primária é a porta de entrada do sistema, isto é, são os municípios que garantem o primeiro nível de atenção a todos os cidadãos. As imunizações; controle de epidemias; programas de saúde; prevenção de câncer; dentre outros, são exemplos dos importantes programas municipalizados que a atenção primária oferece. E, todos os outros serviços de saúde, sofrem consequências diretas da qualidade desses programas. Citamos o exemplo das filas, torna-se impossível reduzir as filas e a demanda reprimida em laboratórios de especialidade regionais, se as unidades básicas não tiverem capacidade resolutive e

encaminharem uma alta proporção de seus casos para consultas de especialistas. (BRASIL, Conselho Nacional de Secretários da Saúde, 2004).

Na Atenção Secundária e Terciária o gestor estadual possui um papel importante na integralidade no SUS, contudo temos situações distintas, conforme o tipo de habilitação municipal, gestão plena de sistema municipal ou apenas de atenção básica. Citamos uma situação em que os pacientes possuem dificuldade de conseguir atendimento ambulatorial especializado ou apoio diagnóstico laboratorial. Tendo que percorrer diversos serviços, sem referências formais, com gasto desnecessário de tempo e agravamento de sua situação de saúde. Toda essa situação provoca acesso desigual aos pacientes, isso porque a distribuição dos hospitais de maior porte privilegia os grandes centros, prejudicando as regiões mais carentes, com piores níveis e indicadores de saúde. Além disso, os serviços terciários e especializados mais complexos, estão sob gestão estadual.

A conquista da universalidade, integralidade e da equidade dependem da integração de esforços, otimizando e racionalizando os recursos existentes, para o qual o gestor estadual tem papel imprescindível.

O SUS vem passando por uma gravíssima crise hospitalar que se manifesta em três principais dimensões: dimensão de escala, gerencial e subfinanciamento.

A dimensão da escala mostra uma rede inadequada e marcada pela presença de pequenos hospitais. O resultado é uma atenção ineficiente e de má qualidade.

A segunda dimensão é a gerencial. Um estudo do BNDES (2002) mostrou os seguintes resultados da capacidade institucional: 0% avançada; 17% em desenvolvimento e 83% incipiente. O resultado da ineficiência gerencial pode ser atestado pela diminuição de ocupação dos leitos do SUS.

A terceira dimensão é a do subfinanciamento, considerada o centro da crise na qual influencia tanto a primeira quanto a segunda dimensão. O problema é de que se podem remunerar os prestadores de serviços hospitalares abaixo de seus custos.

7.2.4 A Saúde Pública Depois da Implantação do SUS (1990-2010)

A partir de 1985 até 1988, com a Nova República, foram introduzidas importantes modificações nas políticas econômicas e sociais brasileiras. No caso da saúde, esse processo

de modificação se dá através do movimento da Reforma Sanitária, levando à criação do SUS. A assistência à saúde estava restrita às situações de epidemia e aos casos de especial interesse para o controle das condições de saúde pública, e não havia quase nenhuma assistência individual à saúde.

Em 1990, a descentralização passou a ocorrer de maneira acelerada e caótica, provocando vazios institucionais em determinados setores de política social e superposições em outros. Além da superposição institucional e de programas, as políticas sociais, nesse período, foram caracterizadas por cortes drásticos de orçamento, sob a justificativa da necessidade de descentralização administrativa.

Segundo Finkelman (2002, p. 240), essa foi a época de maior ampliação do SUS e criação de novas leis. A Lei n.º 9 782, de 26/01/99, criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), cujas atribuições estão descritas dentre as competências do Sistema Único de Saúde (SUS), art. 200 da Constituição Federal – "Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador".

Foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, como estratégia de reorientação dos serviços de atenção básica à saúde. Cada equipe é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde.

E ainda mais importante, foi a Implantação do Piso de Atenção Básica (PAB), que marca uma profunda transformação no modelo de financiamento da atenção básica. O PAB se constitui num montante de recursos financeiros destinados exclusivamente para ações básicas de saúde, independentemente de sua natureza – de prevenção, promoção ou recuperação.

O Comitê de Condução da Implantação do Cartão Nacional de Saúde no âmbito do Ministério da Saúde, criado em 2000. A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2002) foi aprovada, ampliando as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica. Estabelecendo o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (Portaria GM/MS nº 373, de 27/2/2002).

Foi regulamentado a NOB SUS 01/96 e lançado o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), instituído pelo Governo Federal, na área de saneamento. Implementado

pela FUNASA (Fundação Nacional de Saúde) , em municípios com população até 50 mil habitantes.

Durante esse tempo, alterou a competência da FUNASA, que passou a ser: Entidade de promoção e proteção à saúde a que compete fomentar soluções de saneamento para prevenção e controle de doenças e formular e implementar ações de promoção e proteção à saúde relacionadas com as ações estabelecidas pelo Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (Lei nº 12.314, de 19/8/2010). (FINKELMAN, 2002. P. 230-280)

Quadro 1 - Histórico das políticas de saúde do Brasil, no período de 1500 à 2010.

	Contexto macroeconômico e socioeconômico	Contexto Político	Sistema de Saúde	Principais desafios de saúde
Colonialismo Português (1500- 1822)	Exploração de matérias-primas e monopólio comercial por Portugal	Controle político e cultural de Portugal	Século XVI: • Criação de hospitais da Santa Casa de Misericórdia em Santos, São Paulo, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e Olinda; • Organização sanitária incipiente	Doenças pestilenciais e assistência à saúde para a população
Império (1822–89)	Abertura dos portos (1808), surgimento do capitalismo moderno e início da industrialização.	Centralismo político e sistema de coronelismo, que dava aos grandes proprietários de terra o controle político de províncias e localidades.	• Estruturas de saúde com ênfase na polícia sanitária; • Administração da saúde centrada nos municípios • Criação das primeiras instituições de controle sanitário dos portos e de epidemias (1828 e 1850)	Doenças pestilenciais e prioridade da vigilância sanitária (portos e comércio)
República Velha (1889-1930)	Economia agroexportadora (capital comercial), crise do café e insalubridade nos portos.	Estado liberal-oligárquico, revoltas militares e emergência das questões sociais	• Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP; 1897). • Reformas das competências da DGSP (Oswaldo Cruz; 1907). • Caixas de Aposentadoria e Pensão (Lei Eloy Chaves; 1923). • Incipiente assistência à saúde pela previdência social • Dicotomia entre saúde pública e previdência social	Doenças pestilenciais (febre amarela, varíola, peste) e doenças de massa (p. ex., tuberculose, sífilis, endemias rurais).
Ditadura Vargas (1930-45)	Industrialização, mas com manutenção da estrutura agrária.	“Estado Novo” - Estado autoritário entre 1937 e 1938 identificado com o nazifascismo	• Saúde pública institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública • Previdência social e saúde ocupacional institucionalizadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio • Campanhas de saúde pública contra a febre amarela e a tuberculose • Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) estendem a previdência social à maior parte dos trabalhadores urbanos (1933-38)	Predominância de endemias rurais (p. ex., doença de Chagas, esquistossomose, ancilostomíase, malária), tuberculose, sífilis e deficiências nutricionais.
Instabilidade democrática (1945–64)	Substituição de importações, rápida urbanização, migrações, advento da indústria automobilística, penetração do capital internacional.	Governos liberais e populistas	• Criação do Ministério da Saúde (1953) • Leis unificaram os direitos de previdência social dos trabalhadores urbanos (1960) • Expansão da assistência hospitalar • Surgimento de empresas de saúde	Emergência de doenças modernas (p. ex., doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito).
Ditadura militar (1964–85)	Internacionalização Da economia Milagre econômico (1968–73) Final do milagre econômico Penetração do capitalismo no campo e nos serviço	• Golpe militar, ditadura (1964). • Reforma administrativa (1966) • Crise política (eleições de 1974) Abertura política lenta, segura e gradual (1974-79). • Liberalização Criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (1976); Movimentos sociais: • 1o. Simpósio de Política de Saúde do Congresso (1979) • Transição política (1974-84) Criação da Associação Brasileira em Pós-Graduação em Saúde Coletiva (1979) liberais e populistas	Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), privatização da assistência médica e capitalização do setor da saúde (1966). • Capitalização da medicina pela previdência social • Crise do sistema de saúde • Programas de Extensão de Cobertura (PEC) para populações rurais com menos de 20-000 habitantes • Crise na previdência social • Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS; 1977). • Centralização do sistema de saúde, fragmentação institucional, beneficiando o setor privado. • INAMPS financia estados e municípios para expandir a cobertura	Predominância da morbidade moderna (p. ex., doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito). Persistência de endemias rurais com urbanização Doenças infecciosas e parasitárias predominando nas regiões Nordeste e Centro-Oeste.

Transição democrática (1985–88)	Fim da recessão, reconhecimento da dívida social e planos de estabilização econômica	<ul style="list-style-type: none"> • Início da “Nova República” (1985) • Saúde incluída na agenda política • 8ª Conferência Nacional de Saúde • Ampliação do Movimento de Reforma Sanitária • Assembleia Nacional Constituinte • Nova Constituição (1988) 	<ul style="list-style-type: none"> • INAMPS continua a financiar estados e municípios • Expansão das AIS • Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - SUDS (1987) • Contenção das políticas privatizantes • Novos canais de participação popular 	<ul style="list-style-type: none"> • Redução da mortalidade infantil e de doenças preveníveis por imunização • Persistência de doenças cardiovasculares e cânceres • Aumento nas mortes violentas e relacionadas à AIDS • Epidemia de dengue
Democracia (1988–2010)	Crise econômica (hiperinflação) Ajuste macroeconômico (Plano Real; 1994) Estabilidade econômica, recuperação dos níveis de renda, movimento cíclico. (altos e baixos), persistência das desigualdades, continuidade da política monetarista.	Presidente Fernando Collor de Mello eleito e submetido a impeachment. Restante do mandato presidencial (1993-94) exercido pelo Vice-Presidente Itamar Franco Governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002) — Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) Reforma do Estado (1995)	<ul style="list-style-type: none"> • Criação do SUS • Descentralização do sistema de saúde 9a Conferência Nacional de Saúde • Extinção do INAMPS (1993) • Criação do Programa de Saúde da Família (1994) • Crise de financiamento e criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (1996) • Tratamento gratuito para HIV/AIDS pelo SUS • Financiamento via Piso da Atenção Básica (1998) • 10a e 11a Conferências Nacionais de Saúde • Normas Operacionais Básicas (NOB) e de assistência à saúde (regionalização) • Regulamentação dos planos de saúde privados • Criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (1999) • Criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar para regulamentar e supervisionar os planos de saúde privados (2000) • Criada a lei dos medicamentos genéricos • Lei Arouca institui a saúde do indígena como parte do SUS • Emenda Constitucional 29 visando à estabilidade de financiamento do SUS definiu as responsabilidades da União, estados e municípios (2000). • Aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica (2001) • Expansão e consolidação do PHC • Criado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU (2003) • Estabelecido o Pacto pela Saúde (Pacto de Defesa do SUS, Pacto de Gestão, Pacto pela Vida; 2006). • Política Nacional de Atenção Básica (2006) • Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) • 12a e 13a Conferências Nacionais de Saúde • Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde e Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente; 2006). • Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h) criadas em municípios com populações >100.000 (2008) • Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) junto ao PSF (2008) 	Epidemias de cólera e dengue, mortalidade por causas externas (sobretudo homicídios e acidentes de trânsito). Doenças cardiovasculares são a principal causa de morte, seguidas por causas externas e cânceres. Redução na mortalidade infantil, prevalência inalterada de tuberculose, estabilização da prevalência de AIDS, aumento na prevalência de dengue e aumento na incidência de leishmaniose visceral e malária. Expectativa de vida em torno de 72,8 anos (69,6 para homens e 76,7 para mulheres) no início do século XXI • Mortalidade infantil de 20,7 por 1.000 nascidos vivos (2006) • Redução na prevalência de Hanseníase e doenças preveníveis pela imunização • Expectativa de vida sobe para 72,8 anos (69,6 para homens e 76,7 para mulheres; 2008).

Fonte: Paim et al, 2011, p. 16-17.

7.2.5 A saúde nos últimos cinco anos no Brasil

Em 2011, foi criado o Programa Requalifica Unidades Básicas de Saúde que tem como objetivo melhorar as unidades de saúde existentes. Além de possibilitar a construção de novas unidades para ampliar e oferecer melhor atendimento à população pelo SUS.

Segundo a Agência de Saúde (2015), desde a elaboração da iniciativa, o Ministério da Saúde já destinou R\$ 5 bilhões para a reforma e construção de 26 mil UBS, em 5 mil municípios brasileiros. Atualmente, 22,7 mil obras estão em andamento ou já foram concluídas. A previsão é que se iniciem as obras de outras 14 mil unidades nos próximos anos.

O investimento de capital federal para a construção de Unidades Básicas de Saúde leva em conta o porte da unidade, variando entre a UBS Porte I (unidade destinada e apta a abrigar, no mínimo, 1 Equipe de Atenção Básica), no valor de R\$ 408 mil, e o porte IV (UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 4 Equipes de Atenção Básica), de R\$ 773 mil.

No caso dos projetos de ampliação, os valores a serem destinados pelo Ministério da Saúde podem variar entre R\$ 50 mil a R\$ 250 mil. Os projetos de reforma, o incentivo federal alterna e depende da unidade, sendo entre R\$ 30 mil e R\$ 350 mil.

No Brasil, 40,6 mil UBS estão em funcionamento, sendo responsáveis pelo atendimento da população que reside na área de abrangência da Unidade. O setor é responsável pela resolução de até 80% dos problemas de saúde. Por isso, vem concentrando mais investimentos do governo federal. Uma prova disso é o investimento atual na atenção básica, que dobrou nos últimos quatro anos, alcançando R\$ 20 bilhões em 2014.

Os repasses financeiros do Ministério da Saúde para Atenção Básica tem uma parte fixa per capita que depende da adesão dos Municípios aos programas federais como: o programa Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal, dentre outros. Os dados epidemiológicos são os critérios para a aprovação desses repasses. Todas as transferências são feitas diretamente pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), para os fundos municipais e estaduais de saúde, a quem competem gerenciar a verba.

O Governo Federal, em parceria com os municípios, também tem investido na ampliação dos profissionais que prestam atendimento nas unidades básicas de saúde. A população coberta pelas equipes de Saúde da Família também teve um crescimento

importante de 120%, passando de 54,9 milhões de pessoas em 2002 para 120,5 milhões em 2015.

Outra ação é o programa Mais Médicos, lançado em 2013, que ampliou a assistência na atenção básica ao fixar médicos nas regiões com carência de profissionais. A iniciativa também está associada a investimentos na infraestrutura, citada acima, e formação profissional. Até o final do ano passado, 14.462 médicos foram enviados para 3.785 municípios, beneficiando cerca de 50 milhões de brasileiros.

O Ministério da Saúde também desenvolveu o PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), sendo esse um programa de âmbito nacional que busca qualificar profissionais e unidades de atendimento promovendo a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde. (ANGELO, SARDENBERG. 2015),

7.3 HISTÓRIA DE JARAGUÁ DO SUL

Com uma população aproximada de 156 519 habitantes em 2013 de acordo com o Censo do IBGE, Jaraguá do Sul faz divisa com Campo Alegre, São Bento do Sul ao norte; Blumenau, Massaranduba, Pomerode e Rio dos Cedros ao sul; Guaramirim, e Schroeder ao leste e com Corupá ao oeste (Figura 1).

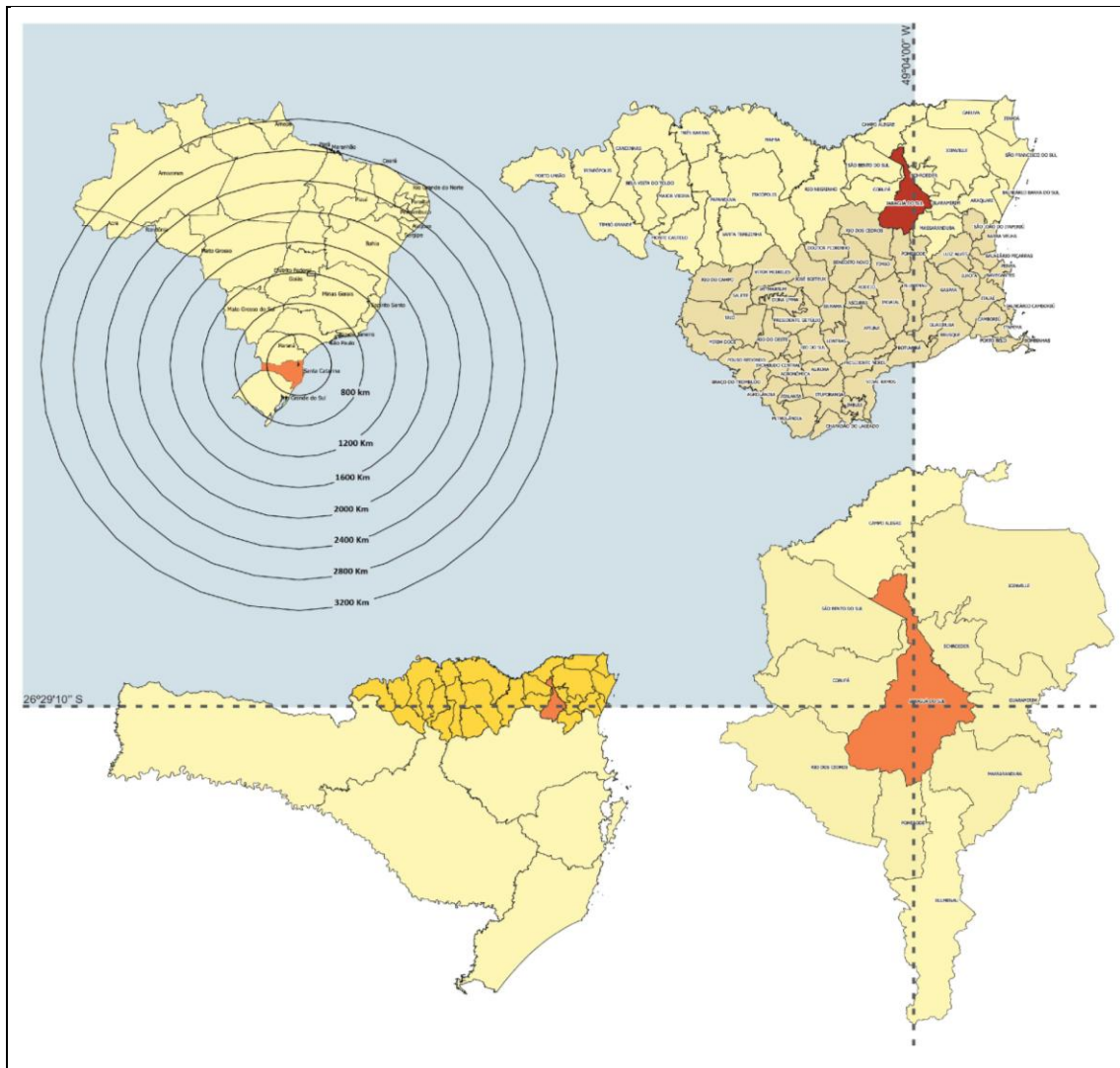
Segundo a Prefeitura Municipal de Jaraguá do Sul, a formação da cidade iniciou quando a Princesa Isabel se casou em 1864 com o Conde D'Eu e receberam terras no Vale do Itapocu e Rio Negro. Para a demarcação destas terras, convidaram no ano de 1875, Emílio Carlos Jourdan, engenheiro e coronel honorário do Exército Brasileiro.

Sendo impossível precisar a data do estabelecimento de Emílio Carlos Jourdan na localidade, então decidiu-se por 25 de Julho de 1876 como a data de fundação de Jaraguá do Sul.

Com a Proclamação da República em 1889 as terras dotais passam para o domínio da União. Em 1893 para a jurisdição dos Estados. As terras à margem direita do Rio Jaraguá, passaram a ser colonizadas pelo Estado, através do Departamento de Terras e Colonização. Na região de Garibaldi e Jaraguá Alto, com imigrantes húngaros; na região do Rio da Luz e Rio Cerro com colonizadores alemães e neste último com italianos.

Após alguns anos, de um simples povoado, Jaraguá se tornou uma vila economicamente ativa, principalmente após a construção da ferrovia, inaugurada em 1910. Somente nos anos de 1940, Jaraguá foi desmembrada de Joinville, tornando-se município. Seu nome foi alterado para Jaraguá do Sul em 31 de dezembro de 1943.

Figura 1 - Localização de Jaraguá do Sul.



Fonte: Instituto Jourdan.

Desde então Jaraguá vêm crescendo e tornando um grande e parque fabril, com grandes empresas nas áreas de metal-mecânica, malharias e confecções e produtos alimentícios (CIDADES DO MEU BRASIL).

7.3.1 Os investimentos na Saúde de Jaraguá do Sul

Segundo Borba (2015), no ano de 2014 24% do orçamento da prefeitura, cerca de R\$ 140 milhões, foi investido na manutenção do sistema de saúde municipal. Do total, R\$ 76 milhões, ou 54%, vieram de recursos próprios. O restante foi repasse do governo estadual e federal.

Atualmente, quatro unidades oferecem o serviço de agendamento de consultas não emergenciais. A meta é que a partir do dia 1º de maio de 2015, seja possível agendar uma consulta, por telefone ou pessoalmente, em todas as unidades básicas de saúde do município. Esta opção colaborou na redução do número de internações nos hospitais por doenças que podem ser tratadas nas unidades básicas de saúde.

Está sendo construída a UPA 24h, no bairro Água Verde, às margens da BR-280. Na obra será aplicado cerca de R\$ 4,2 milhões, dos quais R\$ 2,2 milhões foram assegurados pelo Ministério da Saúde. O espaço terá 3,6 mil metros quadrados e contará com equipes de clínico geral, pediatra, dentista, serviços de radiografia e coleta de sangue.

Foram constatados progressos em outros setores além do financeiro. Comparando com os números de 2012, em 2014 os índices também se elevaram no número de atendimentos, que passou de 580,4 mil para 732,5 mil (crescimento de 26%). Nas ações preventivas, passaram de 245.197 para 390.844 (59%). As realizações de diagnósticos foram de 615.464 para 732.647 (19%) e nos procedimentos cirúrgicos, em 2012 totalizaram 40.543, e se elevaram para 44.421 em 2014 (11%). (BORBA,2015).

7.3.2 Os problemas no atendimento na rede de saúde em Jaraguá

Mesmo com os investimentos que vêm ocorrendo no setor de saúde em Jaraguá do Sul, como mostram os números, ainda há uma grande dificuldade em acolher todos os pacientes que estão na fila de espera para atendimentos especializados.

Em maio de 2014, em uma matéria do jornal A Notícia, foram divulgados números de pacientes na fila de espera para exames, cirurgias e consultas com especialistas. O levantamento mostrava que em abril havia 12.178 consultas represadas em 32 especialidades, enquanto 16.235 pacientes aguardavam por exames e cirurgias eletivas.

A matéria trazia também, as possíveis soluções, que a Secretaria de Saúde havia proposto, para que houvesse mais agilidade nos atendimentos. Uma dessas propostas, era a abertura de processos seletivos, para a contratação de novos médicos, já que na época, a

Secretaria de Saúde contava apenas com 90 médicos. Na data da matéria, o município contava com apenas um cardiologista e dois ortopedistas, sendo que um deles estava em processo de aposentaria, e nenhum angiologista.

Porém, uma matéria, de fevereiro de 2015, do jornal Diário Catarinense, mostra que o problema não tinha sido solucionado. Outra lista tinha sido divulgada, e nela, havia 13.590 consultas represadas em 32 especialidades, enquanto 15.014 pacientes aguardam por exames ou cirurgias eletivas.

A realização de mutirões de exames por imagem, como a ultrassonografia, e, a compra de consultas especializadas em clínicas particulares, também foram soluções apresentadas para o problema. (CARDOSO, 2015)

O tempo na fila de espera para realizar um exame de ecografia, por exemplo, pode chegar a dois anos, em Jaraguá do Sul. Foi realizado o mutirão de exames ecográficos, que tinha uma fila de 10.000 pacientes, e mesmo assim, ainda há 7.788 pessoas que dependem dele para diagnosticar possíveis problemas de saúde.

As filas também se estendem para as cirurgias de média complexidade: são 2.221 pacientes. A maior fatia é nas cirurgias ginecológicas, com 614 mulheres; depois, ortopédicas, com 396 casos. Na fila para a alta complexidade, são 463 pessoas. Tanto para exames quanto para consultas com especialistas há editais em aberto para compra dos serviços. Em relação aos médicos, a maior demanda é para angiologistas (2.873) e de oftalmologistas (2.554) (CARDOSO, 2015).

Nessa mesma matéria, a Secretaria de Saúde, apresenta as mesmas soluções para o problema, propostas em 2014.

8. METODOLOGIA

A metodologia consistirá nas seguintes fases: referencial teórico, referencial empírico e referencial técnico.

No referencial teórico será feito um levantamento bibliográfico e documental. O primeiro proporciona uma análise referente ao tema, através de artigos, livros e fontes de informação sobre a saúde. E o segundo nos possibilitará ter acesso a outras fontes como relatórios e planos de gestão. Estes aspectos contribuem para o esclarecimento do tema, viabilizando uma melhor compreensão e análise.

Nossa pesquisa consiste em uma pesquisa aplicada, então o referencial empírico será a busca de dados para a mesma. Serão aplicados questionários aos usuários das unidades básicas de saúde de Jaraguá do Sul para identificar pontos positivos e negativos da Rede de Saúde Pública na região, visando a satisfação da população no atendimento. Através dos questionários buscamos onde está concentrado o maior número de pessoas a serem atendidas e quais são suas especialidades. A quantidade de questionários que serão aplicados, ainda não é certa, pois irá variar de acordo com a média de atendimentos de cada UBS. Faremos 25 entrevistas padronizadas e gravadas – uma com a secretaria da saúde e outras com funcionários das unidades básica de saúde de Jaraguá do Sul, buscando informações sobre a infraestrutura, programas de saúde e seu funcionamento, número de médicos e qualificação e uma média dos atendimentos.

No referencial técnico serão elaborados tabelas, gráficos e mapas com os dados obtidos, relacionados às dificuldades de atendimento na rede de saúde pública em questão.

9. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Descrição das atividades	Anos/Meses					
	2015					
	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR
Encontro com o orientador	X	X	X	X	X	
Revisão bibliográfica	X	X	X			
Levantamento documental	X	X	X			
Aplicação de questionário		X	X			
Entrevistas		X	X			
Visitas Complementares			X	X		
Tabulação e quantificação de dados				X		
Redação do trabalho				X	X	
Revisão do trabalho					X	
Entrega do trabalho						X

REFERÊNCIAS

ANGELO, Maurício. SARDENBERG, Luís Felipe. **Nos últimos 4 anos, Saúde destinou R\$ 5 bilhões para reforma e ampliação de 26 mil postos de saúde.** Agência Saúde – 2015.

Disponível em: < <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/35215-recurso-integra-programa-qualifica-ubs-que-ha-quatro-anos-investe-na-melhoria-das-unidades-de-saude-com-o-objetivo-de-ampliar-o-atendimento-a-populacao> > Acessado em 21/04/2015.

ASSIS, Marluce Maria Araújo. JESUS, Washington Luiz Abreu de. **Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde:** contribuições do planejamento. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 15(1): 161-170 2010.

ASSIS, M. M. A. et al. **Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, 8(3): 815-823 2003.

BORBA, Clarissa. **Saúde se apresenta em números.** Disponível em: <<http://portal.jaraguadosul.com.br/news/saude-se-apresenta-em-numeros>> Acessado em 16/03/2015.

BORBA, Clarissa. **Posto de saúde do bairro Boa Vista é entregue à comunidade.** Disponível em: <<http://portal.jaraguadosul.com.br/news/posto-de-saude-do-bairro-boa-vista-e-entregue-a-comunidade> > Acessado em 16/03/2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Convergências e Divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS.** Brasília: CONASS, 2004.

CARDOSO, Chayenne. **Jaraguá do Sul tem mais de 13,5 mil pessoas na fila de espera para consultas com especialistas.** Disponível em: <
<http://diariocatarinense.clicrbs.com.br/sc/noticia/2015/02/jaragua-do-sul-tem-mais-de-13-5-mil-pessoas-na-fila-de-espera-para-consultas-com-especialistas-4701826.html> > Acessado em 17/02/2015.

CARVALHO, Mariana Siqueira de. A saúde como direito social fundamental na Constituição Federal de 1988. **Revista de Direito Sanitário**, v. 4, n. 2, p. 15-31, 2003. Disponível em: <<https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=A+SA%C3%9ADE+COMO+DIREITO+SOCIAL+FUNDAMENTAL+NA+CONSTITUI%C3%87%C3%83O+FEDERAL+DE+1988&btnG=&lr> > Acessado em 24 Abrís de 2015.

CCMS. **Revolta da Vacina.** Disponível em: <<http://www.ccms.saude.gov.br/revolta/revolta.html>> Acessado em 17/04/2015.

CENTENARO, Andréia, et al. **A SAÚDE NO BRASIL A PARTÍR DA DÉCADA DE 80: RETROSPECTIVA HISTÓRICA E CONJUNTURA ATUAL.** Seminário Nacional, Estado e Políticas Sociais no Brasil – Cascavel, Paraná. Disponível em: < <http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario1/trabalhos/Saude/eixo1/42NilvoRetka.pdf> > Acessado em 02/09/2015.

CIDADES DO MEU BRASIL. **Jaraguá do Sul - Santa Catarina.** Disponível em: <
http://www.cidadesdomeubrasil.com.br/SC/jaragua_do_sul > Acessado em: 10/05/2015

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. LIMA, Luciana Dias de. VIANA, Ana Luiza D'Ávila. Política de Saúde e Equidade. **São Paulo em Perspectiva**. 17(1), p. 58-68, 2003.

FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

FUNASA. **Cronologia Histórica da Saúde Pública**. Disponível em:
<<http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica/>>
Acessado em 06/04/2015.

JUNQUEIRA, C. B. et al. **ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA ABORDAGEM DE GEOGRAFIA EM SAÚDE PÚBLICA**. Revista Saúde Pública, São Paulo 21(5): 439-46, 1987.

MARTIN, Luíza. **Prefeitura compra 85 mil consultas e exames para reduzir espera em Jaraguá**. Disponível em:
< <http://anoticia.clicrbs.com.br/sc/geral/an-jaragua/noticia/2014/09/prefeitura-compra-85-mil-consultas-e-exames-para-reduzir-espera-em-jaragua-4605679.html> > Acessado em 28/03/2015.

MARTINS, Lucas. **Revolta da Vacina**. Disponível em:
<<http://www.infoescola.com/historia/revolta-da-vacina/>> Acessado em 17/04/2015.

MATTOS, Sheyla. GONZALEZ, Nena. **O que é acessibilidade**. Disponível em:
<http://www.novoser.org.br/instit_info_acess.htm> Acessado em 06/04/2015.

MIRANDA, Celso. **Rio: cidade doente**. A revolta da vacina. Disponível em:
< <http://guiadoestudante.abril.com.br/aventuras-historia/rio-cidade-doente-revolta-vacina-433836.shtml> > Acessado em 29/05/2015.

PIOLA, Sérgio Francisco. Financiamento dos serviços de saúde pública nos últimos 40 anos. **Revista Saúde Pública**. 40(4), p. 573-575, 2006.

PORTAL DA SAÚDE. **Do sanitarismo à municipalização**. Disponível em:
<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>> Acessado em 21/04/2015.

PREFEITURA DE JARAGUÁ DO SUL. **Síntese da História da Cidade**. Disponível em:
<<http://www.jaraguadosul.sc.gov.br/sintese-da-historia-da-cidade-jaragua-do-sul>> Acessado em: 10/05/2015.

REMOALDO, Paula Cristina. **Acessibilidade aos cuidados primários de saúde dos conselhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto**. Rev. Portuguesa de Clínica Geral 19h10min-19, 2003.

REMOALDO, Paula Cristina. **Acessibilidade física, funcional e econômica aos cuidados de saúde**. Universidade do Minho.

RIBEIRO, Paulo Silvino. **O Início das políticas para a saúde no Brasil: De república velha à era Vargas.** Disponível em:

< <http://www.brasilecola.com/sociologia/o-inicio-das-politicas-publicas-para-saude-no-brasil-republica.htm> > Acessado em 05/04/2015.

SILVA, Renato da. **Malária e desenvolvimento: a saúde pública no governo JK (1956-1961)** - Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, 2008.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **História.** Disponível em: < <http://sistemaunicodesaude.weebly.com/histoacuteria.html> >. Acessado em: 15/04/2015.

VILLANOVA, Bianca. **Prefeitura de Jaraguá do Sul cria sistema para acabar com filas em postos de saúde.** Disponível em:

< <http://anoticia.clicrbs.com.br/sc/geral/an-jaragua/noticia/2015/03/prefeitura-de-jaragua-do-sul-cria-sistema-para-acabar-com-filas-em-postos-de-saude-4717691.html> > Acessado em 15/03/2015.

VIVEIRO, Alessandra. **A Revolta da Vacina.** Disponível em:

<http://www.cdcc.sc.usp.br/ciencia/artigos/art_21/revoltavacina.html> Acessado em 17/04/2015.

ZANGHELINI, Daiane. **Jaraguá do Sul tem mais de 12 mil pessoas na fila de espera para consultas com especialistas.** Disponível em:

< <http://anoticia.clicrbs.com.br/sc/geral/an-jaragua/noticia/2014/05/jaragua-do-sul-tem-mais-de-12-mil-pessoas-na-fila-de-espera-para-consultas-com-especialistas-4490059.html> > Acessado em 02/03/2015.

_____, Antonio. Livro **mostra a saúde pública brasileira na década de 1950.** AMPE-2013 Disponível em: < <http://www.ampe-med.com/site/noticias.php?id=443> >. Acessado em 15/04/2015.

APÊNDICE

APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO AOS USUÁRIOS

1. Qual a sua idade?

Menor que 18. 18 a 25. 26 a 35. 36 a 50. mais de 51.

2. Em que bairro você mora? _____

3. Você já precisou do serviço das unidades básicas de saúde?

sim não. Se sim, quantas vezes? 1-3 4-7 mais de 7.

4. Existe alguma unidade de saúde no seu bairro?

sim não

Se sim, qual a distância aproximada: até 1 Km. 1 a 2 km. mais de 2 km.

Se não, qual unidade básica de saúde (de qual bairro) você procura? _____

5. Qual o tempo de espera para ser atendido nas unidades de saúde?

15 a 30 min. 30 min. à 1h 1h a 1h30 mais de 1h30

6. Qual o tempo de duração dos atendimentos nas unidades de saúde?

5 a 15 min. 15 a 30 min. 30 a 45 min. mais de 45 min.

7. Como você avalia a qualidade do atendimento?

péssimo ruim médio bom ótimo

8. Como você avalia a estrutura física da unidade de saúde do seu bairro?

péssimo ruim médio bom ótimo

9. Qual o meio de transporte utilizado para chegar à unidade de saúde?

a pé bicicleta moto carro ônibus van carona

10. Esta unidade de saúde é de fácil acesso? (possui calçada, pontos de ônibus, asfalto, etc)

sim não

11. Os problemas pelo qual você procurou ou procura a unidade de saúde são solucionados nessas unidades de saúde?

sim não

11. Se não, onde você vai procurar solução?

APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O SECRETÁRIO.

1. Qual o critério é utilizado para a construção de novas unidades básicas de saúde? (população, carência).
2. Quais os principais problemas na infraestrutura das unidades de saúde de Jaraguá do Sul?
3. Quais os principais problemas na infraestrutura nos Hospitais de Jaraguá do Sul?
4. Em quais especialidades da medicina, existe desfalque de profissionais?
5. As unidades básicas de saúde e os hospitais estão aptos para atender pessoas com dificuldade de acessibilidade?
6. Quantos atendimentos são realizados por mês nas unidades de saúde de Jaraguá?
7. Quais os programas que estão em vigor para que o atendimento à população seja melhorado?
8. Quais são os próximos projetos e os investimentos futuros para a saúde pública?
9. Qual a porcentagem ou o total de verba da saúde é destinado exclusivamente para medicamentos e outros materiais?
10. Em unidade de saúde há o maior número de pessoas na fila?
11. Existem processos de contratação de novos funcionários?
12. Como é o credenciamento dos médicos e convênios ?
13. Como é o processo de transferência das unidades básicas de saúde e hospitais?
14. Com exceção da limitação dos recursos quais os outros problemas enfrentados por um sistema público com as características do SUS?
15. Como a população jaraguense deve contribuir para melhoria do serviços de saúde?
16. Quais são os programas que estão em vigor para a prevenção de doenças?

APÊNDICE 3 - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS TRABALHADORES DOS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

1. Quais os principais problemas na infraestrutura nas unidades de saúde de Jaraguá?
2. Há desfalque de médico nesta unidade de saúde? Em qual especialidade?
3. Quantos atendimentos em média são realizados por mês?
4. Os pacientes cumprem os horários de consultas?
5. Como é realizado o agendamento das consultas?
6. Como é determinado a gravidade do atendimento?
7. Qual o critério utilizado para transferir o paciente para o hospital?
8. Quantas vagas são disponibilizadas diariamente para cada especialidade?
9. Existem vagas suficientes para os pacientes que precisam de atendimento?
10. Qual a carga horária dos médicos?
11. Quais seriam as mudanças necessárias para que a infraestrutura beneficie a população e os funcionários?
12. O que deve ser feito, em sua opinião, para melhorar a situação das unidades de saúde?
13. Com exceção da limitação dos recursos quais os outros problemas enfrentados por um sistema público com as características do SUS?
14. Quais são os programas para a prevenção de doenças que estão em vigor nesta unidade de saúde?