

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE DIREITO

JOSIVAN NASCIMENTO DA COSTA

**O ACESSO INTEGRAL À SAÚDE COMO UM DIREITO CONSTITUCIONAL: a
partir da percepção dos usuários do Sistema Único de Saúde, na rede de saúde
municipal da cidade do Natal/RN**

NATAL/RN
2015

JOSIVAN NASCIMENTO DA COSTA

O ACESSO INTEGRAL À SAÚDE COMO UM DIREITO CONSTITUCIONAL: a partir da percepção dos usuários do Sistema Único de Saúde, na rede de saúde municipal da cidade do Natal/RN

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário do Rio Grande do Norte - UNI/RN, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Everton da Silva Rocha.

NATAL/RN
2015

JOSIVAN NASCIMENTO DA COSTA

**O ACESSO INTEGRAL À SAÚDE COMO UM DIREITO
CONSTITUCIONAL: A partir da percepção dos usuários do Sistema Único de Saúde,
na rede de saúde municipal da cidade do Natal/RN.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Centro Universitário do Rio Grande do Norte -
UNI/RN, como requisito para a obtenção do grau de
Bacharel em Direito.

Aprovada em: __, __, __.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Everton da Silva Rocha
Orientador
UNI-RN

Prof. Examinador
UNI-RN

Prof. Examinador
UNI-RN

AGRADECIMENTOS

A DEUS, criador de todos os conceitos e de todas as práticas, ao qual sem a sua interseção nada se cria, nada se transforma; nenhum projeto seja de qual natureza for se materializa. **Sem ele a Justiça é apenas um conceito.**

Ao Professor Prof. Dr. Everton da Silva Rocha, por me aceitar como orientando, tendo tantos afazeres diários. Por desprender tamanha dedicação, não impondo limites que compromettesse o desenvolvimento da pesquisa. Pelo apoio e pela renúncia de parte do seu precioso tempo, partilhando comigo seu saber, sua atenção. Pelas sugestões valiosas, seus conhecimentos, e segurança na transmissão do conhecimento. Seu vasto conhecimento e o seu jeito em transmitir esse saber sempre me chamaram a atenção, sua orientação foi fundamental para entender e delinear todos os passos nessa caminhada. Suas palavras foram como a boa terra da parábola, onde a semente brotou e produziu fartamente. Sou privilegiado por ter construído contigo caro orientador este trabalho.

A DEUS primeiramente, por que antes nada existia.

Ao meu pai Vivaldo Pedro da Costa, um exemplo de esforço e superação, presente em cada trabalho prático, rico em pequenos tesouros, enorme na simplicidade de agir e ensinar as coisas pequenas. Sempre me mostrou que um bom homem, antes de qualquer coisa tem que ter um enorme coração. **Meu pai presente imensurável de DEUS,**

A minha mãe, Joana Nascimento da Costa, exemplo de coragem, determinação e sabedoria, fica aqui registrada a injustiça de não encontrar palavra suficientemente grande e justa para expressar minha gratidão. Ensinou-me que o esforço deve ser contínuo e muitas vezes ininterrupto. **Minha mãe presente imensurável de DEUS,**

As minhas irmãs: Viviane Nascimento da Costa e Roseane Nascimento da Costa. A quem dedico também todo o meu esforço e sucesso.

A minha esposa, Silvanete Solano Dantas, companheira, amiga, apoio incondicional nos momentos de tribulação e desânimo, meu porto seguro;

Aos amigos de trabalho no seu todo e em especial as amigas: Kátia Malheiros e Ana Elizabeth, pela compreensão nos momentos em que precisei me ausentar para desenvolver tarefas práticas do curso, e aos amigos da vida, de caminhada, aos presentes e hoje também os já ausentes, pelas palavras, gestos, e silêncio.

“A justiça pode irritar-se porque é precária. A verdade não se impacienta, porque é eterna.”

(Rui Barbosa)

RESUMO

A presente pesquisa se justifica a partir da necessidade de identificar a real situação do acesso integral à saúde, dentro dos preceitos basilares da Constituição Federal, observando a construção real da ponte entre o que acontece, e o que realmente existe no tocante ao acesso integral à saúde, quando comparado aos preceitos constitucionais, e em consonância com os Direitos Fundamentais - Sociais e o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana. Nesse sentido o presente estudo de abordagem quantitativa/qualitativa, tem como objetivo observar e analisar a partir da percepção (olhar) dos usuários do Sistema Único de Saúde, se o acesso a estes serviços de saúde ocorrem de forma integral, na rede municipal da Cidade do Natal/RN, em consonância com a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Discorrendo ainda sobre o processo histórico e a evolução do Direito à saúde, saindo do paradigma newtoniano-cartesiano, para o paradigma da produção social de saúde, inseridos no modelo do Sistema Único de Saúde. Utilizando-se para o desenvolvimento da pesquisa questionários semielaborados na busca de investigar e se aprofundar quanto ao tema. Utilizando como suporte secundário a introdução de um diário de campo para anotações das observações mais significativas. O referencial teórico escolhido se tem como arcabouço a própria Constituição Federal de 1998, manuais do Ministério da Saúde, e demais artigos de inúmeros pesquisadores que tratam do tema.

Palavras-chave: Direito Constitucional. Direitos Fundamentais. Acesso Integral à Saúde.

ABSTRACT

This research is justified by the need to identify the real situation of the integral health care access, within the Brazilian Federal Constitution precepts, observing the real making of the bridge between what happens, and what really exists regarding the integral health care access, when compared to the constitutional precepts, and in consonance with the Fundamental Social Rights and the Principle of the Human Person Dignity. In this sense the present study of quantitative / qualitative approach aims to observe and analyze from the perception of the users of the integral health care access, if the access to these health services occur integrally, in the municipal grade of Natal / RN, in consonance with the Constitution of the Federative Republic of Brazil in 1988. Still discoursing on the historical process and the evolution of the Right to Health, out of the Newtonian- Cartesian paradigm, to the paradigm of social health production, inserted in the National Health System model. Using for the development of the research semi-finished questionnaires seeking to investigate and deepen on the subject. Using as a secondary support the introduction of a field diary for notes of the most significant observations. The theoretical referential has in it the Federal Constitution 1998, the Health Ministry manuals, and other articles of numerous researchers that deal with the subject.

Key-words: Constitutional Right. Fundamental Right. Integral Health Care Access.

LISTA DE GRÁFICOS E QUADROS

GRÁFICO N.º 01- Acesso ao primeiro nível de Assistência

GRÁFICO N.º 02 - Você tem dificuldade em ser encaminhado para os serviços de rede especializada?

GRÁFICO N.º 03 - Quanto tempo demora para conseguir uma consulta de referência?

GRÁFICO N.º 04 - Você já ficou sem conseguir realizar algum exame?

GRÁFICO N.º 05- Tem consciência do Direito de Recorrer à Justiça?

GRÁFICO N.º 06 – Já judicializou o acesso aos serviços de saúde?

GRÁFICO N.º 07- Avaliação dos Serviços de Saúde

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CRFB/CF- Constituição da República Federativa do Brasil/Constituição Federal;

CF- Constituição Federal

CNS - Conferência Nacional de Saúde;

CD- Crescimento e Desenvolvimento;

ESF- Estratégia Saúde da Família;

GEL - Grupo Executivo Local;

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LOS- Lei Orgânica de Saúde

MRS - Movimento da Reforma Sanitária;

OPAS - Organização Panamericana de Saúde;

PACS – Programa dos Agentes Comunitários de Saúde

PMN – Prefeitura Municipal do Natal;

PSF – Programa Saúde da Família;

SESAP - Secretaria de Estado da Saúde Pública;

SMS – Secretaria Municipal de Saúde;

SUS - Sistema Único de Saúde;

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

UBS – Unidade Básica de Saúde;

USF – Unidade Saúde da Família;

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 GERAL.....	17
2.2 ESPECÍFICOS	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1 O PARADIGMA DA PRODUÇÃO SOCIAL DA SAÚDE.....	18
3.2 O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA COMO INSTRUMENTO NORTEADOR DA SAÚDE AO TEXTO DA CONSTITUIÇÃO DE 1988.....	19
3.3 A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A POLÍTICA DE ACESSO INTEGRAL: A PARTIR DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	21
3.4 O MODELO DE SAÚDE ORGANIZACIONAL DO MUNICÍPIO DO NATAL/RN.....	25
3.5 O ACESSO A SAÚDE A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1998: DIREITOS FUNDAMENTAIS.....	27
3.6 O ACESSO INTEGRAL A SAÚDE NO CONTEXTO LEGAL DA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1998.....	29
3.7 O PRINCÍPIO DA RESERVA DO POSSÍVEL	30
4 METODOLOGIA.....	33
4.1 CARACTERIZAÇÕES DO ESTUDO	33
4.2 LOCAIS DO ESTUDO	34
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	36
4.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	37
4.5 COLETA DE DADOS E INFORMAÇÕES	40
4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS	40
4.7 APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	40
5 DISCUSSÃO E RESULTADOS	42
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS	56
GLOSSÁRIO	60
APÊNDICE A –	61

APÊNDICE B – Termo de Anuência Institucional	63
APÊNDICE C	64
APÊNDICE D	66
ANEXOS	67
ANEXO A.....	67
ANEXO B.....	68

1 INTRODUÇÃO

Antes da Constituição de 1988, o acesso à saúde só era possível a aqueles que possuíam algum tipo de vínculo previdenciário. Diante deste fato, nas últimas décadas e porque não dizer nos últimos anos, as discussões relacionadas à saúde vêm sendo apresentadas na mídia de maneira geral e em sua maioria, como um serviço oferecido de maneira precária.

Contrariamente a estas constatações apresentadas pelos meios de comunicação no tocante a área da saúde, a Constituição da República Federativa do Brasil/88-CRFB/88, apresenta o direito à saúde, como um instituto de pleno acesso e de igualdade social.

Apropriando dessa constatação, com o advento da Constituição Federal (CF) de 1988 muitas coisas mudaram no Brasil, e não há como negar que alguns avanços foram construídos. Porém, observa-se também nos últimos anos, certa inquietação, um desconforto da sociedade em relação as políticas públicas desenvolvidas pelo Poder Estatal direcionadas à área da Saúde.

Nesse sentido, uma pergunta não deixa de ecoar em todo o país: O quanto se caminhou nessas últimas duas décadas, no tocante a Constituição Federal de 1988 e a suas garantias, no que se remete ao acesso integral aos serviços de saúde.

Com o advento da Constituição de 1988, a saúde passa a ter uma nova formatação, deixa de impor limites, como a obrigatoriedade de vínculo, ou contribuição à previdência, e passa a ser um direito de todos. É o que expressa de forma clara o artigo 196 da CF/88: “ A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988)

Contudo, nas últimas décadas percebe-se a existência de uma problemática em relação à garantia do acesso aos serviços de saúde na sua concepção integral. Integral no sentido de permitir o acesso à saúde nos três campos específicos da assistência: atenção básica, média e alta complexidade, unindo aos níveis de atenção e funcionalidade do Sistema Único de Saúde.

O Acesso de maneira integral, que se pretende discutir aqui é o mesmo que se encontra norteado na Constituição Federal/88, e que segue em consonância com os Princípios Fundamentais e Sociais, em sintonia com o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana.

Assim, veremos o acesso integral sob duas óticas distintas, mas complementares. A primeira se reporta ao conceito de acesso integral dentro da construção do Sistema Único de

Saúde-SUS e a Lei 8.080/90. A segunda linha abordará o conceito integral dentro da Constituição Federal/88.

A primeira linha a ser desenvolvida será delineada sob o aspecto da construção do Sistema Único de Saúde e da Lei 8.080/90.

Segundo o estudioso Mattos (2004), que pesquisa acerca do tema, compreende que o acesso à saúde na forma integral, deve ser entendido como um conjunto articulado e contínuo das ações de saúde, seja na esfera dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, seja no tocante a atenção básica, média e alta complexidade.

Nesse aspecto, antes de adentrar no tema propriamente dito, faz-se necessário a compreensão acerca do conceito de acesso, e quanto à conotação integral, assim como, se apropriar em qual modelo de saúde o Brasil está inserido.

Segundo Aurélio o conceito de acesso trata-se de um substantivo masculino com origem no latim; *accessus* significa ingresso, caminho ou o ato de chegar ou de se aproximar. Já o termo integral se refere ao todo, total. Assim, pode-se compreender que o acesso integral nada mais é, que o caminho total para se chegar, obter, deter determinada coisa, destino, finalidade.

Entendendo a concepção acerca do acesso na sua forma integral, Mattos (2004), apresenta o acesso à saúde na sua lógica integral, como sendo a possibilidade de acesso da população aos serviços de saúde no nível da assistência. Por sua vez, o mesmo autor, define que assistência está relacionada a um conceito amplo de integralidade.

Para Mattos (2004), esse acesso integral só seria possível, se o usuário do sistema Único de Saúde, tivesse acesso nos três níveis de assistência definido no modelo de saúde vigente no país. Segundo o autor, o nível de Assistência se daria em três níveis distintos, porém articulados, e juntos eles promoveriam o acesso à saúde na sua formatação integral. De acordo com o autor, os níveis de assistências se dariam na seguinte ordem: atenção básica, média e alta complexidade.

Identificado a partir de Mattos (2004), a maneira como o acesso integral se formata na prática, faz-se necessário compreender em qual modelo de saúde o Brasil encontra-se fixado.

Outrora, o modelo de saúde vigente no Brasil, se resumia a uma concepção pontual, restrita e limitada a doença, apropriando dos sinais e sintomas acerca da doença, se buscava a intervenção pontual, ou seja, o conceito de saúde, nada mais era do que a ausência da doença.

Para Lampert (2002), o enfoque sinalizado como ausência de doença, tratava-se de um modelo hospitalocêntrico, difundido no mundo, como um sistema newtoniano-cartesiano, ou seja, o indivíduo era visto nas suas necessidades e particularidades com o enfoque meramente intervencionista da doença, analisando pontualmente a doença, ou melhor, a queixa principal que o paciente descrevia.

Com o passar da história, observou-se que a doença não poderia ser vista, de forma isolada, ou seja, de forma simplesmente pontual. O indivíduo que se encontra no mundo, produzindo relações de inúmeras naturezas, poderia dessas relações sofrer e produzir resultados, que diretamente interfeririam na sua formatação acerca da sua saúde.

Nesse conceito Lampert (2002), introduz o que hoje conhecemos como o Paradigma da Produção Social de Saúde, ou seja, o foco não é mais na doença, mas principalmente nas relações e o meio social, econômico e político, em que esse indivíduo se encontra inserido.

Para tal compreensão, o modelo do Paradigma da Produção Social de Saúde, encontra-se bem definido na CF/88, embora não esteja literalmente expresso, este está contextualizando na interpretação acerca do conceito de saúde norteados na Constituição vigente, "saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". (BRASIL, 2014)

Esse novo conceito ampliado de saúde considera as suas determinantes e condicionantes (alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, renda, trabalho, educação, transporte etc.), e impõe aos órgãos que compõem o Sistema Único de Saúde o dever de identificar esses fatores sociais e ambientais, assim como ao Estado formular políticas públicas condizentes com uma melhor qualidade de vida da população.

Ora, percebe-se que a partir da CF de 1988, o Brasil apresenta um modelo de saúde voltado para qualidade de vida das pessoas, não mais um modelo assistencialista direcionado para intervenção medicamentosa com enfoque na doença.

Embora, se perceba no arcabouço da CF 1998, o entendimento acerca do novo conceito, mais amplo, de saúde, segundo o autor Lampert (2002), pode-se dizer que ainda há muito resquício na conjuntura atual do Brasil do modelo outrora existente no país, do modelo tradicional de saúde, também conhecido como biomédico, conforme já visto aqui, baseava-se numa visão cartesiana de divisão corpo e mente, desqualificando assim aspectos psicológicos, sociais e ambientais envolvidos no processo do adoecimento. Tal modelo sem dúvidas nos dias atuais se dá de forma incompatível as necessidades humanas.

Para tal, devemos levar em consideração a consolidação do modelo de saúde vigente no Brasil, na lógica do Paradigma da Produção Social da Saúde, assim como à construção do SUS, no seu avanço de inclusão social, associados ao instrumento maior norteador das relações jurídicas e sociais do povo brasileiro à CF, como pilares que fundamentaram essa pesquisa.

Matos (2001), considera como os principais princípios norteadores do SUS: **a universalidade** que declara que todas as pessoas têm direito ao atendimento independentemente da cor, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda; **a equidade** que declara que os serviços de saúde devem considerar que cada grupo populacional vive de forma diferente, possui problemas específicos, tem diferenças no modo de viver, de adoecer e de oportunidades para satisfazer suas necessidade de vida; **a integralidade** que declara que o atendimento deve ser feito para a saúde do indivíduo e não só para sua doença, as ações de promoção, prevenção e reabilitação formam um conjunto indivisível, não podendo ser compartimentadas. As unidades prestadoras de serviços devem configurar um sistema capaz de prestar assistência integral, atendendo o indivíduo como um ser humano integral, submetidos às mais diferentes situações de vida que o levam a adoecer e morrer.

Observa-se diante do que já foi exposto, que a Constituição de 1988 transformou-se no marco teórico que fomentou uma nova consciência social de promoção de saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Este também se tornou a maior conquista do movimento sanitário brasileiro, além de caracterizar o surgimento de uma nova relação entre o Estado e a Sociedade Civil em prol da construção do **acesso pleno aos serviços**, independente do fator econômico ou político, buscando-se garantir um novo padrão de cidadania social trazendo a integralidade como resolução dos problemas de saúde, seja nos níveis de assistência ou da atenção. Na lógica do autor observa a referida importância a seguir:

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) tinha como tema “Democracia é Saúde” e constituiu-se em fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida (Conferência Nacional de Saúde, 1986). Era um momento chave do movimento da Reforma Sanitária brasileira e da afirmação da indissociabilidade entre a garantia da saúde como direito social irrevogável e a garantia dos demais direitos humanos e de cidadania. O relatório final da 8ª CNS lançou os fundamentos da proposta do SUS (BRASIL, 2006, p. 13).

Dessa forma buscou-se nesta pesquisa encontrar elementos; possíveis respostas quanto à consolidação dos princípios inerentes ao tema definido na CF de 1988, no tocante ao acesso integral e aos serviços de saúde pública, no município do Natal, capital do estado do

Rio Grande do Norte. Para tanto no que se remete a pesquisa no seu bojo principal, esta se dará no sentido “stricto sensu” uma vez que o conceito de saúde contemporânea se dar de forma ampla, e o que irá se trabalhar, embora seja nessa formatação será limitado no que tange ao acesso aos serviços de saúde pública.

A segunda linha de análise para compreensão do termo integral (integralidade) no acesso aos serviços de saúde se fará mediante a construção do referido conceito, dentro dos preceitos e normas constitucionais.

De acordo com Tavares (2008) e Martins (2008), o direito à saúde pública é pautado na universalidade de cobertura e na integralidade de assistência. A assistência integral deve ser compreendida como um conjunto de ações e serviços que buscam informar, prevenir e tratar as doenças e agravos à saúde, garantindo ao indivíduo a proteção do seu potencial biológico e psicossocial e a recuperação de sua saúde.

Ao se observar tal conceito, percebe-se de forma clara a sintonia que a CF/88, possui com a Lei 8.080/90, isso se mostra de forma límpida no artigo 198 da CF/88.

Segundo Tavares e Martins (2008), o conceito de integralidade é um dos pilares a sustentar a criação do Sistema Único de Saúde. A referida diretriz encontra-se consagrada na Constituição de 1988, previsto artigo 198 e a integralidade do tratamento é um princípio básico da saúde pública, previsto expressamente na Lei 8.080 de 1990 em seu artigo 7º:

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:”

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; (BRASIL, 2006)

Ao unir os preceitos constitucionais e sua normatização, ao que estabelece o Sistema Único de Saúde, entende-se sob qual prisma e ordem pode-se compreender o acesso integral aos serviços de saúde pública. A integralidade se concretiza a partir do acesso aos três níveis de assistência; atenção básica, média e alta complexidade.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar a partir da percepção (olhar) dos usuários do Sistema Único de Saúde, se o acesso integral aos serviços de saúde, na rede municipal da Cidade do Natal/RN, vem ocorrendo dentro do conceito e dos princípios definidos pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

2.2 ESPECÍFICOS

1 Apresentar e qualificar como ocorre o acesso aos serviços de saúde pública a partir do olhar do usuário do SUS, no tocante ao município de natal/RN;

2 Identificar o grau de satisfação, bem como os problemas em cada nível de acesso a saúde e em qual destes ocorre judicialização.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O PARADIGMA DA PRODUÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

Observa-se que outrora o modelo de saúde hegemônico desenvolvido no Brasil, tratava-se de um modelo tradicional de saúde, conhecido como biomédico, baseado numa visão cartesiana de divisão corpo e mente, desqualificando assim aspectos psicológicos, sociais e ambientais envolvidos no processo de adoecimento.

O conceito de saúde, para este modelo de atenção, é tomado em sua negatividade, como ausência de doença, amparado no paradigma flexneriano sob influências da Escola Norte-Americana, estruturada como resposta à prática da atenção médica, técnico-assistencial nos marcos da medicina científica (ALVES, 2005).

Tendo como referência este olhar sob o processo saúde-doença, tem-se o conceito de doença, a partir da “redução do corpo humano, pensado através da forma e função as quais se definem por intermédio de ciências como a anatomia e a fisiologia (CZERESNIA, 2003).

De acordo com Canguilhem (2003) e Mendes (1996) a doença é concebida como alterações concretas do corpo que outrora se mostrava sadio. O corpo desconectado de todo o conjunto de relações que constituem os significados da vida, desconsiderando que a prática médica entra em contato com homens, e não apenas com seus órgãos e funções. A lógica desta prática de atenção médica é de que as doenças devem ser enfrentadas com mais serviços, ou seja, se há mais serviços de atenção disponíveis, a saúde deve melhorar e se esses serviços são universais, as disparidades de saúde devem atenuar-se.

Contrasta-se com esta ideia, de acordo com Paim (1999) modelo de atenção ou modelo assistencial “é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de lógica que orienta a ação”.

Esta concepção do modelo assistencial apresentada por Paim (1999) fundamenta a consideração de que o fenômeno isolado da expansão do número de serviços de saúde não garante a construção de um novo modelo assistencial. Desta forma, impõe-se a construção social de uma nova prática que visa sistematizar de modo detalhado, a proposta de reorganização do SUS, tendo por base à proposta de vigilância a saúde ou da Produção Social da Saúde.

De acordo com Lampert (2002) para entender melhor tais modelos faz-se necessário realizar contraposições entre estes. Analisando as pressuposições entre o modelo velho e o novo modelo doravante denominado de Paradigma da Produção Social.

Segundo este mesmo autor, no modelo cartesiano-flexneriano, denominados de modelos tradicionais, biomédicos, a medicina é especializada, fragmentada e pontual, observa-se o indivíduo na sua queixa principal, e é nesta queixa que se pretende administrar as intervenções. Já em relação ao Paradigma da Produção Social da Saúde, o novo paradigma se baseia de forma holística, ela se mostra integrada, preocupada com o paciente como um todo. A ênfase na eficiência e a exigência de profissionais emocionalmente neutros, dão lugar de destaque aos valores humanos, compreendendo-se os cuidados profissionais como um dos componentes da cura.

Para Merhy (2003) o que ocorre no Brasil, é que a partir da segunda metade da década de 70, em decorrência da crise do setor saúde (financeira, burocrático, administrativa e de cobertura) o modelo assistencial, que historicamente predominou em todo país, passou a vivenciar uma profunda crise, emergindo e gerando no âmbito da saúde pública algumas propostas que visavam à transformação das práticas das ações de saúde, objetivando a ampliação da cobertura para a população excluída pela assistência previdenciária.

Nesse contexto é preciso abrir um parêntese para explicitar que até antes da Constituição de 1988, apenas tinha direito à saúde aqueles que tinham vínculo com o sistema de previdência social.

Merhy (2003) defende que é a partir do processo de redemocratização, na década de 80, e com a ampliação da organização popular e a emergência de novos atores sociais; como jornalista, artistas, intelectuais, trabalhadores liberais, que comina com a ampliação das demandas sobre o Estado, que se observa um forte movimento social pela universalização do acesso e pelo reconhecimento da saúde como direito universal e dever do Estado.

3.2 O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA COMO INSTRUMENTO NORTEADOR DA SAÚDE AO TEXTO DA CONSTITUIÇÃO DE 1988

O Movimento da Reforma Sanitária (MRS), reuniu atores diversificados em uma batalha política pelo reconhecimento da saúde como direito social, pela universalização do acesso aos serviços de saúde e pela integralidade da atenção à saúde, na luta mais ampla pela construção da cidadania que marcou o final do regime militar (MENDES, 1996).

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, constituiu um marco na história da saúde do Brasil, que resultou na ampla legitimação dos princípios e da doutrina do MRS. Serviu ainda para influenciar a criação de um sistema que representasse a desconcentração das atividades do INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, para as Secretarias Estaduais de Saúde:

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) tinha como tema “Democracia é Saúde” e constituiu-se em fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida (Conferência Nacional de Saúde, 1986). Era um momento chave do movimento da Reforma Sanitária brasileira e da afirmação da indissociabilidade entre a garantia da saúde como direito social irrevogável e a garantia dos demais direitos humanos e de cidadania. O relatório final da 8ª CNS lançou os fundamentos da proposta do SUS (BRASIL, 2006c, p. 13).

Como consequência desse fortalecimento político, o MRS conquistou a incorporação desses princípios ao texto constitucional de 1988, bem como a determinação da responsabilidade do Estado na provisão das ações e serviços necessários à garantia desse direito, mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação de saúde, garantindo um processo de produção social da saúde: (BRASIL, 2000, p.13-16)

Em março de 1986 ocorreu o evento político-sanitário mais importante da segunda metade do século passado, a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde foram lançadas as bases doutrinárias de um novo sistema público de saúde. Essa conferência teve desdobramentos imediatos num conjunto de trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária que serviriam de base à elaboração da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988. (CONASS, 2006, p.24)

Segundo Merhy (2003), a conferência citada acima conseguiu pela primeira vez dar supremacia a ideia de um sistema único de saúde público sob o controle do Estado. Ela estabeleceu também a saúde como direito de cidadania e, junto com o movimento social, incluiu no processo constituinte, no final dos anos 80, a discussão dos princípios da Reforma Sanitária como diretrizes hegemônicas para o SUS.

Diante do que foi exposto quanto ao contexto histórico do processo saúde-doença, e do paradigma da produção social da saúde, vale salientar que o pesquisador Mendes (1996), divide o processo de construção dos sistemas e modelos de saúde no mundo, seguindo duas linhas. Nos seus estudos sobre os processos de reforma dos sistemas de saúde deve-se

distinguir dois tipos de reformas: big bang e incremental. As reformas do tipo big bang são as que introduzem modificações expressivas e significativas no funcionamento do sistema de saúde, de forma rápida (em curto espaço de tempo) e pontual. Mendes (1996), apresenta as reformas incrementais, definindo que estas, se baseiam em pequenos ajustamentos sucessivos. Desta forma, a reforma brasileira da saúde, de 1988, pode ser considerada de tipo *big bang*, pois introduziu mudanças substantivas no modo de operação do sistema.

Através do Movimento da Reforma Sanitária, a inserção do processo de inclusão universalizado a todo os brasileiros e o acesso integral, deram o subsídio necessário para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse novo modelo, inscrito na própria Constituição brasileira de 1988 definiu o princípio do universalismo para as ações de saúde, a descentralização municipalizante e um novo formato organizativo para os serviços, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização, com definição de porta de entrada. Além disso, as ações preventivas e curativas passaram a se responsabilidade dos gestores públicos (VIANNA; DAL POZ, 2005, p. 23).

Viana e Dal Poz (2005) expõem que três características definem o novo modelo: a criação de um sistema nacional de saúde; a proposta de descentralização (o gestor do sistema será o executivo municipal); e a criação de novas formas de gestão, que incluem a participação de todos os atores envolvidos com a política (prestadores de serviços, trabalhadores, gestores e usuários).

Carvalho (2002) afirma que os novos desafios sociais, políticos e culturais, o esgotamento do paradigma biomédico e a mudança do perfil epidemiológico da população nas últimas décadas têm ensejado o aparecimento de novas formulações sobre o pensar e o fazer sanitários.

3.3 A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A POLÍTICA DE ACESSO INTEGRAL: A PARTIR DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A partir da Constituição de 1988 surge uma consciência social acerca dos princípios e das diretrizes basilares acerca do acesso a saúde, na sua composição legal e na sua amplitude prática.

Para a construção do sistema de saúde brasileiro (SUS), é fundamental a reorientação do modelo assistencial vigente e hegemônico no país, pautado até então em uma atenção médico-assistencial privatista - (ALVES, 2005, p.35).

Alves (2005) relata que esse modelo legalmente instituído e praticado até 1988 estava estabelecido na lei 6.229/75, criando dicotomias entre curativo e preventivo, individual e coletivo, por meio de práticas assistenciais fortemente centradas em hospitais, restritas aos contribuintes previdenciários.

Scaff (1998) demonstra que a construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios: a universalidade que declara que todas as pessoas têm direito ao atendimento independentemente da cor, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda; a equidade que declara que os serviços de saúde devem considerar que cada grupo populacional vive de forma diferente, possui problemas específicos, tem diferenças no modo de viver, de adoecer e de oportunidades para satisfazer suas necessidades de vida; a integralidade que declara que o atendimento deve ser feito para a saúde do indivíduo e não só para sua doença, as ações de promoção, prevenção e reabilitação formam um conjunto indivisível, não podendo ser compartimentadas. As unidades prestadoras de serviços devem configurar um sistema capaz de prestar assistência integral, atendendo o indivíduo como um ser humano integral, submetidos às mais diferentes situações de vida que o levam a adoecer e morrer:

Na base do processo de criação do SUS encontram-se: o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população. Nesse sentido, o SUS, como política do estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde (BRASIL, 2006c, p. 13-14).

De acordo com Camelo (2000), é com o advento do SUS, que a estrutura operacional de saúde no país passa a funcionar dentro de uma nova lógica; na concepção do Paradigma da Produção Social da Saúde (outrora, o paradigma vigente tratava-se de uma concepção newtoniana-cartesiana):

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social. (CONASS, 2011, p.24)

Dentre as ações de fortalecimento do SUS, e da busca de sua consolidação de políticas públicas voltadas para o paradigma da produção social da saúde, se faz presente às ações da ESF-Estratégia Saúde da Família.

Segundo Gomes (2005) a Estratégia Saúde da Família tem se configurado como a principal estratégia impulsionadora da reorganização do modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS.

Apesar das dificuldades encontradas, em especial nos grandes centros urbanos, tem demonstrado grande potencial de fortalecer a implantação do processo integral dos serviços e da assistência. Trata-se do primeiro nível de assistência, o qual também poderia ser denominado “porta de entrada”, uma vez que, através da estratégia da saúde que o usuário tem seu primeiro contato com os serviços de saúde pública.

Nessa lógica percebe-se que o modelo outrora fragmentado perde força, contudo na prática, ainda é bastante visível nas Unidades de Saúde:

Nesse particular, a intervenção mais ampla realizada no Brasil visando à modificação do modelo de atenção hegemônico talvez possa ser creditada à reorganização da atenção básica, particularmente por meio do PSF, vinculado à vigilância da saúde. Assim, o PSF progressivamente tem-se articulado com a vigilância da saúde e com o acolhimento, dispondo, ainda, de uma grande potencialidade de ajudar na construção da viabilidade de ações programáticas, da promoção da saúde e das cidades saudáveis (PAIM, 2004, p.20).

Segundo Viana (2005) o Programa de Saúde da Família (PSF) passa a ter início quando o Ministério da Saúde forma o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. A partir daí começou-se a enfocar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão-somente) o indivíduo, introduzindo assim, a noção de área de cobertura (por família). Tal formatação atende a concepção do modelo de Produção Social da Saúde:

O Programa de Saúde da Família foi concebido a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília, sobre o tema Saúde da Família, convocada pelo gabinete do ministro da Saúde (Dr. Henrique Santillo). Essa reunião foi a resposta do ministério a uma demanda de secretários municipais de Saúde, que queriam apoio financeiro para efetuar mudanças na forma de operação da rede básica de saúde (expansão do programa dos agentes para outros tipos de profissionais). Participaram dessa reunião técnicos do Ministério da Saúde, de secretarias estaduais, secretários municipais de Saúde, consultores internacionais e especialistas em atenção primária. Foi um momento importante, pois agregou técnicos das regiões Sudeste e Sul do País, e as experiências inovadoras nessas regiões, rompendo com o isolamento do PACS, isto é, com o seu confinamento às regiões Norte e Nordeste (VIANA, 2005, p. 232).

Nessa linha de atividades a serem desenvolvidas na seara da saúde, o que visualizamos é a institucionalização de práticas em saúde com agentes comunitários, que já vinham se desenvolvendo de forma isolada e focalizada em diversas regiões do País.

Nesse entendimento pode-se afirmar que o PACS é um antecessor do PSF, pois uma das variáveis importantes é que o primeiro introduziu a concepção primária da relação entre profissionais de saúde e a comunidade, e o segundo consolida essa relação trazendo a ampliação desses serviços.

De acordo com Viana (2005), o que o Programa contribui de mais importante se reporta a uma visão ativa da intervenção na saúde, de não “esperar” a demanda “chegar” para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, constituindo-se, assim, em um instrumento real de reorganização da demanda.

Além disso, outro diferenciador que se observa são as concepções de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica. Sublinhe-se que todos esses elementos serão centrais para a construção do Programa de Saúde da Família, porque constituem a essência (da concepção) de sua intervenção.

Segundo Viana (2005), ressalta-se, entretanto, que não foi apenas o fato de ter definido essa estratégia de implantação que fez do programa um instrumento de (re)organização do SUS, mas também o grau de articulação que esse desenvolveu com os diferentes níveis do sistema (estadual e municipal), além do papel desempenhado pelos atores participantes do processo de implementação do programa: agentes e comunidade.

Compreende-se então que o PSF se norteia pela procura da reorganização assistencial em Saúde Pública e objetiva o atendimento ao indivíduo no seu contexto familiar. Foram priorizadas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de forma integral e contínua.

Em 1994 o Ministério da Saúde propôs uma estratégia que garantisse a universalidade, integralidade, equidade e a divulgação de informações e serviços à população, esta estratégia é intitulada Programa da Saúde da Família – PSF/ESF. Silva (1998); Peixinho (2001) e Morosini e Corbo (2007) coloca que o PSF vem se consolidando como a estratégia de organização da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) propondo uma mudança de modelo e contribuindo para a efetiva melhoria das condições de vida da comunidade. Em 2006, esses padrões são melhores definidos e o PSF, deixa de ser um mero programa e passa a ser denominado Estratégia Saúde da Família:

A Estratégia Saúde da Família busca romper com paradigmas cristalizados e incorpora novo pensar e agir na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial. Dessa forma, possibilita a entrada de cenários, sujeitos e linguagens no âmbito da atenção à saúde com potenciais para reconstrução das práticas. Nessas, o cuidado deve considerar o princípio da integralidade e o usuário como protagonista. Pressupõem ainda a presença ativa do outro e as interações subjetivas, ricas e dinâmicas, exigindo ampliação dos horizontes da racionalidade que orienta tecnologias e agentes das práticas (BRASIL, 2006b, p.20).

Desse modo entende-se que o PSF/ESF foi implantado para aprimorar a visão de saúde integral do indivíduo ampliando para a família, comunidade, atuando até no domicílio. Implementando as ações preventivas/ educativas para interferir com responsabilidade na melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2002a).

3.4 O MODELO DE SAÚDE ORGANIZACIONAL DO MUNICÍPIO DO NATAL/RN

Para que se possa entender melhor como as ações do processo de produção em saúde se dar no âmbito da assistência integral, é preciso entender que o redesenho da rede de Saúde da Cidade do Natal, parte da preliminar formatação de regionalização, implicando na adoção de estratégias para reorganização da rede de atenção, pressupondo o empreendimento de esforços visando a adequação dos recursos públicos frente à demanda atribuída por suas funções institucionais.

Nesse aspecto, Natal desencadeou o processo de distritalização em 1987, em referência ao processo de regionalização intramunicipal, fruto da assinatura de convênio de cooperação técnica com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), sob a coordenação da SESAP-Secretaria de Estado da Saúde Pública, objetivando reorientar a política institucional da SMS através de uma série de consultorias com foco em áreas específicas, a saber: organização e estruturação do Sistema Municipal de Saúde, modelo assistencial com ênfase na Vigilância à Saúde, Sistema de Informações em Saúde e Territorialização.

Com destaque para o tema da territorialização, enfatizou-se a região norte da Cidade, naquela época, denominada preliminarmente de Distrito Sanitário 1, estando o trabalho a cargo de um corpo técnico intitulado Grupo Executivo Local (GEL). O período seguido entre 1987 e os dois anos seguintes, resultou em propostas apresentadas em janeiro de 1989, quando da realização de um Seminário de Avaliação da Política Municipal de Saúde. Evidencie-se que os desdobramentos desse processo foram impulsionados no início da década de 1990, período em que se efetivaram as consultorias, ao mesmo tempo em que se observava

no cenário nacional, o crescente movimento pela municipalização, cristalizados pela deflagração dos convênios envolvendo os entes públicos gestores do SUS.

Destaca-se a nível local a promulgação da Lei n.º 3.878 de 07/12/1989 que dispunha sobre a reorganização político-administrativa da PMN - Prefeitura Municipal do Natal, criando inclusive, as Regiões Administrativas Norte, Sul, Leste e Oeste, enquanto primeira iniciativa de zoneamento urbano, para tratamento micro localizado dos problemas identificados no contexto da atuação das Políticas Públicas. O resultado das discussões do processo de territorialização em 1990 culminou com a divisão do Município em quatro distritos sanitários, respeitando a mesma conformação das Regiões Administrativas, que atuavam sob regime de organização em subprefeituras (PREFEITURA MUNICIPAL DE NATAL, 2006).

Em 2005, decorrente de novas discussões, a região norte da Cidade passa por mais uma delimitação, desta vez, criando para o Sistema Municipal de Saúde, os Distritos Sanitários Norte 1 e Norte 2, resultante das peculiaridades sócio demográficas e sanitário-epidemiológicas locais e da necessária intervenção do Poder Público sob uma ótica de gestão participativa com racionalização estratégica de condutas. Essa nova configuração regional no âmbito do Município se encontra fortalecida nos atos normativos da Administração, com ênfase para a Lei Complementar n.º 061 de 02/06/2005, Decreto n.º 7.642 de 10/06/2005, dentre outros instrumentos que norteiam a condução da Política Municipal (NATAL, 2006).

De maneira que atualmente natal se encontra dividido em cinco Distritos Sanitários: Distrito Sanitário Norte I e Norte II, Distrito Sanitário Leste, Distrito Sanitário Oeste e Distrito Sanitário Sul. Ver mapa em anexo n.º 01.

Do ponto de vista ao qual se propõem aqui, se reportar ao “Acolhimento” na rede básica de saúde do município de natal, é preciso recapitular que essa rede básica está em consonância com o que ficou estabelecida através da portaria 648/06-GM, uma vez que esta portaria define as ações dos profissionais de saúde no âmbito da rede básica e na Estratégia Saúde da Família e se encontra inserido nas políticas da atenção básica, ou seja, no primeiro nível de assistência.

Segundo a portaria GM/MS n.º. 648 de 28 de março 2006, a atenção básica caracteriza-se como: conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe,

dirigidas às populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

A rede básica municipal representa o primeiro contato de acolhimento e a formação de vínculos com as equipes de saúde, sendo também o local prioritário para que o exercício da clínica, e para que o cuidado aconteça. Cumpre ainda a função essencial de coordenar os fluxos e contra fluxos das pessoas pelos diversos serviços na rede de atenção.

A rede municipal de saúde da cidade do Natal é composta por 147 unidades, sendo 80 públicas municipais, 10 estaduais e 4 federais. De forma complementar, prestando serviço ao SUS municipal, conta-se com 6 unidades filantrópicas e 47 unidades privadas contratadas. Propõe-se aqui a trabalhar com a atenção básica, em específico com a Estratégia Saúde da Família, nessa lógica, em consonância com a portaria 648/06 GM, de maneira que aqui fará menção aos serviços ofertados pelas USF (NATAL, 2006). Ver mapa em anexo n.º 02.

3.5 O ACESSO A SAÚDE A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1998: DIREITOS FUNDAMENTAIS

O direito à saúde encontra-se positivado na Constituição Federal expressamente nos artigos 6º e 196, sendo um direito social e fundamental, é um dever do Estado. Observa-se que a saúde é inerente aos seres humanos, bem como à sua vida com dignidade, sendo fundamento da República Federativa do Brasil, expresso na Constituição Federal em seu artigo 1º, inciso III.

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

III - a dignidade da pessoa humana;

Nesse diapasão, importa destacar que a saúde é um direito que deriva do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, e que se encontra em total consonância com os direitos sociais, segundo alguns doutrinadores se equivaleria aos fundamentos preconizados nos Direitos Fundamentais.

Ladeira (2009, p. 106) leciona que “o reconhecimento de direitos sociais no corpo da Constituição Federal é a evidência de ter o Estado brasileiro adotado a configuração de um Estado Democrático de Direito”, cuja finalidade se diferencia daquela adotada pelos Estados liberais, uma vez que objetiva assegurar o direito à igualdade em aspectos formais e materiais.

Já de acordo com o jurista Luis Roberto Barroso (2009, p.10):

O Estado constitucional de direito gravita em torno da dignidade da pessoa humana e da centralidade dos direitos fundamentais. A dignidade da pessoa humana é o centro de irradiação dos direitos fundamentais, sendo frequentemente identificada como o núcleo essencial de tais direitos.

Ainda segundo Barroso (2009), o direito a saúde se insere na órbita dos direitos sociais constitucionalmente garantidos. Trata-se de um direito público subjetivo, uma prerrogativa jurídica indispensável assegurada à generalidade das pessoas. In verbis:

Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (grifo nosso)

Por sua vez, tal preceito é complementado pela Lei Orgânica da Saúde - 8.080/90, em específico no seu artigo 2º - “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado **prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício**”. (grifo nosso)

De acordo com Barroso (2009) partindo do pressuposto que a saúde é condição indispensável à garantia da vida humana, e que valor maior terá à vida se ela for vivida com decência, outra não poderia ser a ponderação quanto à impossibilidade de se dissociarem os vetores da dignidade da pessoa humana do direito à vida e à saúde. Por sua vez, o embasamento constitucional a garantia do direito à saúde no Brasil, encontra-se no artigo 6º da Constituição Federal de 1988, cujo rol, elenca os chamados direitos sociais da seguinte forma: “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”

Por conseguinte, com o advento da Constituição Federal de 1988, buscou-se assegurar garantias fundamentais a todos os cidadãos, possibilitando aos indivíduos condições mínimas para o pleno gozo de seus direitos. A partir de então, incluiu-se ao rol dos direitos fundamentais os direitos sociais, consagrando, por conseguinte, o direito à educação, à saúde, à alimentação, ao trabalho, à moradia, ao lazer, à segurança, à previdência social, à proteção à maternidade e à infância, à assistência aos desamparados (MORAES, 2005).

Conclui-se ao se apropriar do entendimento acerca do art. 6º da Constituição Federal, em consonância com o artigo, o direito à saúde é um direito social. Partindo deste

pressuposto, o direito à saúde no Brasil, é um direito que exige do Estado prestações positivas no sentido de garantia, efetividade da saúde, na sua forma igualitária, universal e integral.

3.6 O ACESSO INTEGRAL A SAÚDE NO CONTEXTO LEGAL DA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1998

Nesse sentido a lógica da saúde integral, possui seu arcabouço legal a partir do direito constitucional, “à saúde pública possui a integralidade de assistência como diretriz prevista no artigo 198, inciso II, da Constituição Federal e como princípio expresso no artigo 7º, inciso II, da Lei 8.080 de 1990”.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único [...]

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

O direito à saúde pública é pautado na universalidade de cobertura e na integralidade de assistência. A assistência integral deve ser compreendida com um conjunto de ações e serviços que buscam informar, prevenir e tratar as doenças e agravos à saúde, garantindo ao indivíduo a proteção do seu potencial biológico e psicossocial e a recuperação de sua saúde. Tavares (2008) e Martins (2008)

Assim, podemos compreender que o conceito de integralidade é um dos pilares a sustentar a criação do Sistema Único de Saúde. Diretriz consagrada pela Constituição de 1988, previsto artigo 198 e a integralidade do tratamento é um princípio básico da saúde pública, previsto expressamente na Lei 8.080 de 1990 em seu artigo 7º:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; (BRASIL, 1990)

O acesso a saúde na sua concepção integral, interage com o conceito ampliado de saúde, mas principalmente na ênfase de integrar os três níveis de assistência vigentes no modelo de saúde brasileiro.

Essa nova condição foi regulamentada, em 1990, a partir das Leis Orgânicas da Saúde: Lei nº 8.080/90 que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde e a Lei nº 8.142/90 que trata da participação popular e da transferência intergovernamentais de recursos financeiros para a área, detalhando o conceito de saúde e os princípios de universalidade, equidade e integralidade, além dos princípios organizativos: regionalização; hierarquização, descentralização; comando único; a participação popular e a complementaridade do setor privado, dentro do Sistema Único de Saúde - SUS. (BRASIL, 2001).

O artigo 3º da Lei 8080/90, vem explicitar o novo conceito de saúde:

[...] A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (Lei nº8. 080/90 de setembro de 1990).

Esta nova concepção vincula a saúde aos diversos condicionantes sociais e a integralidade humana. As ações desencadeadas nesta área devem pautar-se pelos princípios norteadores do SUS. O princípio da universalidade explicita que todas as pessoas, indiscriminadamente, têm direito à saúde, por se tratar de direito de cidadania e dever das três esferas de governo: federal, estadual e municipal. (ALMEIDA et al, 2001, p.35)

3.7 O PRINCÍPIO DA RESERVA DO POSSÍVEL

Segundo Ferreira Filho (2006) e Silva, os autores entendem que o princípio da reserva do possível, originou-se na Alemanha, nos anos 1970, sendo igualmente conhecido como reserva do financeiramente possível.

Entende que o referido princípio consiste na garantia dos direitos já previstos no ordenamento jurídico, desde que existentes os recursos públicos correlatos.

Os mesmos autores entendem e defendem que o princípio da reserva do possível regula a possibilidade e a extensão da atuação estatal no que se refere à efetivação de alguns direitos sociais e fundamentais, tais como o direito à saúde, condicionando a prestação do Estado, à existência de recursos públicos disponíveis.

Nessa linha do pensar, acredita-se que a reserva do possível esteja intimamente atrelada as ações do poder público, em fornecer resposta a aquilo que é fundamental no meio social, na manutenção da vida em sociedade.

De acordo com Pereira (2008), a reserva do possível consiste na disponibilidade orçamentária para que o Estado realize seus serviços. Segundo o autor, é necessário que se faça uma conjugação entre o binômio: a razoabilidade da pretensão do particular deduzida em face do Poder Público, de um lado; e a existência de disponibilidade financeira do Estado para tornar efetiva a prestação dele reclamada.

Assim, os componentes do mencionado binômio (razoabilidade da pretensão/disponibilidade financeira do Estado) devem configurar-se de modo afirmativo e em situação de cumulativa ocorrência, pois, ausente qualquer desses elementos, descaracterizada estará a possibilidade estatal de efetivação do direito à saúde.

Nesta esteira entende-se que o princípio da reserva do possível funciona como uma espécie de limitação lógica à possibilidade de efetivação da prestação do serviço de saúde pela via judicial, pois o Estado nem sempre dispõe de recursos financeiros efetivos para atender toda e qualquer espécie de demanda nesse sentido. Contudo, não pode o Estado, se valer de tal princípio no sentido de justificar de forma perene o seu processo de ineficácia em oferecer aquilo que é preconizado em lei; o livre e integral acesso aos serviços consagrados nos direitos fundamentais, entre eles a saúde.

Por conseguinte, Canotilho(2000), acredita que a circunstância de o Estado alegar não ter condições de promover um atendimento integral a todos que careçam de serviço de saúde, que surgem as inúmeras insatisfações individuais e coletivas, as quais, por sua vez, acabam por desaguar no Poder Judiciário.

Por sua vez, os autores entendem que o Poder Judiciário, sensibilizado pelas alegações dos interessados em obter certa prestação estatal, muitas vezes acaba por determinar que esta providência seja executada.

O grande problema, é que o Estado, embora esteja condicionado ao cumprimento de uma determinação judicial, esbara nas suas limitações econômicas e financeiras, o que a longo prazo, favorece e fomenta o desequilíbrio financeiro do poder estatal.

Para tanto, o Judiciário chega até a desconsiderar os argumentos formulados pelos Gestores da Coisa Pública de que, naquele momento, estariam impossibilitados financeiramente de concretizar determinadas medidas. E as decisões judiciais desta natureza costumam causar sérios problemas para a Administração Pública, na medida em que passa a retirar recursos financeiros de uma área para aplicar em outra, a fim de tentar cumprir a determinação judicial, o que pode vir a causar um verdadeiro desequilíbrio administrativo, bem como o comprometimento à prestação de outros serviços públicos.

Vê-se, dessa forma, que a norma jurídica constitucional, que assegura a todos o direito de exigir do Estado a prestação do serviço de saúde, somente alcançará sua real efetividade se estiverem presentes as condições fáticas e jurídicas capazes de lhe conferir esta eficácia, pois as limitações de ordem econômica podem comprometer sobremaneira a plena efetivação dos serviços públicos, já que é essencial a existência de recursos financeiros que garantam a sua realização concreta.

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÕES DO ESTUDO

Essa pesquisa é do tipo descritivo, de abordagem quantitativa e qualitativa. Segundo Lakatos e Marconi (1991) a pesquisa quantitativa consiste em investigações de pesquisa empírica, cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos, a avaliação de programas, ou o isolamento de variáveis principais ou chaves. Caracteriza-se pela precisão e controle estatísticos, com a finalidade de fornecer dados para a verificação de hipóteses. O caráter descritivo se dar por envolver técnicas padronizadas de coleta de dados, como questionários e observação sistemática. Na pesquisa descritiva não há interferência do investigador, que apenas procura perceber, com o necessário cuidado, a frequência com que o fenômeno acontece.

Conforme Lakatos e Marconi (1991) trata-se de observação direta extensiva, com aplicação de questionários pré-elaborados fechados ou abertos.

Segundo estes autores este tipo de pesquisa se concentra dentro da lógica de estudos de programas; que dizem respeito à procura dos efeitos e resultados de todo um programa ou método específico de atividades de serviços ou auxílio, que podem dizer respeito a grande variedade de objetivos, relativos à educação, saúde e outros.

Já o descritivo-qualitativo, segundo Polit, Beck e Hungler (2004), baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores.

Minayo (2008) descreve a pesquisa qualitativa como uma lógica que responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, de maneira que assim trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A opção pelas duas abordagens da pesquisa se deve às possibilidades de complementaridade dos dados apresentados e descritos, a partir de análises que possam demonstrar um maior grau de profundidade e entendimento discutidos por diversos autores que podem divergir ou convergir em suas análises. Essa combinação na pesquisa teve a finalidade de complementaridade das linguagens fundamentais da condição humana. Sendo

assim, o estudo quantitativo nas pesquisas pode gerar diversas questões, que permitem ser aprofundadas qualitativamente e vice-versa.

4.2 LOCAIS DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida na rede municipal de saúde da cidade do Natal/RN. O processo de escolha foi definido a partir de sorteio.

Em Natal, do ponto de vista das ações administrativas e, por conseguinte das ações de Vigilância à Saúde e em Saúde ocorrem através de Distritos Sanitários. Desse modo acredita-se que é importante descrever como Natal se organiza no tocante as ações de saúde, uma vez que a cidade do ponto de vista territorial é dividida em 05 (cinco) Distritos Sanitários e esses mesmos são responsáveis especificamente por um número pré-definido de Unidades de Saúde. E são essas mesmas Unidades que interligadas em seus níveis de assistência e proporciona o funcionamento da rede de saúde da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Natal/RN.

A seguir observou-se o perfil quantitativo de cada distrito; Norte I, Norte II, Oeste, Leste e Sul, de modo a fazer a relação com o seu número de Unidades; aqui vale salientar que irá ser apontado a totalização das Unidades de Saúde por Distrito, onde será incluído as Unidades Mistas, Pronto Socorros, Prontos Atendimentos, Unidade Básica de Saúde (UBS), Unidade Saúde da Família-USF, Policlínicas e Centros de Referências (NATAL, 2006).

Abaixo segue tabela número 1 visualizando o desenho de rede dos serviços de saúde no Estado do RN, e por conseguinte no município do Natal/RN.

Quadro 1 - Rede de Serviços de Saúde no Estado do Rio Grande do Norte - 2006

Tipo de Unidades	Estaduais	Federais	Filantrópicos	Municipais	Privados	Total
Clínica / Ambulatório	2	1	3	9	21	36
Hospital	5	2	3	1	11	23
Unidade Básica	-	-	-	60	-	60
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT)	2	1	-	-	15	18
Unidade de Vigilância à Saúde	-	-	-	1	-	1
Unidade Mista	-	-	-	2	-	2
SAMU	-	-	-	1	-	1
Policlínicas	-	-	-	5	-	3

Postos de Saúde	-	-	-	1	-	5
Total	10	04	6	80	47	147

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/CNES

A rede estadual, é composta por 147 unidades, sendo 80 públicas municipais, 10 estaduais e 4 federais. De forma complementar, prestando serviço ao SUS municipal, conta-se com 6 unidades filantrópicas e 47 unidades privadas contratadas, conforme visualiza-se na tabela 1.

Na tabela número 2 visualiza-se o correspondente a rede própria de serviços ofertados pela SMS, ou seja, a rede de saúde municipal propriamente dita. Para que de posse da rede própria possamos extrair da quantidade que iremos trabalhar.

Quadro 2 – Rede própria de Serviços Municipais de Saúde. Natal/RN - 2006

Unidade	Norte I	Norte II	Sul	Leste	Oeste	Total
Unidade Básica de Saúde	14	13	8	11	14	60
Posto de Saúde	-	-	-	-	1	1
Policlínica	-	1	2	1	1	5
Clínica Especializada	-	2	1	5	1	9
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	-	1	1	2	1	5
Clínica Especializada em Odontologia	-	1	-	1	-	2
Centro de Referência de Atenção ao Idoso	-	-	-	1	-	1
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador	-	-	-	1	-	1
Unidade Mista / Maternidade	-	-	-	-	2	2
Centro de Controle Zoonoses	-	1	-	-	-	1
SAMU	-	-	-	-	1	1
Hospital Geral	-	-	-	1	-	1
Total	14	19	12	23	21	89

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/CNES

Propõem-se aqui a trabalhar com a lógica do acesso integral, e para isso se apropriará do desenho de rede municipal do natal, na área da saúde, conforme os quadros a seguir:

Quadro 3 – Desenho de rede municipal – Acesso Integral

	Norte I	Norte II	Sul	Leste	Oeste	Total
Unidade Nível de Assistência – Atenção Básica						

Unidade Básica de Saúde	14	13	8	11	14	60
Posto de Saúde-UBS	-	-	-	-	1	1
Nível de Assistência – Média Complexidade (especialidades)						
Policlínica	-	1	2	1	1	5
Clínica Especializada	-	2	1	5	1	9
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	-	1	1	2	1	5
Clínica Especializada em Odontologia	-	1	-	1	-	2
Centro de Referência de Atenção ao Idoso	-	-	-	1	-	1
Unidade Mista / Maternidade	-	-	-	-	2	2
Nível de Assistência – Alta Complexidade (Pronto Socorros e Hospitais)						
UPA e Hospital da Mulher	-	2	-	-	-	2
Hospital Geral	-	-	-	1	-	1
Total	14	17	11	18	20	88

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/CNES

Quadro 4 – Consolidado dos três níveis de Assistência

Quadro 4 – Consolidado dos três níveis de assistência						
Primeiro Nível de Assistência – Atenção Básica						
Unidade Básica de Saúde	Total					61
Segundo Nível de Assistência – Média Complexidade (especialidades) – Segundo						
Centro Especializados	Total					24
Terceiro Nível de Assistência – Alta Complexidade (Pronto Socorros e Hospitais)						
UPA e Hospital						3
Total Geral	14	17	11	18	20	88

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo deste estudo foi composta pelos usuários que frequentam os serviços das Unidades Saúde da Família, UBS, Centro Especializados, Unidade de Pronto Atendimento e Hospital da rede Municipal, nos cinco Distritos da Cidade do Natal/RN. Possuindo idade igual, e ou superior a 18 anos, de ambos os sexos.

A quantidade final da amostra foi de 520 (quinhentos e vinte) pessoas; haja vista a aplicação de 20 questionário distribuídos em 26 unidades de saúde ($20 \times 26 = 520$). Desse

total será dividido entre 200 homens e 320 mulheres, perfazendo assim um total de 520 pessoas.

A escolha por uma quantidade maior de mulher se dar em razão da ausência dos homens nas Unidades de Saúde, assim como dos programas em sua maioria oferecidos pelo governo federal, estadual e municipal contemplar em grande parte as mulheres. Programas como Pré-Natal, Planejamento Familiar, CD - Crescimento e Desenvolvimento, entre outros, embora tais programas não excluam em momento nenhum a participação e a presença do homem.

4.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A maneira como foi definida o número de Unidades se deu na **forma estratificada**. De modo que a maneira para desenvolvimento dos cálculos se acompanham da seguinte forma:

- 1.) O tempo programado para a realização da coleta foi de um período de 02 meses (Março/15 e Abril/15). O número de Unidades trabalhadas por semana foi de 03 três por semana, perfazendo assim, um total de 26 Unidades, ao final dos dois meses.
- 2.) Levando-se em consideração que o desenho de rede do município do Natal em seu entendimento integral é constituído de 80 Unidades de Saúde, e o acesso integral se materializa através da integração dos três níveis de assistência, a representatividade na qual se busca definir, perpassa pela população dos três níveis de assistência.

2.1 Primeiro Nível de Assistência – Atenção Básica. Cálculos para se obter a representatividade:

Variáveis:

88 Total de Unidades de Saúde no município de Natal

60 Unidades da Atenção Básica (Primeiro nível de Assistência)

$$\begin{array}{rclcl}
 88 & \text{_____} & 100\% & & 88 \times = 6100 \\
 61 & \text{_____} & x\% & \implies & X = 6100 / 88 \quad X = 69, 32\%
 \end{array}$$

A representatividade referente às 61 Unidades no primeiro nível de assistência (atenção básica) equivale a 69%. De modo que 69% das 26 já definidas em razão de 03 por semanas correspondem a **18 Unidades no Primeiro Nível de Assistência.**

2.2- Segundo Nível de Assistência – Média Complexidade. Cálculos para se obter a representatividade:

Variáveis:

88 Total de Unidades de Saúde no município de Natal

24 Unidades da Atenção Básica (segundo nível de Assistência)

$$\begin{array}{rcl}
 88 & \text{_____} & 100\% \\
 24 & \text{_____} & x\%
 \end{array}
 \quad \Longrightarrow \quad
 \begin{array}{l}
 88 X = 2400 \\
 X = 2400 / 88 \quad X = 27,27 \%
 \end{array}$$

A representatividade referente às 24 Unidades no segundo nível de assistência (média complexidade) equivale a 27%. De modo que 27% das 26 já definidas em razão de 03 por semanas correspondem a **07 Unidades no Segundo Nível de Assistência.**

2.3- Terceiro de Assistência – Alta Complexidade. Cálculos para se obter a representatividade:

Variáveis:

88 Total de Unidades de Saúde no município de Natal

03 Unidades(espaco a mais) de Alta Complexidade (Terceiro nível de Assistência)

$$\begin{array}{rcl}
 88 & \text{_____} & 100\% \\
 03 & \text{_____} & x\%
 \end{array}
 \quad \Longrightarrow \quad
 \begin{array}{l}
 88 X = 300 \\
 X = 300 / 88 \quad X = 3,41 \%
 \end{array}$$

A representatividade referente às 03 Unidades no terceiro nível de assistência (alta complexidade) equivale a 3,41%. De modo que 3,41% das 03 já definidas em razão de 03 por semanas correspondem a um valor inferior a 01 unidade.

Em razão do percentual da terceira representatividade, observou-se a necessidade de ponderar a quantidade nos primeiros níveis de assistência, sem comprometer a amostra final.

De maneira que, no primeiro nível de assistência iremos trabalhar com 16 (dezesesseis) Unidades, mantendo os 07 (sete) do segundo nível de assistência, e 02 (duas) no terceiro nível de assistência.

Para definir as Unidades específicas a serem trabalhadas, as mesmas foram enumeradas em três envelopes, com as especificações por nível de assistência, e assim sorteados, conforme listados abaixo:

Quadro 5 – Unidades sorteadas para realização da pesquisa

Primeira Nível de Assistência – Atenção Básica
1 USF Bom Pastor
2 USF Vista Verde
3 USF Soledade II
4 USF Parque dos Coqueiros
5 USF Pompeia
6 USF José Sarney
7 USF Vale Dourado
8 C. S. Quintas
9 USF Aparecida
10 USF Panatis
11 USF Santa Catarina
12 USF Rocas
13 C. S. São João
14 C. S. Jiquí
15 C. S. Pirangí
16 USF Alto da Torre
Segundo Nível de Assistência – Média Complexidade (especialidades)
1 Policlínica Neópolis
2 Policlínica Oeste
3 Policlínica Leste
4UPA Pajuçara
5UPA Cidade da Esperança
6 UMI de Mãe Luiza
7 UMI de Felipe Camarão
8 UMI Sandra Celeste
Terceiro Nível de Assistência – Alta Complexidade (Pronto Socorros e Hospitais)
1 Hospital e Maternidade Leide Moraes
2 Hospital e Pronto Socorro das Rocas (Hospital dos Pescadores)

4.5 COLETA DE DADOS E INFORMAÇÕES

Os dados e informações foram coletados no período de março de 2015 e abril do mesmo ano.

Foi definida uma sala, conforme termo de anuência da Secretaria Municipal de Saúde, para melhor receber os usuários e para que os mesmos pudessem se sentir mais à vontade durante a aplicação do questionário.

As entregas dos questionários foram feitas, e realizadas oferecendo as devidas explicações junto com o TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Mediante a entrega dos questionários e do TCLE e das orientações aguardou-se a sua conclusão para o recebimento dos mesmos.

4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS

Para a realização deste estudo, respeitaram-se as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, emanadas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/2012, que revogou a 196/96.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa, da UFRN.

4.7 APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A aplicação do questionário foi realizada pelo pesquisador, discente Josivan Nascimento da Costa.

O questionário foi dividido em 04 (quatro) Eixos Temáticos: 1- Percepção da Integralidade da Saúde – Atenção Básica / Nível Primário, 2- Percepção da Integralidade – Média e Alta Complexidade-Nível Secundário e Terciário, 3- Judicialização da Saúde, 4- Avaliação dos Serviços de Saúde Pública

A entrega do questionário foi feita aos usuários, onde foram fornecidas as devidas explicações junto com o TCLE. As mesmas foram assinadas e após os seus preenchimentos devolvidos.

Foi utilizado ainda um Diário de Campo, onde foram anotadas questões pertinentes à pesquisa.

Segundo Minayo (2004), neste instrumento caderno/diário de campo o investigador deve anotar todas as informações que não sejam o registro das entrevistas, ou dos questionários. Ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos entre outros aspectos afins.

As obtenções dos resultados serão formatadas e tabuladas com o auxílio do programa Windows - Excel-XP. Programa esse que auxiliam na consolidação de dados matemáticos/numéricos.

5 DISCUSSÃO E RESULTADOS

Face ao aporte referencial teórico, tendo como norte para discussão os preceitos basilares da Constituição no que tange aos princípios fundamentais da dignidade da pessoa humana, uma vez que, saúde é um direito essencial a manutenção da vida humana. Entendendo como premissa basilar que a saúde em seu conceito amplo é condição indispensável à garantia da vida humana, e que a ausência do acesso “integral” a esta, não apenas limita a reabilitação à saúde, mas compromete toda sua dignidade humana no que tange ao direito à vida.

De acordo com as referências pesquisadas, percebe-se adentrando no olhar - na percepção daqueles que utilizam dos serviços de saúde pública, a necessidade de ampliar o conhecimento no que se refere aos direitos e garantias de acesso à uma saúde de qualidade. Tal conhecimento passa ainda por um processo de formatação, e de consolidação, conforme veremos a seguir.

O questionário instrumento de pesquisa desse estudo foi dividido em quatro (04) eixos temáticos, para melhor expressar aquilo que buscamos contextualizar, nos objetivos enunciados. Os eixos se deram na seguinte ordem: 1- Percepção da Integralidade da Saúde – Atenção Básica - Nível Primário; 2- Percepção da Integralidade da Saúde – Média e Alta Complexidade - Nível Secundário e Terciário; 3- Judicialização da Saúde; 4- Avaliação dos serviços de saúde pública:

Partindo sob os aspectos principiográficos emanados da CF/88, em consonância com os princípios basilares da Lei Orgânica de Saúde - LOS - 8.080/90. Tomando como norte as premissas estabelecidas pelas políticas de saúde adotadas pelo Ministério da Saúde do Brasil, através do seu Sistema Único de Saúde, chegamos aos seguintes resultados:

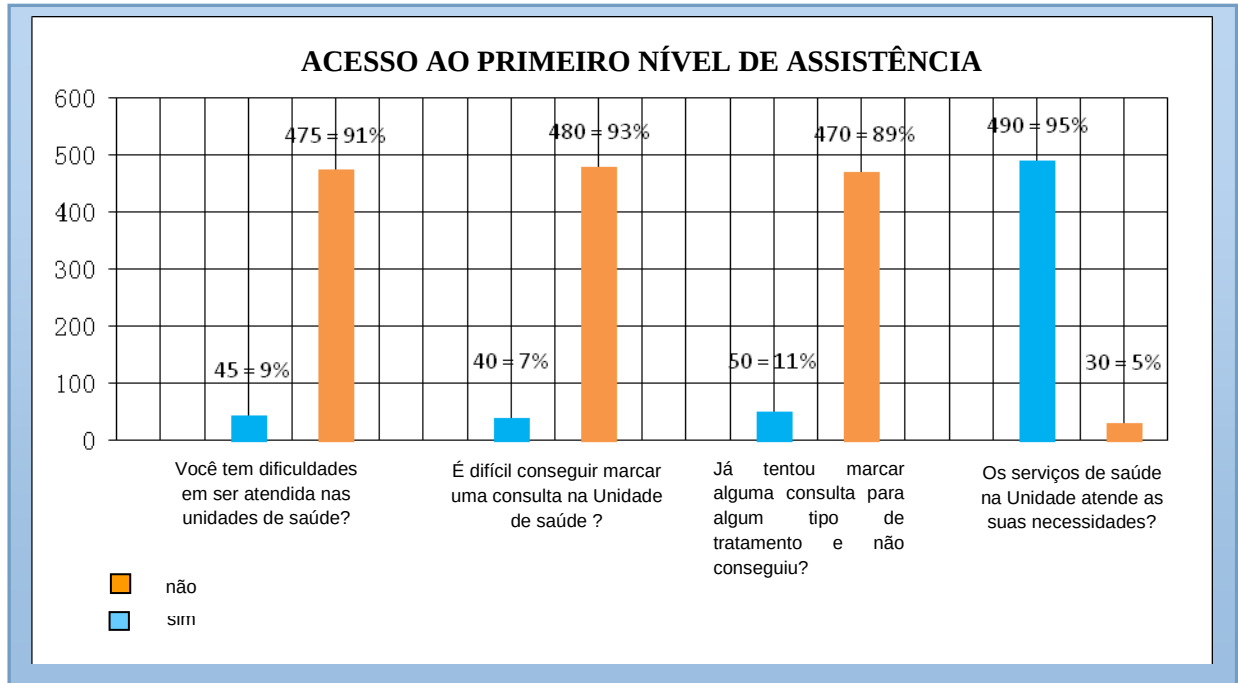
No primeiro Eixo Temático: **Percepção da Integralidade da Saúde – Atenção Básica - Nível Primário**

Dentro da lógica do acesso - no que tange ao primeiro nível de acesso, foi questionado aos usuários se os mesmos tinham dificuldades em ser atendidos nas Unidades de Saúde.

O **gráfico número 1** - mostra que de um total de 520 questionários aplicados - quando os usuários foram perguntados se tinham dificuldade em ser atendidos nas unidades de saúde - 91 % (noventa e um por cento) responderam que não, e apenas 09% (nove por cento) responderam que sim. Na linha da primeira pergunta foram feitas mais três conforme

demonstrado no gráfico, no intuito de observar à certeza quanto aquilo que se buscou identificar - a realidade conjuntural da saúde no primeiro nível de assistência.

Gráfico 01



Ora, a leitura do gráfico em sua interpretação é límpida, se observarmos os resultados vamos ver que na média das totalidades, mais de 91% (noventa e um por cento) dos entrevistados afirmaram não ter dificuldade no acesso aos serviços de saúde - o que a princípio é um resultado bastante positivo, contudo é importante observar dois aspectos:

Primeiro: O acesso de 91% (noventa e um por cento) se deu na atenção básica (nível primário)

Segundo: 9% (nove por cento), afirmaram ter tido algum tipo de dificuldade no acesso.

Embora possa ser visualizado um acesso muito próximo da sua totalidade, não podemos desprezar ou mesmo descartar o percentual que afirmou ter tido alguma dificuldade, haja vista, que a Constituição de 1988 é catedrática ao trazer no seu texto o acesso a saúde como um direito de todos.

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

Ora, embora o percentual que se observe quanto o acesso tenha superado os 90% (noventa por cento), identificou uma parcela mesmo que pequena que apresentou alguma dificuldade no acesso. E o mais interessante é que essa dificuldade se deu no primeiro nível de assistência, que na prática é a onde o acesso se faz de forma mais isonômica.

Quando se observa a luz da Constituição Federal, o Art. 196, adota no seu conceito do acesso a saúde uma conotação ampliada e que requer do Estado o dever de elaborar políticas sociais e econômicas que permitam o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Não o bastante, o que ainda pode ser aduzido do gráfico número 01 (um), é que mesmo após a promulgação da constituição em 1988, e mesmo da Lei orgânica da saúde de 1990; lei 8.080/90, que institui o Sistema Único de Saúde, ou seja, após 27 anos, ainda se observe a necessidade de consolidação prática do modelo de acesso aos serviços de saúde na sua universalidade, integralidade e de forma igualitária.

O texto da Constituição brasileira afirma ser dever do Estado garantir “o **acesso universal e igualitário aos serviços de saúde** para sua promoção, proteção e recuperação”. Nesse mesmo texto, o que chamamos de integralidade aparece como um dos princípios do SUS: “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. Ambos os trechos têm em comum o fato de articularem diversas dimensões ou lógicas das ações e dos serviços de saúde: promoção, proteção e recuperação, no primeiro, e atividades preventivas e assistenciais, no segundo (MATTOS, 2004, p.14-13).

Entende que um dos pontos mais importantes para que o resultado se dê em um patamar razoável quanto ao acesso, poderia sem dúvida ser atribuída as políticas de implantação da ESF.

A Estratégia Saúde da Família dentro dos princípios constitucionais, atende em quase sua totalidade o acesso ao primeiro nível de assistência. O que se presenciou na tabulação dos dados, e estes corresponde em parte a realidade que foi demonstrada no cenário da pesquisa, de que o acesso no primeiro nível de assistência se desenhe dentro de uma conotação com tendência favorável, o mesmo não ocorrerá quando estes mesmos usuários, ao serem atendidos nas primeiras consultas, tiverem que ser encaminhados ao segundo nível de assistência e ou mesmo ao terceiro, conforme poderá ser visto a seguir.

No segundo Eixo Temático: **Percepção da Integralidade da Saúde – Média e Alta Complexidade - Nível Secundário/média complexidade e Terciário/alta complexidade**

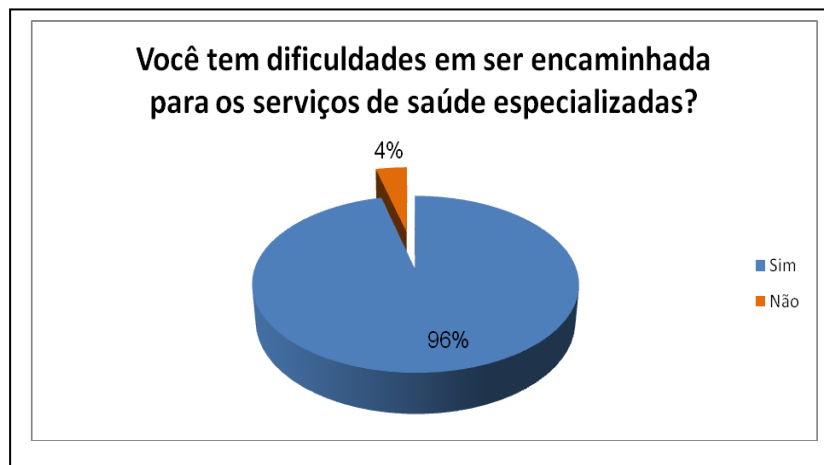
Dentro da lógica do acesso - no que tange ao primeiro nível de acesso, foi questionado aos usuários se os mesmos tinham dificuldades em ser atendidos nas Unidades de Saúde.

O **gráfico número 2** - mostra que de um total de 520 questionários aplicados - quando os usuários foram perguntados se tinham dificuldade em ser encaminhados para os serviços de saúde especializadas - 96 % (noventa e um por cento) responderam que sim, e apenas 04% (quatro por cento) responderam que não.

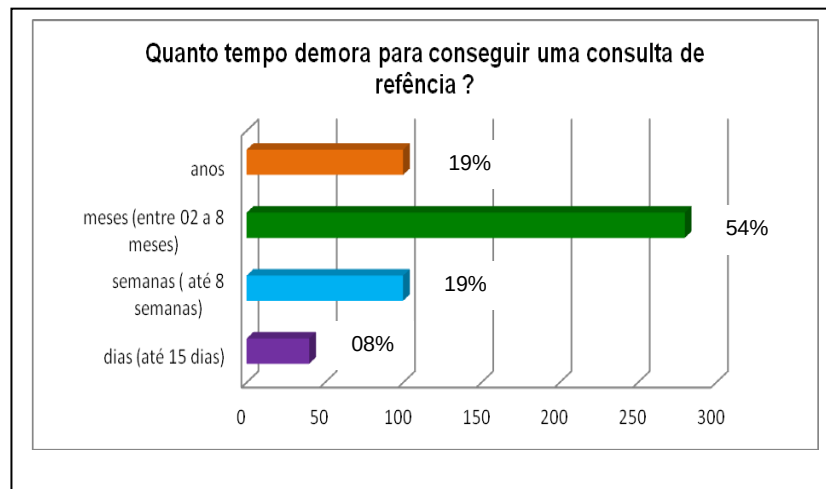
Percebe-se que inversamente proporcional ao acesso no primeiro nível de atenção, no que tange ao segundo nível - quando o usuário é encaminhado para especialização esse acesso praticamente em sua totalidade apresenta algum tipo de dificuldade.

Ora, conforme demonstrado no gráfico, 96% (noventa e seis por cento) dos usuários apresentaram algum tipo de dificuldade ao tentar utilizar o segundo nível, o que implica que a sua saúde, será devidamente comprometida, haja vista, que é no segundo nível de assistência que se apresenta os exames de diagnósticos com maior impacto, como; tomografias, ressonâncias, exames laboratoriais específicos, dentre outros de maior complexidade.

Gráfico 02



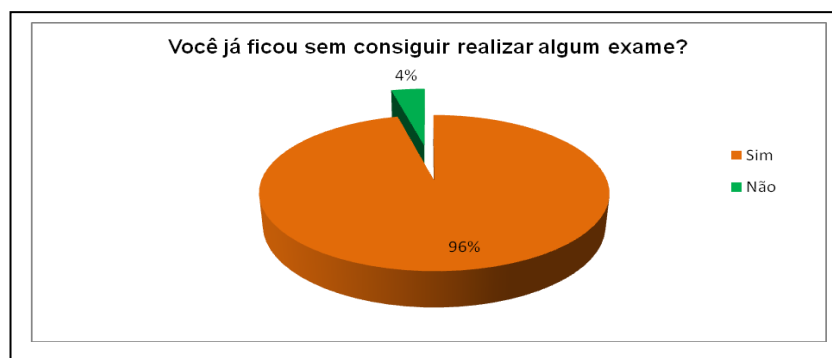
Ainda, em relação as dificuldades quanto ao acesso no segundo nível de assistência, existe uma particular condicionante que agrava ainda mais a resolução dos usuários no tocante ao atendimento, o fato se concerne no tocante ao lapso temporal, que se constrói entre a primeira consulta (atenção básica/nível primário) e o encaminhamento ao nível de assistência secundário - através da regulação/referência, conforme se descreve no gráfico 03.

Gráfico 03

No gráfico número 03 - Se for pego como exemplos doenças que o avanço degenerativo, ou mesmo, que possuam severidade quanto ao seu avanço, ou mesmo, que sejam doenças crônicas de tratamento contínuo, se estas não são diagnosticadas em tempo hábil, no mínimo irá colaborar no agravamento desta, podendo propiciar lesões irreversíveis, quando por ocasião de possíveis tratamentos.

A análise do gráfico 03, permite enxergar números preocupantes, se somar, o lapso temporal de anos (19%), que já é bem acentuado, ao número do lapso temporal que varia de 02 a 08 meses (54%), se encontra um percentual na razão de 73% (setenta e três por cento).

Prosseguindo na análise, o gráfico 04, traz a ratificação dos demais gráficos deste eixo temático, contudo de uma forma mais objetiva, ou seja, 96% (noventa e seis por centos), dos usuários do SUS, em algum momento conforme os dados sinalizaram, ficaram sem a devida assistência.

Gráfico 04

Ora, em consonância a tudo que já foi exposto o tocante aos Direitos Fundamentais e Sociais delineados na CF/88, e decorrido em todo o ordenamento jurídico brasileiro,

conforme já foi apresentado anteriormente, é límpido quanto ao direito e as garantias que norteia a manutenção da dignidade da pessoa humana, tal princípio - quando observado no desenho do gráfico, entende que não obteve a devida atenção, uma vez que na prática existe uma demora acentuada no acesso ao segundo nível de assistência.

Fato é, que diante dos resultados encontrados, não resta dúvidas, que para aqueles que tiveram obste as suas pretensões de exercer o direito de acesso à saúde, encarar tal realidade, no mínimo traduz um desconforto, e fere o princípio da dignidade da pessoa humana.

Nas palavras de Cury (2005) “o direito a saúde é o principal direito fundamental social encontrado na Lei Maior brasileira, diretamente ligado ao princípio maior que rege todo o ordenamento jurídico pátrio: o princípio da dignidade da pessoa humana – razão pela qual tal direito merece tratamento especial. ”

No decurso da pesquisa entende que o **acesso não tem que chegar a uma maioria, mas sim, que o acesso deve, e tem que chegar a todos.**

A legislação é clara e sinaliza no seio social de maneira integral para o acesso, conforme ainda pode se ver através de leis específicas: **a Lei do SUS, o Estatuto do Idoso e o Estatuto da Criança e do Adolescente.**

A Lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8.080/90, regulamenta os artigos 196 e seguintes da Constituição Federal e dispõe nos artigos 6º, inciso I, alínea "d" e 7º, incisos I e II:

“Art. 6º. Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

*d) de **assistência terapêutica integral**, inclusive farmacêutica;”*

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

*II - **integralidade de assistência**, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;”*

Pouco tempo antes da edição da Lei n. 8.080/90, o ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente já previa no §2º do seu art. 11:

*“Art. 11. É assegurado **atendimento integral** à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.*

Em 1º de outubro de 2003 foi editada a Lei n. 11.741, Estatuto do Idoso, que dispõe:

15. É assegurada a **atenção integral à saúde do idoso**, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

Diante da análise dos eixos temáticos, que trouxeram a discussão sobre o acesso na sua condição integral, não restam dúvidas que o direito constitucional à saúde pública possui a (possui ou não possui integralidade) integralidade de assistência como diretriz prevista no artigo 198, inciso II, da Constituição Federal e como princípio expresso no artigo 7º, inciso II, da Lei 8.080 de 1990.

Tavares (2008) e Martins (2008), afirmam que a respeito da saúde é garantido a integralidade de assistência conforme escrevem Tavares (2008) e Martins (2008), tutelando um bem estar físico, mental, social, a prevenção e o tratamento de doenças e enfermidades. O direito à saúde pública é pautado na universalidade de cobertura e na integralidade de assistência. A assistência integral deve ser compreendida com um conjunto de ações e serviços que buscam informar, prevenir e tratar as doenças e agravos à saúde, garantindo ao indivíduo a proteção do seu potencial biológico e psicossocial e a recuperação de sua saúde.

No terceiro Eixo Temático: **Judicialização da Saúde**, foi questionado aos usuários do SUS, quanto ao conhecimento em poder recorrer ao Judiciário para garantir seus direitos, e se diante desse conhecimento, em algum momento tinha feito uso dele.

Frente a estes questionamentos 56% (cinquenta e seis por cento) responderam que desconhece o acesso através da judicialização, por sua vez 44% responderam que tem o conhecimento - conforme se demonstra no gráfico 05. Todavia, ao perguntar se algum dos usuários já haviam em algum momento sob alguma circunstância recorrido ao judiciário para ter garantido seu acesso, ou a continuidade dos serviços - apenas 15% ingressaram com algum tipo de ação, conforme se observa nos gráficos 06.

Gráfico 05

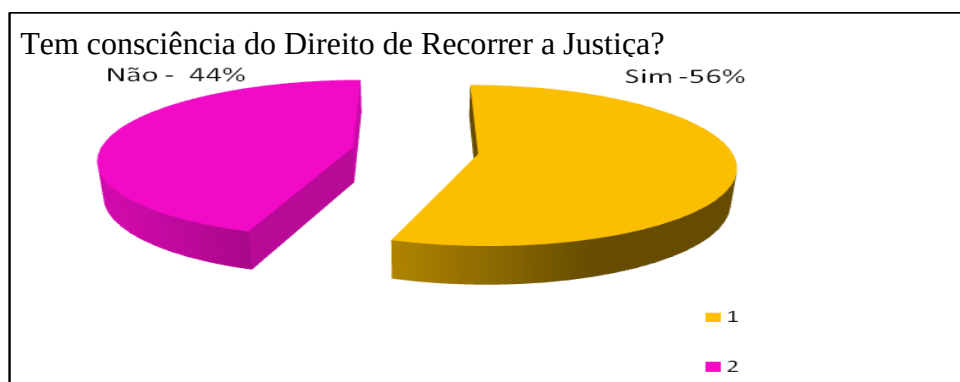
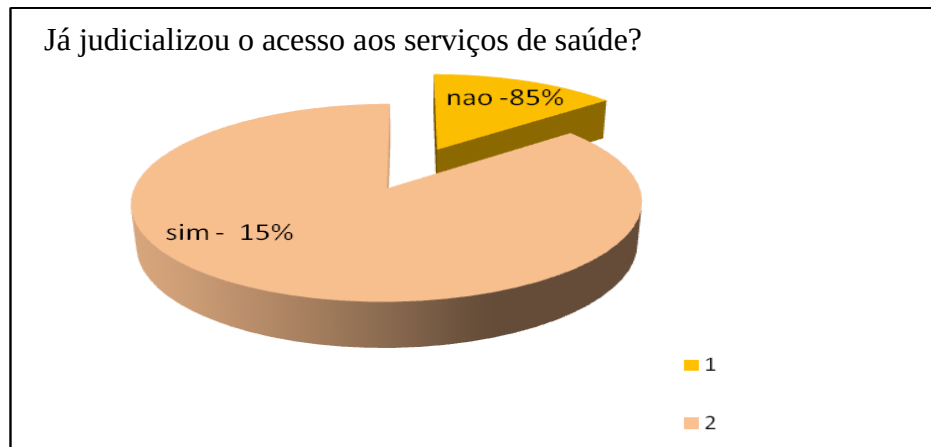


Gráfico 06

De acordo com Oliveira (2001), e Alexy (2008), pode-se concluir que sendo a saúde um direito fundamental das pessoas e considerando-se a auto-aplicabilidade dos regramentos protetivos ditados pela Constituição Federal, em consonância com o comando advindo de expressas e claras disposições de normas infraconstitucionais, na falta do Poder Público na prestação dos serviços assistenciais que lhe competem, haverá de se garantir a efetivação daquele direito mediante o instrumental jurídico da alçada do Poder Judiciário.

São regras basilares de nosso Direito Positivo, inerentes ao sagrado direito de acesso à Justiça: "a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito" (artigo V, inciso XXV da Constituição Federal)", porquanto "a todo direito corresponde uma ação que o assegura" (artigo 75 do Código Civil). Os meios legais de proteção judicial do direito à saúde compreendem a plenitude dos remédios constitucionais e processuais, sejam individuais ou coletivos, no intuito de obter plena e efetiva assistência. (OLIVEIRA, 2001, p. 47)

Diante dos resultados aferidos nos gráficos 5 e 6, o que se observa é que, em relação aos primeiros eixos temáticos que lidam especificamente com o acesso aos serviços de saúde, e concluiu-se que na forma integral, a saúde não vem sendo desenvolvida em conformidade com a forma prescrita na Constituição, de modo, que percebe de modo claro a violação aos preceitos constitucionais e também infraconstitucionais, a razão para tal fato, segundo alguns estudiosos e doutrinadores tem explicação.

Segundo Barroso (2009) e Sarlet (2008), inúmeros seriam os fatores que contribuem para a violação por parte do Estado do dever constitucional e infraconstitucional pertinentes à efetivação do direito à saúde - conforme se anunciou no início da pesquisa.

De acordo com o Barroso (2009), um fator é inerente ao processo demográfico; e o próprio aumento da demanda conduzido sociedade brasileira, um outro fator seria a diminuição da capacidade do Estado em efetivar o direito à saúde, em decorrência de políticas públicas eficientes, bem como do gerenciamento e financiamento destas políticas públicas.

Ainda, no entendimento de Barroso (2009), a integralidade no tocante ao acesso e a continuidade do tratamento, e o direito constitucional à saúde pública estão condicionados aos recursos e investimentos existentes. Neste sentido incide o Princípio da Reserva do Possível que segundo este tende a mitigar os direitos sociais.

Nesse sentido, Barroso (2009), pontua, que na prática a Reserva do Possível tem sido o fundamento dos Estados buscando justificar a omissão para a efetivação dos direitos sociais, buscando afastar a intervenção do Poder Judiciário na efetivação de tais direitos, por meio da comprovação de ausência de recursos orçamentários suficientes para tanto. Barroso (2009) afirma que os recursos públicos não são suficientes para atender as demandas sociais, restando ao Estado direcionar o orçamento de acordo com as prioridades:

A verdade é que os recursos públicos são insuficientes para atender todas as necessidades sociais, impondo ao Estado a necessidade permanente de tomar decisões difíceis: investir recursos em determinado setor sempre implica deixar de investi-los em outros. (BARROSO, 2009, p.37)

Se contrapondo à reserva do possível, Canotilho (2000), apresenta a seguinte contribuição - a lei é condicionante da concretização do direito fundamental, as crises econômicas tendem a aniquilar a força normativa dos princípios que consagram direitos fundamentais, contudo o Instituto da Reserva do Possível deve ser submetido ao Princípio da Proibição do Retrocesso Social, sendo uma limitação fática, violando a segurança jurídica e social, uma vez que poderia violar direitos fundamentais e sociais consagrados, bem como obstar a efetivação dos mesmos.

Canotilho (2000), e Tessler (2001) reconhecem que a respeito da reserva do Possível - a limitação da disponibilidade econômica dos gastos elevados com políticas públicas devem ser observados de forma minuciosa, entretanto, questionam o argumento dos Estados em relação à carência e escassez de recursos, uma vez que estes devem estar condicionados a uma programação e a um planejamento.

Ainda segundo Canotilho (2000), a necessidade de previsão orçamentária é apontada, muitas vezes, como um limite à atuação do Estado para a efetivação de direitos sociais. Trata-se de pensamento equivocado, pois a necessidade de previsão orçamentária para

realização de despesas públicas é regra dirigida essencialmente ao administrador, não ao juiz, que pode deixar de observar o preceito para concretizar uma outra norma constitucional, através de uma simples ponderação de valores. A Constituição Federal de 1988 veda o início de programas ou projetos não incluídos na lei orçamentária anual (art. 167, inc. I), a realização de despesas que excedam os créditos orçamentários (art. 167, inc. II), bem como a transposição, o remanejamento ou a transferência de recursos de uma categoria de programação para outra ou de um órgão para outro, sem prévia autorização legislativa (art. 167, inc. VI).

Nesta seara, percebe-se, de forma clara, que por parte do constituinte, houve toda uma preocupação em legislar também no tocante ao planejamento de todas as despesas realizadas pelo Poder Público. Contudo, entende-se que o juiz possui liberdade, conforme previsto no nosso ordenamento jurídico, quanto a possibilidade de ordenar que o Poder Público realize determinada despesa para fazer valer um dado direito constitucional.

Silva (2001) apresenta a seguinte discussão nesse sentido - em caso concreto de colisão entre a previsão orçamentária versus direito fundamental a ser concretizado, estariam no mesmo plano hierárquico, cabendo ao juiz dar prevalência ao direito fundamental dada a sua superioridade axiológica em relação à regra orçamentária.

Em razão de um caso concreto, vale trazer à tona uma importante decisão proferida pelo Min. Celso de Mello, do Supremo Tribunal Federal, ao apreciar a Pet. 1.246-SC, vejamos: “[...] entre proteger a inviolabilidade do direito à vida e à saúde, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado a todos pela própria Constituição da República (art. 5º, caput e art. 196), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo - uma vez configurado esse dilema - que razões de ordem ético-jurídica impõem ao julgador uma só e possível opção: aquela que privilegia o respeito indeclinável à vida e à saúde humana.”

Ora, tomando com norte de interpretação, fica demonstrado, que trazer o simples argumento de limitação orçamentária, mesmo que se apresentem pontos relevantes e de observância indispensável para a análise da questão, não basta para limitar o acesso dos cidadãos ao direito à saúde garantida pela Constituição Federal, conforme ficou evidenciado na pesquisa, na análise dos dados, onde 96% (noventa e seis por cento), afirmaram que em algum momento que necessitou dos serviços de saúde no tocante a concretizar essa integralidade da assistência, teve seu direito violado.

Por conseguinte, a discussão se amplia quando o descontentamento dos usuários enfim chega no âmbito do judiciário, e consequentemente produz jurisprudências - nesse

sentido, observa-se o que estão decidindo alguns Tribunais a luz do nosso ordenamento jurídico:

A jurisprudência do STJ também apresenta condição de destaque e relevância no tocante ao direito à saúde, ao respeito à vida e à dignidade em primeiro plano, na virtuosidade da norma jurídica, no valor a ser perseguido pela sociedade concretamente humana.

Tendo em vista as particularidades do caso concreto, faz-se imprescindível interpretar a lei de forma mais humana, teleológica, em que princípios de ordem ético-jurídica conduzam ao único desfecho justo: decidir pela preservação da vida. (Recurso Ordinário em Mandado de Segurança nº 11183/PR, STJ).

Ainda compartilham deste posicionamento.

CONSTITUCIONAL E PROCESSUAL CIVIL- AÇÃO CIVIL PÚBLICA- LEGITIMIDADE - MPF E UNIÃO FEDERAL. 1. O MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, está autorizado a ajuizar ação civil pública na defesa da moralidade pública e também para preservar a saúde pública (CF, art. 129, III). 2. Ilegitimidade da União que não integrou a relação processual porque não é titular de direito algum. 3. Recurso improvido. (AG 1997.01.00.0500345, TRF1, Quarta Turma, Relatora Juíza Eliana Calmom, Data da decisão 04/02/1998, DJU 12/03/1998, p. 125).

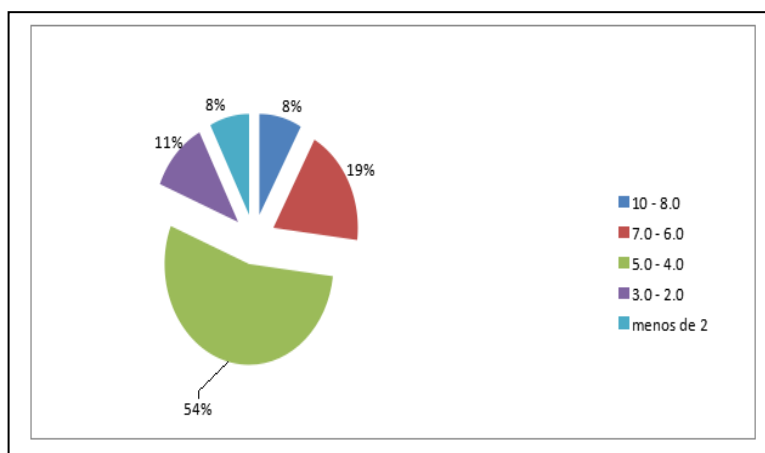
No mesmo sentido e entendimento, e, por conseguinte preocupado com a dignidade da pessoa humana, revela o Supremo Tribunal Federal que o art. 196 da Constituição Cidadã de 1988 deve ser efetivado, de forma que torne a saúde, concretamente, o direito de todos e dever do Estado.

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA DE MEDICAMENTOS A PESSOAS CARENTES. O reconhecimento judicial da validade jurídica de programas de distribuição gratuita de medicamentos a pessoas carentes, inclusive àquelas portadoras do vírus HIV/AIDS, dá efetividade a preceitos fundamentais da Constituição da República (arts. 5, caput, e 196) e representa, na concreção do seu alcance, um gesto reverente e solidário de apreço à vida e à saúde das pessoas, especialmente daquelas que nada têm e nada possuem, a não ser a consciência de sua própria humanidade e de sua essencial dignidade. (Recurso Extraordinário 271.286/RS, STF, Relator Ministro Celso de Mello, Informativo do STF nº. 210, p. 3).

Por fim, dentro do último Eixo Temático (5), a pergunta se faz no sentido mais genérico, para que se possa ter uma nítida interpretação, quanto à qualidade observada pelos usuários que utilizam os serviços de saúde pública em nossa cidade.

A última pergunta se fez com o objetivo de aplicar uma nota - a partir da percepção dos usuários, conforme tudo que foi observado na aplicação do questionário, para que ao final fosse possível ter uma radiografia de como os serviços de saúde são avaliados, construindo assim a ponte final, entre o que se posta na Constituição, e o que realmente se encontra na prática, na realidade diária. Essa avaliação encontrasse bem delineada no gráfico 07.

Gráfico 07



Percebe-se no gráfico número 07 (sete) que 54% (cinquenta e quatro por cento) dos usuários deram uma nota que variava de 5,0 à 4,0, ou seja, mais da metade dos usuários deram uma nota regular. Ao somar os 54% aos resultados de 3,0 a 2,0 que se fizeram na ordem de 8% (oito por cento), e ainda aos que avaliaram com uma nota inferior a 2,0 - que representam também 8% (oito por cento) teríamos um total de 70% (setenta por cento).

Ora, com essa avaliação, percebe-se nitidamente que há muito o que se fazer, os dados identificados na pesquisa mostram na perspectiva dos usuários, que o quadro de saúde que hoje se tem, ainda está longe de ser o ideal, e não o bastante, encontrasse distante daquele modelo de saúde norteado pela nossa carta magna em consonância com a lei 8.080/90 (LOS).

Por fim, pode-se concluir que a respeito da saúde é garantido a integralidade de assistência conforme escrevem Tavares (2008) e Martins (2008), tutelando um bem estar físico, mental, social, a prevenção e o tratamento de doenças e enfermidades.

O direito à saúde pública é pautado na universalidade de cobertura e na integralidade de assistência. A assistência integral deve ser compreendida como um conjunto de ações e serviços que buscam informar, prevenir e tratar as doenças e agravos à saúde, garantindo ao indivíduo a proteção do seu potencial biológico e psicossocial e a recuperação de sua saúde. Tavares (2008) e Martins (2008).

Nesta esteira, ao longo do trabalho percebe-se e conclui-se que no primeiro nível de assistência; no tocante a atenção básica, muito próximo da totalidade da população tem acesso,

contudo, quando esta mesma população é exposta ao segundo nível de assistência, média complexidade, o acesso é dificultado em quase seu todo, ou seja, em média 96% afirmaram ter tido algum tipo de dificuldade em garantir seu acesso.

Não o bastante no terceiro nível de assistência, o que lida com procedimentos mais complexo, como transplantes, tratamentos contra o câncer e demais doenças degenerativas, o acesso também é bastante difícil.

Conclui-se assim, que o acesso integral a saúde na rede municipal de saúde da cidade do Natal/RN, possui pontos positivos, contudo requer uma atenção muito grande no tocante aos níveis secundários e terciários, para que a população possa realmente usufruir da integralidade no seu conceito mais amplo e eficiente. De modo que a conclusão para referida pesquisa é que o acesso integral a saúde, na percepção dos usuários do sistema único de saúde, não ocorre nos moldes que preceitua a Constituição Federal/88, uma vez que, o acesso ao segundo nível da assistência, se encontra comprometido, por não atender em média mais de 94% dos usuários do Sistema Único de Saúde.

Nesta seara de discussão apresenta-se como sugestões para que possa diminuir a distância entre o que se observa na prática e o que se encontra balizado na Constituição e demais leis infraconstitucionais:

1- Investimento em Educação: Permitir que as pessoas discutam e possam compreender melhor seus direitos – para que a partir deste conhecimento – possam buscar a materialização deste, no dia a dia.

2- Projeto de Lei (na esfera federal) – Que Direcione recurso pontual para os serviços de saúde pública – Direcionado aos serviços de Assistência de Média e Alta complexidade (secundária e terciária);

3- Investimento na rede própria de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo das duas últimas décadas a constituição brasileira, vem passando por um processo de consolidação.

Entende-se que este processo é dinâmico, contínuo e ao mesmo tempo implica em adaptações, mudanças, limitações e ampliações no tocante à forma como se vive em sociedade.

Diante de tudo que foi discutido e apresentado nesta pesquisa, entende-se, preliminarmente, que a manutenção da vida humana demanda de ações e de políticas do Estado, bem como de toda a sociedade, conforme inscrito no rol do artigo 5º da Constituição Federal de 1988. A tutela da vida humana se dá por intermédio de ações na área da segurança pública, da educação, da moradia e, sem dúvida, da saúde. Assim, pode-se compreender que os direitos sociais são instrumentais em relação aos direitos fundamentais individuais previstos no artigo 5º da Constituição Brasileira.

Como foi visto, a saúde é sem dúvidas, senão o primeiro, um dos principais componentes na manutenção da vida humana, seja como premissa natural de sua existência, seja como respaldo para qualidade de vida. Nesse sentido a saúde se liga intimamente com o direito à vida.

Entende-se que dentro da proposta alcançada neste trabalho, o direito constitucional à saúde pública possui a integralidade de assistência como diretriz prevista no artigo 198, inciso II, da Constituição Federal e como princípio expresso no artigo 7º, inciso II, da Lei 8.080 de 1990, contudo, o que a pesquisa proporcionou, foi observar na prática o quanto o acesso integral aos serviços de saúde, não ocorrem, conforme os princípios basilares da lei 8.080/90, e dos preceitos constitucionais que versam sobre o tema.

Assim, conclui que a referida pesquisa no conceito do acesso integral a saúde, na percepção dos usuários do sistema único de saúde, não ocorre nos moldes que preceitua a Constituição Federal/88, uma vez que, o acesso ao segundo nível da assistência, se encontra comprometido, por não atender em média mais de 94% dos usuários do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos Fundamentais**. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. 5. ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Rev. Interface-Comun Saúde Educação**, v. 4, Brasília, 2005. p. 24-45.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2000.

_____. Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família, série A. **Normas e Manuais – Ministério da Saúde**, Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Atenção Básica, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 648/GM**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Brasília, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da Saúde. **Promoção da Qualidade de vida – SUS**. Brasília, 2006c.

_____. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988b. Disponível: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/Constituicao/Constituicao.htm>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

_____. Legislação Federal, 1990. **Lei Nº 8.080 - Lei Orgânica de Saúde**, 1990a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2014.

_____. Legislação Federal, 1990. **Lei Nº 8.142**, 1990b. Disponível: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em 18 de agosto de 2014;

BARROSO, Luis Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: Direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial, **Revista de Direito Social**, v.34, n.11, abr./jun. 2009.

CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S.; SILVA, E.M.; MISHIMA, S.M. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, 2000. p.76-90.

CANGUILHEM, G. O. Normal e patológico. In: CZERESNIA, Freitas C. M. D. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.15-70.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 4. ed. Coimbra: Almedina, 2000.

CARVALHO, S.R. **Saúde coletiva e promoção à saúde: Uma reflexão sobre o tema do sujeito e da mudança**. 102 f. 2002. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Sistema Único de Saúde. **SUS: Avanços e Desafios** : Brasília, 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Sistema Único de Saúde - **(Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1)**: Brasília, CONASS, 2011.

CURY, Ieda Tatiana. **Direito fundamental à saúde: evolução, normatização e efetividade**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2005.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção: Paradigma da Produção Social da Saúde. In: _____. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Direitos Humanos Fundamentais**. 8. ed., rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2006.

GOMES, M.C.P.A; Roseni Pinheiro -Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Revista Brasil Saúde**, 2005.

GOMES, M.C.P.A. **A qualificação do Encontro entre profissionais de saúde e usuários**, 2 ed. São Paulo: Ática, 2005.

INOJOSA, Rose Marie. **Acolhimento**: a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários, São Paulo: Editora Hucitec, 2005.

LADEIRA, Fernando de Oliveira Domingues. Direito à saúde: a problemática do fornecimento de medicamentos. **Cadernos Jurídicos**, São Paulo, v. 10, n. 32, p. 105-127, maio/ago. 2009.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LAMPERT, J.B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. 2002. 99 f. (Tese Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, 2002.

MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito da seguridade social**. 25. ed. São Paulo:Atlas, 2008.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

_____. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2004. p. 56-80.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, E.E, **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Editora Hucitec, 2003. p. 10-70.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOROSINI, M.V.G.C, CORBO, A.D.A (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007.

NEVES, C. A. B, ROLLO, A. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Cartilha: Textos básicos em saúde. Brasília, DF: MS, 2006.

PAIM J.S. **Políticas de descentralização e Atenção Primária à Saúde**. In: ROUQUAYROL M.Z, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. p. 10-110.

PEIXINHO, A.L. **Educação médica: o desafio de sua transformação** [Tese].Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2001. 120p.

PEREIRA, Cesar A. Guimarães. **Usuários de serviços públicos**: usuários, consumidores e os aspectos econômicos dos serviços públicos. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2008. p.319

POLIT, D.F.; BECK.C.T, HUNGLER, B.P.; **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**:métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre-RS: Artmed. 2004.

NATAL. Prefeitura Municipal do Natal. Secretaria Municipal de Saúde. **(Re)desenhando a Rede de Saúde na Cidade do Natal**, Natal, RN, 2007.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 6. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

SCAFF, A. **SUS**: Sistema Único de Saúde. 1998. Disponível em: <<http://www.consaude.com.br/sus/indice.html>>. Acesso em: 19 maio 2009.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 26. ed., rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2006.

TAVARES, Marcelo Leonardo. **Direito previdenciário**. 10. ed. rev. atual. e ampl. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2008.

TESSLER, Marga Inge Barth. O Direito à Saúde como Direito e como Dever na Constituição Federal de 1988. **Revista Direito Federal**, n. 67, Brasília: Ajufe, 2001.

VIANA, A.L. Reforma em Saúde no Brasil. Análise da Formulação e Implementação do Programa,de Saúde da Família: a experiência de Cotia. In: _____. (Coord.). **Reforma em Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1998 (Série Estudos em Saúde Coletiva, 161). 2005.

GLOSSÁRIO

Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade: Clínica Especializada destinada à assistência ambulatorial em apenas uma especialidade/área da assistência. (Centro Psicossocial, Reabilitação, odontologia etc.)

Hospital Geral: Hospital destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência e habilitações especiais.

Policlínica: Unidade de saúde para prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo ou não as especialidades básicas, podendo ainda ofertar outras especialidades não médicas.

Posto de Saúde: Unidade destinada à prestação de assistência a uma determinada população, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou não do profissional médico.

Unidade Básica de Saúde: Unidade para realização de atendimentos de atenção básica integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista em pediatria e ginecologia, podendo ou não oferecer Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT e Pronto Atendimento 24 Horas.

Unidade de Saúde da Família: Unidade pública ESPECÍFICA para prestação de assistência em atenção contínua programada nas especialidades básicas e com equipe multidisciplinar para desenvolver as atividades que atendam as diretrizes da Estratégia Saúde da Família – ESF, do Ministério da Saúde.

Unidade Mista: Unidade de saúde básica destinada à prestação de atendimento em atenção básica e integral à saúde, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais, com unidade de internação, sob administração única. A assistência médica deve ser permanente e prestada por médico especialista ou generalista. Pode dispor de urgência/emergência e SADT básico ou de rotina.

APÊNDICE A



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE - UNI
CURSO DE DIREITO**

Rua Prefeita Eliane Barros, 2000 – Tirol, Natal, RN.
CEP: 59014-540. Fone/fax: (84) 3215-2917/3215-2918. E-mail: www.unirn.edu.br

Natal/RN, 16 de Setembro de 2014

Ilustríssimo Senhor
Cipriano Maia de Vasconcelos
Secretaria Municipal de Saúde – Natal/RN

A Coordenação do Curso de Direito do Centro Universitário do Rio Grande do Norte-UNI, vem por meio deste, solicitar a autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **“O ACESSO INTEGRAL À SAÚDE COMO UM DIREITO CONSTITUCIONAL: A partir da percepção dos usuários do Sistema Único de Saúde, na rede de saúde municipal da cidade do Natal/RN”**. Pesquisa essa a ser realizada na rede de Saúde do Município do Natal/RN, pelo discente Josivan Nascimento da Costa, sob orientação do Prof. Dr. Everton da Silva Rocha, que utilizará da pesquisa de campo, com contextualização do tipo descritivo, de abordagem quantitativa e qualitativa. Tendo como objetivo principal, analisar na percepção dos usuários do Sistema Único de Saúde, se os serviços ofertados encontram-se na lógica prática, daqueles definidos no conceito da CF, e somando-se a este, os objetivos específicos; apresentar o acesso à saúde como um direito garantido na CF. Avaliar a partir da visão dos usuários do SUS, como se dar a qualidade do acesso aos serviços de saúde pública no município do Natal/RN. Discutir a judicialização da saúde no município do Natal/RN.

Necessitando, portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos no interior das Unidades Saúde da Família.

Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta Secretaria Municipal de Saúde possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/2012, que revogou a 196/96 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho deste Departamento de Atenção Básica agradecemos antecipadamente e ficamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Walber Cunha Lima
Coordenadora do Curso de Direito

APÊNDICE B – Termo de Anuência Institucional



**PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA**

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado **“O ACESSO INTEGRAL À SAÚDE COMO UM DIREITO CONSTITUCIONAL: A partir da percepção dos usuários do Sistema Único de Saúde, na rede de saúde municipal da cidade do Natal/RN”**, desenvolvido pelo discente Josivan Nascimento da Costa, matriculado no curso de graduação em Direito, do Centro Universitário do Rio Grande do Norte, sob a orientação do docente, Dr. Everton

DECLARAÇÃO

Título do Trabalho: “O ACESSO INTEGRAL À SAÚDE COMO UM DIREITO CONSTITUCIONAL: A partir da percepção dos usuários do Sistema Único de Saúde, na rede de saúde municipal da cidade do Natal/RN.”

Responsável: Prof.º Dr. Everton da Silva Rocha

Equipe de Trabalho: Prof.º Everton da Silva Rocha e o discente Josivan Nascimento da Costa.

Conhecendo o propósito deste projeto de pesquisa, seu objetivo e metodologia, declaramos que:

Autorizamos acompanhamento das atividades nos Serviços de Saúde (Na rede de saúde municipal) e a coleta de dados da pesquisa na instituição.

Sim () Não ()

Fornecendo inclusive espaço físico para a coleta de dados da pesquisa nos Serviços de Saúde envolvidos.

Sim () Não ()

Quanto à divulgação:

Autorizamos menção do nome da Instituição no relatório técnico-científico, eventos e publicações em periódicos na Área de Direito e da saúde.

Sim () Não ()

Quanto ao Relatório Técnico-Científico

Comentários:

Natal, 17 de Setembro de 2014.

Cipriano Maia de Vasconcelos
Secretário Municipal de Saúde- Natal/RN

9.3 Apêndice (c)



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE - UNI
CURSO DE DIREITO**

Rua Prefeita Eliane Barros, 2000 – Tirol, Natal, RN.
CEP: 59014-540. Fone/fax: (84) 3215-2917/3215-2918. E-mail: www.unirn.edu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos

Caro (a) usuário (a),

Este é um convite para você participar da pesquisa **“O ACESSO INTEGRAL À SAÚDE COMO UM DIREITO CONSTITUCIONAL: A partir da percepção dos usuários do Sistema Único de Saúde, na rede de saúde municipal da cidade do Natal/RN ”** que é coordenado pelo professor (Dr.) Everton da Silva Rocha.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa procura analisar e descrever a partir da percepção (olhar) dos usuários do Sistema Único de Saúde, se o acesso integral aos serviços de saúde, na rede municipal da Cidade do Natal/RN, vem ocorrendo dentro do conceito e dos princípios definidos pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. A relevância desse estudo está em visualizar através dos resultados se os usuários do Sistema Único de Saúde, estão tendo o acesso aos serviços de saúde pública condizentes com as suas necessidades, dentro dos preceitos preconizados pela Constituição de 1988.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido(a) ao(s) seguinte(s) procedimentos: responder a um questionários composto de perguntas fechadas e semi-elaboradas.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, e que seja devidamente comprovado, haverá ressarcimento, caso solicite. E em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para o responsável pela pesquisa Professor (Dr.) Everton da Silva Rocha, no endereço: Rua Prefeita Eliane Barros, 2000 – Tirol, Natal, RN. CEP: 59014-540. Fone/fax: (84) 3215-2917/3215-2918. E-mail: www.unirn.edu.br

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN no endereço: Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova, Natal/RN ou pelo telefone (0xx84) 3215-3135.

Desde já agradecemos a disponibilidade em participar voluntariamente do estudo, e caso aceite participar solicitamos a sua confirmação neste documento.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa **“O ACESSO INTEGRAL À SAÚDE COMO UM DIREITO CONSTITUCIONAL: A partir da percepção dos usuários do Sistema Único de Saúde, na rede de saúde municipal da cidade do Natal/RN ”**

Natal, ____ de _____ de 2015

Sujeito da Pesquisa

Impressão datiloscópica

9.4 Apêndice (d)



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE - UNI
CURSO DE DIREITO**

Rua Prefeita Eliane Barros, 2000 – Tirol, Natal, RN.
CEP: 59014-540. Fone/fax: (84) 3215-2917/3215-2918.

Número do Questionário:

Data da Aplicação:

Nome:

Estado Civil:

Sexo:

Grau de Escolaridade:

1- Percepção da Integralidade da Saúde – Atenção Básica - Nível Primário

1.1) Você tem dificuldades em ser atendida nas Unidades de Saúde?

() 1. Sim () 2. Não

1.2) É difícil marcar uma consulta na Unidade de Saúde(USF)?

() Sempre () Na maioria das Vezes
() Poucas vezes () Nunca

1.3) Já Tentou marcar alguma consulta para algum tipo de tratamento e não conseguiu?

() sim () não. Se sim. Qual a causa do impedimento_____

1.4) O serviços de saúde na unidade oferecidos atende as suas necessidades?

() Sim () Não . Por que? _____

2) Percepção da Integralidade da Saúde – Média e Alta Complexidade - Nível Secundário e Terciário

2.1) Você tem dificuldades em ser encaminhada para os serviços especializados?

() 1. Sim () 2. Não

2.2) Quanto tempo demora para conseguir uma consulta de referência (especializada)?

() dias (até 15 dias) () semana (até 08 semanas) () meses (entre 02 a 08 meses) () anos

2.3) Já ficou sem realizar algum exame?
() sim () não. Se sim. Qual a causa do impedimento_____

3) Judicialização da Saúde:

3.1- Quanto ao Direito, você sabe que pode recorrer ao Judiciário para garantir seu acesso aos serviços de saúde?

() Sim () Não

3.2- Já recorreu a justiça para garantir o atendimento?

() Sim () Não

4) Avaliação dos serviços de saúde pública:

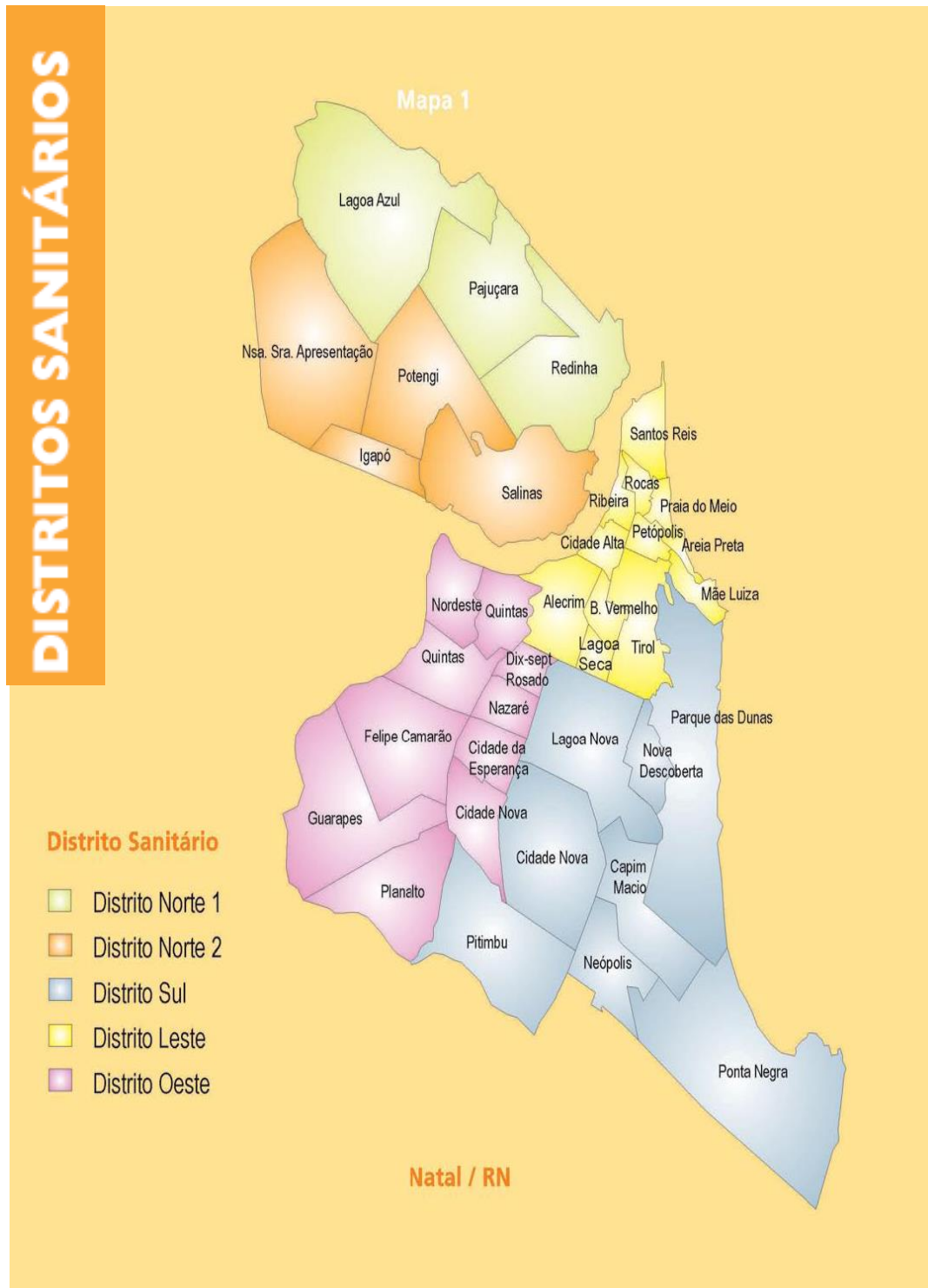
4.1- Como você avalia os serviços de saúde pública efetivados pelo município?

() 10 - 8.0 () 7.0 - 6.0 () 5.0 - 4.0
() 3.0 - 2.0 () menos de 2.

10 ANEXOS

10.1 Anexo (a)

Mapa N.º 01 – Situação Distrital da Rede de Serviços Municipais de Saúde. Natal/RN - 2006



10.2 Anexo (b)

Mapa N.º 0 2 –Rede Básica de Serviços Municipais de Saúde. Natal/RN - 2006

