



Recebido em
23-10-2019

Aprovado em
24-03-2020

Como citar este artigo

Moura TDMM, Gubler P, Bellaguarda MLR, Villarinho MV, Padilha MI, Mazera MS. [Historicidade dos serviços de saúde do município de Gaspar – Santa Catarina (1973- 2014)]. Hist enferm Rev eletrônica [Internet]. 2020;11(1):34-46.

Historicidade dos serviços de saúde do município de Gaspar – Santa Catarina (1973- 2014)

History of health services in the municipality of Gaspar - Santa Catarina (1973 – 2014)

Historicidad de los servicios de salud en el municipio de Gaspar - Santa Catarina (1973 – 2014)

Tássila Dias Malta Moreira Moura^I, Patrícia Gubler^{II},
Maria Lígia dos Reis Bellaguarda^{III}, Mariana Vieira Villarinho^{IV},
Maria Itayra Padilha^V, Maiara Suelen Mazera^{VI}

^I Enfermeira. Secretária Municipal de Saúde do Município de Gaspar. Gaspar, Santa Catarina, Brasil.

^{II} Enfermeira. Secretária Municipal de Saúde do Município de Gaspar. Gaspar, Santa Catarina, Brasil.

^{III} Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Líder do Laboratório de Pesquisas em História do Conhecimento da Enfermagem e Saúde (GEHCES). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

^{IV} Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Gerente da Saúde Ocupacional na Secretaria do Estado da Administração de Santa Catarina. Membro do GEHCES. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

^V Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora titular voluntária do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Vice-líder do GEHCES. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

^{VI} Enfermeira. Doutoranda em enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Laboratório de Pesquisa sobre Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem (PRAXIS) e do GEHCES. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

RESUMO

Introdução: Estudo histórico social com o objetivo conhecer acerca da gestão das políticas públicas de saúde no município de Gaspar de 1973 a 2014. **Método:** Participaram do estudo seis sujeitos integrantes da história desse movimento, sendo dois profissionais da saúde, dois secretários da saúde e dois conselheiros de saúde. A coleta de dados aconteceu a partir de entrevistas, e pesquisa documental

para conferência dos relatos orais foram utilizados planos municipais de saúde dos anos que compreendem o recorte temporal do estudo. Posteriormente, os dados passaram pela análise de conteúdo. **Resultados:** A partir da codificação pela técnica de enunciação foram agrupadas as significações das quais emergiu a categoria: História da implantação e desenvolvimento dos serviços em saúde do município de Gaspar - Santa Catarina. **Considerações finais:** Os serviços de saúde no município de Gaspar tiveram sua implantação e desenvolvimento a partir da descentralização, municipalização em congruência com as políticas públicas de saúde instauradas no país à época. Desde então, vem aprimorando e organizando a gestão dos serviços para sua ampla participação nos programas e políticas ministeriais de saúde, a fim de garantir o acesso e a qualidade à saúde da população. **Descritores:** Serviços de Saúde; Políticas Públicas de Saúde; História; Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Historical social study with the objective of knowing about the management of public health policies in the municipality of Gaspar from 1973 to 2014. **Method:** Six subjects participating in the history of this movement participated in the study, two health professionals, two health secretaries and two health counselors. Data collection took place from interviews, and documentary research to check oral reports was used municipal health plans of the years that comprise the time frame of the study. Subsequently, the data went through content analysis. **Results:** From the codification by the enunciation technique, the meanings from which the category emerged were grouped: History of the implementation and development of health services in the municipality of Gaspar - Santa Catarina. **Final considerations:** Health services in the municipality of Gaspar were implemented and developed based on decentralization, municipalization in line with public health policies implemented in the country at the time. Since then, it has been improving and organizing the management of services for their broad participation in ministerial health programs and policies, in order to guarantee access and quality to the population's health. **Descriptors:** Health Services; Public Health Policy; History; health.

RESUMEN

Introducción: Estudio social histórico con el objetivo de conocer la gestión de las políticas de salud pública en el municipio de Gaspar de 1973 a 2014. **Método:** Participaron en el estudio seis sujetos que participaron en la historia de este movimiento, dos profesionales de la salud, dos secretarios de salud y Dos consejeros de salud. La recolección de datos se realizó a partir de entrevistas, y la investigación documental para verificar los informes orales se utilizó en los planes de salud municipales de los años que comprenden el marco temporal del estudio. Posteriormente, los datos pasaron por el análisis de contenido. **Resultados:** A partir de la codificación por la técnica de enunciación, se agruparon los significados de los cuales surgió la categoría: Historia de la implementación y desarrollo de los servicios de salud en el municipio de Gaspar - Santa Catarina. **Consideraciones finales:** Los servicios de salud en el municipio de Gaspar se implementaron y desarrollaron con base en la descentralización, la municipalización en línea con las políticas de salud pública implementadas en el país en ese momento. Desde entonces, ha estado mejorando y organizando la gestión de los servicios por su amplia participación en los programas y políticas ministeriales de salud, a fin de garantizar el acceso y la calidad a la salud de la población. **Descriptor:** Servicios de Salud; Políticas Públicas de Salud; Historia, salud.

INTRODUÇÃO

O passado não existe de forma organizada e pronta à espera de ser revelada, mas está como uma realidade de múltiplos sentidos que é vivificada no presente graças à sua mediação pelos documentos históricos e fontes orais da época⁽¹⁾. A história não se resume à simples repetição dos conhecimentos acumulados. Ela deve servir como instrumento de conscientização dos homens para a tarefa de construir um mundo melhor e uma sociedade mais justa. Nesse contexto, o papel do pesquisador é ver o

passado através dos olhos do presente e à luz de seus problemas⁽¹⁾; ou seja, seu principal trabalho não é registrar tão somente, mas questionar o passado, conhecer o presente para prever e recriar o futuro.

As políticas públicas devem estar voltadas para a reprodução dos indivíduos e da coletividade de saúde, com isso, devem ser abordadas como políticas sociais. Esta abordagem tem como objetivo entender que, como as demais políticas sociais, a política de saúde está sujeita a múltiplos determinantes, muitas vezes contraditórios. Seria mais simples pensarmos que toda política de saúde é voltada para melhorar as condições sanitárias de uma população. No entanto, existem muitos outros interesses envolvidos que também determinam os rumos e o formato das políticas de saúde⁽²⁾.

Ao considerar a política de saúde como uma política social, uma das consequências imediatas é assumir que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, pois, a plena participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua inserção como cidadãos. Isso porque as políticas sociais se estruturam em diferentes formatos ou modalidades de políticas e instituições que asseguram o acesso a um conjunto de direitos para aqueles que são considerados legítimos usuários dos sistemas de proteção social. Dependendo da modalidade de proteção social que venha a ser adotada por um país, são diferentes as condições políticas implicadas, e, em alguns casos, o acesso à saúde pode ser uma medida de caridade, um benefício adquirido mediante pagamento prévio, ou o usufruto de um direito de cidadania⁽²⁾.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida, a saúde não é um conceito abstrato, mas sim, complexo, subjetivo e individual. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas⁽³⁾.

Neste estudo, apresentamos fragmentos da história da gestão das políticas públicas de saúde no município de Gaspar, a fim de conhecê-la e identificar os avanços conquistados e prospectar o futuro, propondo, desta forma, o gerenciamento das ações em saúde.

A história é ciência que traz a terno os fatos e eventos que são referências ao desenvolvimento de todas as atividades no cotidiano da vida em sociedade. E, neste sentido é que se justifica este estudo, a partir das inquietações das autoras no tocante o desenrolar de toda a dinâmica dos serviços de saúde na municipalidade de Gaspar, no Estado de Santa Catarina. Entendendo que a história é referência estruturou-se este estudo. No decorrer da participação das autoras em um curso de especialização em gestão da saúde surgiram questões referentes à organização dos serviços de saúde na municipalidade de Gaspar. Duas das autoras deste estudo são enfermeiras no município e discutiram a possibilidade de conhecer o desenrolar dos serviços no município em conformidade com as políticas de saúde, uma vez que não há registros dessa história. Assim, emergindo as questões: Qual a história das políticas públicas de saúde no município de Gaspar? Quais os avanços conquistados? E o que ainda precisaria ser melhorado? Justificando desta forma a realização deste estudo sob o objetivo de conhecer acerca da gestão das políticas públicas de saúde no município de Gaspar de 1973 a 2014.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa de natureza histórico social. A demarcação do recorte temporal refere-se ao ano de início da política de saúde em 1973 e 2014 como ano referência e base da atualidade das políticas públicas no município de Gaspar.

As fontes históricas desta pesquisa são orais e documentais, usadas com respeito ao passado, reconhecendo a relação entre memória e identidade profissional. A técnica da História Oral foi utilizada para captar os dados orais, dando a oportunidade aos sujeitos de se expressarem e relembrar aspectos relacionados com a temática abordada e objeto de estudo⁽⁴⁾. Os dados foram coletados após apresentação e solicitação formal das pesquisadoras junto à Secretaria de Saúde, Prefeitura e Cartório de Gaspar-SC, os quais autorizaram a consulta de informações documentais.

As fontes orais desta pesquisa foram seis profissionais que atenderam os critérios de inclusão: profissional de saúde envolvido no processo de implantação e desenvolvimento dos serviços de saúde no

município, serem usuários dos serviços de saúde. Os participantes foram dois profissionais da saúde, um Enfermeiro e um Médico; dois Administradores secretários da saúde e, dois conselheiros de saúde, totalizando 6 participantes. O contexto do estudo foi definido pelos participantes, conforme disponibilidade de horários para as entrevistas. Estas ocorreram de agosto a novembro de 2015. O tempo de duração foi em média de 60 minutos, sendo gravadas em meio digital, transcritas e passada pelo procedimento de *copydesk*, transformando a linguagem de palavras, expressões e pontuações de uso coloquial para o texto em formato científico. Após transcrições, as entrevistas foram encaminhadas por meio eletrônico para as fontes orais para suas respectivas conferências e validação respeitando a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Para garantir o anonimato, os sujeitos foram identificados apenas pela letra S de sujeito e por números. A proposta desta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina e aprovada pelo Parecer n. 1.080.000/2015.

As fontes documentais utilizadas foram os planos municipais de saúde dos anos de 1996, 2009 e 2014 encontrados e disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde e prefeitura. A partir da leitura das fontes, os dados foram compilados e distribuídos em planilha de registro no modelo *Excel* com as informações: tipo de fonte/documento, data, autor, localização no acervo, características do conteúdo. A leitura foi recorrente para a produção e organização dos registros. Utilizou-se o agrupamento a partir de Bardin (2016) por similaridade e pertinência temática.

A análise de dados foi orientada pelos pressupostos temáticos de Bardin⁽⁵⁾, sendo as informações interpretadas e analisadas em torno de dimensões teóricas e interpretativas a partir da leitura do material e de acordo com sua proximidade e coerência. Realizou-se as três fases descritas por Bardin⁽⁵⁾ para a análise do conteúdo emergente das fontes orais e documentais relacionando-as e confrontando-as com a literatura referente às políticas públicas de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A implantação dos serviços de saúde do município de Gaspar/SC de 1973 a 2014 acompanhou o cenário nacional, onde ações e serviços de saúde ofertados pelo setor público eram financiados por recursos federais e/ou estaduais e apenas para os seguradores do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Neste sentido seguiam a tendência sócio-política do país em congruência com o processo desenvolvimentista entre 1930 e 1980 no Brasil. Que envolveram industrialização, legislação trabalhista, criação de instituições de previdência e atenção médica aos trabalhadores formais e implantação de programas de saúde pública para controle de doenças específicas⁽⁶⁾.

O atendimento à saúde no Brasil podia ser resumido a três possibilidades: - a privatização dos serviços, alternativa viável a um grupo minoritário com condições para financiar seu próprio atendimento, não estando interessado nos serviços do governo; - a utilização dos serviços estatais de saúde por uma parcela populacional que possuía o direito de usufruir desse atendimento organizado pelo Estado; - e a alternativa disponível para a maioria dos brasileiros, que estava na assistência de um setor do governo que dispunha de recursos insuficientes para gerenciar os serviços à população necessitada de atendimento⁽⁷⁾.

O setor governamental que abarcava a maior parcela populacional era o de saúde pública, articulado ao Ministério da Saúde, e o setor governamental que gerenciava as questões de saúde à parcela populacional até então detentora de direitos era o de medicina previdenciária⁽⁸⁾. Tal divisão da população entre aqueles com direito de atendimento à saúde pelo governo e àqueles vinculados a setores governamentais menos estruturados e com dificuldades financeiras foi sendo repassada, ao longo do tempo, por distintos organismos ou setores criados para essa tarefa. Entretanto, a linha que dividia um grupo de outro permanecia a mesma: o trabalho legalizado. Não bastava trabalhar, a pessoa tinha que estar regularizada e em um ambiente de trabalho reconhecido pelo Estado, com carteira assinada, contribuindo para a Previdência Social, sendo assim possuidora de direitos, usufruindo dos serviços de saúde de uma maneira mais organizada que os indivíduos considerados não-cidadãos, os quais não mereciam auxílio e atendimento estatal e estavam à margem da cidadania, restando somente à caridade⁽⁹⁾.

O período a partir de 1923 foi considerado o primeiro da história da Previdência Brasileira, pois foi nesse período que o primeiro formato de previdência surgiu no Brasil, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Em relação ao financiamento das Caixas, esse era feito pelos empregados, pelas

empresas e pelos consumidores. Essas contribuições eram depositadas na conta de aposentadoria e pensões da própria empresa, nesse contexto, demonstra que, tanto a parte administrativa quanto a financeira do sistema eram realizadas entre as empresas e as caixas, não havendo participação efetiva por parte do Estado na esfera previdenciária⁽¹⁰⁾.

O período da ditadura civil-militar no país configurou um desenho organizacional da saúde de maneira dual, seletiva e centralizada. Havia duas redes de atendimento à população que funcionavam de forma independente entre si, dividindo o público entre àqueles que contribuíam para o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) e os que não eram contribuintes e dependiam das ações de saúde pública do Ministério da Saúde⁽⁷⁾.

O momento da incorporação dos Institutos e a oficialização do INPS estava relacionado com a perspectiva de modernização da máquina estatal, com o aumento do poder regulatório sobre a sociedade e o afastamento dos trabalhadores do jogo político. Quase uma década após, em 1977 surgiu o INAMPS, autarquia vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social que prestaria atendimento médico, tanto hospitalar quanto ambulatorial, para o público contribuinte do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS e seus dependentes. As pessoas que não possuíam vínculo contributivo com o INPS eram atendidas pelas secretarias municipais e estaduais de saúde, que estavam vinculadas ao Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde desenvolvia ações de saúde pública, como campanhas de vacinação, vigilância sanitária e atividades que abrangiam a população em geral⁽⁷⁾.

Observa-se que havia emergência em diversos municípios brasileiros de projetos intervencionistas no tocante à saúde sob responsabilidade da gestão municipal. As alternativas condiziam com o enfrentamento da crise no país em respeito à medicina previdenciária e a de saúde pública.

O município contava com 17.000 habitantes sendo os serviços de saúde disponíveis a Unidade de Saúde Central, Unidade Avançada Belchior Alto, Hospital Nossa Senhora do Perpétuo do Socorro e Farmácia Central. (S1)

O número de habitantes influencia na transferência de recursos que passaram do nível federal para o municipal, entretanto a criação de instâncias democráticas de participação e a própria implementação da política de saúde foram otimizadas. Observa-se em Gaspar a ampliação da atenção primária à saúde e mudanças na assistência em saúde.

E que os investimentos e financiamentos dessas duas formas de atendimento à saúde eram desiguais. Enquanto o INAMPS recebia recursos oriundos do INPS, o Ministério da Saúde disputava os recursos federais, que foram sendo continuamente reduzidos, com outras áreas de políticas públicas ao longo do período ditatorial. O INAMPS, através de seus escritórios regionais, credenciava e financiava hospitais, clínicas, laboratórios e médicos particulares para atender os segurados do INPS. Essa terceirização de serviços fortalecia uma concepção de medicina curativa, hospitalocêntrica e um modelo de saúde em que as prestações de serviços eram desempenhadas pelos setores privados⁽⁷⁾.

Os serviços de saúde no município de Gaspar, no ano de 1973 eram pouco conhecidos. As ações e serviços ofertados acompanharam o cenário nacional e, eram financiadas por meio de recursos federais ou estaduais e, para os segurados do INPS. Havia, também, uma concepção da medicina curativista, um modelo de saúde focado em ações médicas e privatistas, sem o interesse pela promoção da saúde e prevenção de doenças:

O Centro de Saúde funcionava da seguinte forma, agendamento médico para o mesmo dia e encaminhamentos hospitalares quando necessário. A assistência financeira da Unidade de Saúde Central era ofertada pelo estado sendo a Secretaria de Saúde vinculada à Secretaria de Assistência Social e Educação. (S1)

A assistência hospitalar era ofertada para segurados do Instituto Nacional de Previdência Social -INPS. (S6)

A adaptação e articulação ao movimento sanitário brasileiro torna-se determinante para a sinalização e construção de um modelo de assistência em saúde e modos de gestão principalmente organizados e administrados pelos municípios. O que se evidencia na constituição do modelo de saúde da municipalização de Gaspar. O modelo biomédico centrado no saber de apenas uma categoria profissional

predominava no município, tendo como principais atividades a realização de consultas médicas, solicitações de exames, prescrições de medicações e encaminhamentos médicos.

Esse modelo nega a saúde pública, a saúde mental, as ciências sociais, assim como o conhecimento e a prática de saúde ficam centradas no profissional médico, como consequência uma posição autoritária, unidisciplinar e com intenso uso do aparato que lucra com a doença: hospitais, exames, remédios, medicina altamente especializada, um “complexo médico industrial”⁽⁸⁾.

A saúde gasparense era entendida apenas como a ausência de doença, tendo o atendimento médico e hospitalar como referência, sendo financiada pelo Estado e o processo de municipalização ainda não estava instituído. Apenas entre os anos de 1993 e 1996 é que ocorreu a municipalização da saúde no município de Gaspar, quando o mesmo passou a gerenciar todos os encargos no setor da saúde, até então prestados pelo município polo de Blumenau, o qual oferecia prestação de serviços via INAMPS. Isto pois, o desmonte do Posto de Assistência Médica -PAM em Blumenau, a população de Gaspar ficou sem atendimento médico ambulatorial especializado obrigando o poder público municipal, a ter que prestar atendimento aos munícipes em consultas de rotina e especializadas, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ecocardiograma, endoscopias, ultrassom e raios-X⁽¹¹⁾.

A municipalização reconhece o município como principal responsável pela saúde da população. Municipalizar é transferir para as cidades a responsabilidade e os recursos necessários para exercerem plenamente as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da saúde local, controlando os recursos financeiros, as ações e os serviços de saúde prestados em seu território⁽¹²⁾. O princípio da descentralização político – administrativa da saúde foi definida pela Constituição Federal de 1988, preconizando a autonomia dos municípios e a localização dos serviços de saúde na esfera municipal, próximo dos cidadãos e dos seus problemas de saúde. A municipalização possibilita que os municípios assumam a gestão de saúde em seus territórios de acordo com as necessidades e características de suas populações, estimula na esfera municipal novas competências, capacidades político-institucionais, assim como de que os estados e a união devem contribuir para a descentralização do SUS, fornecendo cooperação técnica e financeira para o processo de municipalização.

Em outubro de 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, completa-se o processo de retorno do país ao regime democrático. No contexto de busca de implantação de um estado de bem-estar social, a nova carta constitucional transformava a saúde em direito de cidadania e dava origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde. Transformava-se, então, profundamente a organização da saúde pública no Brasil. Velhos problemas, como a tradicional duplicidade que envolvia a separação do sistema entre saúde pública e previdenciária, passaram a ser estruturalmente enfrentados. A partir dos anos 1990, seria não só a implantação do SUS constitucional, mas também, como dito, a conformação de uma sociedade renovada⁽¹³⁾.

Neste contexto, há de se destacar a Norma Operacional Básica - NOB 01/93 que desencadeou um amplo processo de municipalização da gestão com habitação dos municípios nas seguintes condições de gestão: gestão incipiente (principlante); gestão parcial (intermediária); gestão semiplena⁽¹⁴⁾. O município de Gaspar acompanhou as tendências nacionais, conforme descrito no plano municipal de saúde. Inicialmente, o município procurou otimizar os atendimentos de saúde na unidade central, estabelecendo a prestação de serviços médicos e ambulatoriais em expediente de 12 horas diárias na clínica geral, 04 na ginecologia-obstetrícia, 10 horas na pediatria, 06 horas na odontologia e 10 horas na cardiologia, inclusive com profissionais realizando eletrocardiogramas. Na unidade central este atendimento era realizado no horário das 07 horas às 19 horas. E à noite das 19 horas às 07 horas, o atendimento era realizado no Hospital e Maternidade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, em convênio com a prefeitura, perfazendo então o atendimento de 24 horas diárias⁽¹¹⁾. Na década de 90, o município de Gaspar possuía quatro unidades de saúde Belchior Alto, Barracão, Gasparinho Quadro e Bela Vista. Nestes postos de saúde também se implantou atendimento de duas horas diárias na clínica geral e odontologia, sendo que o posto do Bela Vista, em virtude de ser um bairro populoso, implantou-se também um atendimento em pediatria de duas horas diárias. As quatro unidades de saúde existentes no município de Gaspar ofereciam serviços de atendimento médico especializado, deixando as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças descobertas pela equipe.

Nos anos 1980, os movimentos Municipais de Saúde e o da Reforma Sanitária conseguem convênios para repasses financeiros do governo federal que muito fortaleceu a prestação de serviços básicos e

integrais de saúde à população, bem como importante apoio do Legislativo com Simpósios de Políticas de Saúde na Câmara Federal.

Em 1986 acontece no Brasil a 8ª Conferência Nacional de Saúde que aprofunda e legitima os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde-SUS e grandes avanços foram conquistados, como o Conceito Ampliado de Saúde⁽¹⁵⁾. Um desafio importante para os sistemas de saúde no Brasil está estava em como lidar com a saúde em seu sentido ampliado? Ou seja, não só como prevenção individual e cura de doenças, mas reconhecer as relações da saúde com as condições sociais. O Brasil e diversos outros países da América Latina foram precursores no debate teórico e aplicado da “determinação social da saúde”. Essa noção já surgiu na década de 1970, com base nos estudos que buscavam entender as relações e particularidades da saúde no capitalismo mostrando que a saúde é resultado de determinações sociais⁽¹⁶⁾.

No bojo do crescimento dos serviços básicos em saúde, antes mesmo da criação do SUS, já se consolidava o papel decisivo dos municípios em vários Estados, na erradicação da Poliomielite e posteriormente, do Sarampo. Ademais, paralelamente aos bons resultados da descentralização e dos primeiros repasses de recursos federais, o governo federal, inicia a retração da sua participação no financiamento da saúde, perante o crescimento da participação estadual e principalmente municipal.

A força social e política desse movimento desdobrou na Comissão Nacional da Reforma Sanitária, composta pelos governos federal, estadual e municipal, pelas instituições públicas e privadas de saúde e pelas entidades da sociedade e dos trabalhadores sindicalizados, com a atribuição de elaborar proposta de sistema público de saúde a ser debatida na Assembleia Nacional Constituinte. Nessa circunstância foi também criada a Plenária Nacional de Saúde que congregava todos os movimentos e entidades da sociedade civil, com a finalidade de participar e exercer o controle social nos debates da proposta de saúde na Constituição. Destaca-se, que em todos os debates e posicionamentos políticos, as entidades, tanto das categorias de trabalhadores, incluindo as centrais sindicais e as entidades dos profissionais de saúde e da classe médica, estiveram presentes e assumiram os momentos e situações⁽¹⁶⁾.

A opção foi pelo SUS e não planos privados, que na época possuía pequeno peso e expressão em comparação ao sistema público de saúde que incluía o previdenciário. Todas as expectativas eram de adesão a opção pelo SUS, na crença de que o Estado seria democratizado e cumpriria as diretrizes constitucionais sociais. Foram os princípios e diretrizes do Direito de Todos e Dever do Estado, da Relevância Pública, da Universalidade, Igualdade, Integralidade, Descentralização, Regionalização e Participação da Comunidade⁽¹⁷⁾.

A saúde passa a ser vista não só como um estado físico (biológico) reagindo às condições sociais e ambientais, mas é principalmente uma construção social e coletiva. Assim, as formas de organização social, as condições de vida e de trabalho de uma sociedade são determinantes para a saúde. E quanto mais desiguais forem essas condições, piores serão os resultados em saúde⁽¹⁸⁾.

Posteriormente, na década de 1990 mais precisamente em 1991, temos no cenário nacional, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado pela Fundação Nacional de Saúde (FNS) inicialmente em áreas rurais e periurbanas das regiões Norte e Nordeste, com intuito de atender as demandas no combate e controle da epidemia de cólera, dos quadros diarreicos, entre outros, sempre com foco na orientação em saúde. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) eram recrutados em caráter informal, por processos seletivos locais, subordinavam-se às unidades básicas de saúde administradas pela fundação e eram supervisionado por enfermeiros. A implantação do CAPS teve caráter emergencial e visou dar suporte à assistência básica onde não havia condições de interiorização da assistência pelo profissional médico, enfermeiro⁽¹⁷⁾. Não há registros exatos da data de implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no município de Gaspar, mas em consonância da lei ordinária n.2.789/2006 criou-se o quadro de pessoal específico para atuar no programa.

Durante a década de 1990, o Ministério da Saúde fortalece as ações de caráter preventivo com investimento em programas de ações básicas como parte da estratégia de reorganização do próprio modelo de atenção, visando especialmente à promoção da saúde. A formulação do Programa Saúde da Família (PSF) foi estimulada por esses antecedentes e se materializou com a portaria MS n. 692, de dezembro de 1993. Na primeira fase, o programa foi implementado principalmente em pequenos municípios com caráter restrito de Atenção Primária em Saúde (APS), a fim de absorver a demanda reprimida de atenção primária; porém, com baixa capacidade para garantir a continuidade da atenção.

O PSF foi incentivado pela norma operacional básica do SUS de 1996 (NOB SUS 01/96), apoiada em deliberação do Conselho Nacional de Saúde. A partir da NOB 96, a atenção básica em saúde no país assumiu a caracterização de primeiro nível de atenção, ou seja, “um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas à promoção da saúde, a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação”⁽¹⁸⁾.

Inicialmente, o PSF foi implantado em município com população muito pobre com restrição de serviços e baixa articulação com o restante da rede assistencial. Posteriormente, a adoção da Saúde da Família como estratégia deu a APS, no Brasil, um caráter mais abrangente, como modelo para atenção básica do SUS que deve estar articulada aos demais níveis e reorientar a reestruturação do sistema.

A concepção de atenção primária da Estratégia Saúde da Família preconiza equipe de caráter multiprofissional que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição da clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área, sendo entendida como porta de entrada no sistema local e o primeiro nível de atenção na rede de serviços. Tal estratégia defini ainda, o generalista como profissional médico da atenção básica e instituiu novos profissionais, a exemplo dos ACS voltados à atuação comunitária, ampliando desta forma, a atuação da equipe sobre determinantes sociais essenciais no processo saúde-doença⁽¹⁸⁾.

Infelizmente, não é sabido o ano de implantação do PSF no município de Gaspar, no entanto, sabe-se a partir de relato, que no ano de 2004, o município contava com 8 (oito) ESF, funcionando de acordo com os princípios e diretrizes do SUS confirmado pelo relato que segue:

Nessa época tínhamos oito equipes de saúde da família, sendo elas ESF Barracão, Centro, Gasparinho Quadro, Bela Vista, Figueira, Belchior, Lagoa e Gaspar Alto. (S2)

No ano de 2009 o município de Gaspar assinou o Pacto de Gestão, assumindo o modelo de Gestão Plena da Atenção Básica, modificando e incluindo serviços que passaram a ser administrados pela política de saúde local. Desdobra-se, desta maneira, as responsabilidades da municipalidade de Gaspar nas ações e criação de programação municipal em prol dos serviços básicos, domiciliares e comunitários. Em completude referencias ambulatoriais e hospitalar. Importante que houve o cadastramento nacional dos usuários do SUS, vinculando assim os usuários à oferta de serviços, alimentação de dados ao Ministério da Saúde em integração à Secretaria Estadual de Saúde. Questões referentes à vigilância epidemiológica, controle de doenças entre outras ações e recursos financeiros que ficaram sujeitos a aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde. Evidencia-se as mudanças no município em estudo que possuía nove unidades de Equipe de Saúde da Família, três equipes de saúde bucal, uma unidade de saúde central com especialidades médicas, um equipamento para saúde da mulher, CAPS I e extensão no atendimento específico à criança e ao adolescente, três unidades de saúde básica avançada, um centro de especialidades odontológicas, farmácia básica, programa IST/aids/HIV, centro de acolhimento de risco, estratégia de agentes comunitários de saúde/EACS, unidade administrativa de contratação, controle, auditoria, avaliação e pagamento aos prestadores de serviços cobertos pelo Teto Financeiro Global do município, bem como central de veículos e de vigilância a saúde.

Vejo como maior avanço na política de saúde de Gaspar o aumento da cobertura da atenção básica que em cinco anos, de 2004 a 2009 praticamente dobrou de nove para dezesseis unidades de saúde da família. (S4)

A Secretaria Municipal de Saúde de Gaspar comprometida com a saúde pública participou conjuntamente com a comunidade local e demais instituições governamentais e não governamentais nas discussões que firmaram a responsabilidade do município no que tange a promoção, prevenção, assistência e recuperação. Sendo desta forma possível identificar os avanços que o município obteve com as políticas públicas de saúde, sobretudo no acesso aos serviços, os quais acompanharam os avanços conquistados pelo país.

Em setembro de 2012, a rede municipal de saúde de Gaspar se apresentava com 10 estratégias de Saúde da Família, CAPS Tipo I, CAPS extensão, SAE, NASF Tipo I, SAMU suporte básico, Saúde da Mulher, CAR – Centro de Acolhimento de Risco, 01 Ambulatório em conjunto com as especialidades médicas, 03 ESB, PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde, CEO – Centro de Especialidades Odontológicas,

Convênio Unidade Hospital Geral. Os serviços de suporte são Vigilância em Saúde e Controle e Avaliação. Também assumiu a Gestão Plena do Sistema Municipal. (S3)

Os avanços conquistados no âmbito do SUS, conforme nos últimos anos foram muitos, dentre os quais é importante apontar a regulamentação de aspectos centrais na sua consolidação, como o estabelecimento de diretrizes organizativas da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a regulamentação dos Núcleos de Apoio da Saúde da Família e os novos parâmetros de financiamento dos serviços ⁽¹⁴⁾.

Neste mesmo período foram ampliadas para 15 as Equipes de Saúde da Família, criado o Programa Melhor em Casa, Clínica de Fisioterapia, Policlínica, Controle Avaliação Regulação e Auditoria. Houve a construção de novas unidades e reforma e ampliação de outras, melhorando o espaço físico, importante na qualificação dos serviços e acolhimento dos usuários. Habilitação de 03 ESF no PMAQ em 2012 para 13 ESF em 2014, além da Habilitação também do NASF e CEO. Assinado Termo de Compromisso de Gestão com 03 ESF para melhoria da qualidade da gestão, onde não conseguimos assumir 100% do compromisso devido a problemas de licitação. (S3)

A atenção básica no município de Gaspar funciona como porta de entrada nos serviços de saúde, hoje temos 16 equipes de estratégia de saúde da família, sendo 05 equipes de saúde bucal e atendimento em saúde bucal nas demais unidades, dentistas de 20h 10hs que acabam fazendo essa carga horária. Na atenção básica todas as equipes de saúde da família possuem SISREG então elas que fazem a regulação dos encaminhamentos das especialidades que possuem dentro do município, as demais são feitas através de TFD via malote para secretaria duas vezes por semana para o setor de avaliação e controle. A atenção básica com o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) conta com profissionais nutricionistas, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional e assistente social. A saúde no município esta dividida em quatro regiões onde cada uma possui uma coordenação. Tem o setor de planejamento e educação permanente e também a clínica de fisioterapia. Possui uma unidade de CAPS I tendo a pretensão de um CAPS AD. (S4)

No que se refere à implantação do PMAQ em 2012, no município de Gaspar, este trata-se de uma Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, instituído no Brasil a partir da Portaria 1.654 de 2011, com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, garantia de padrão de qualidade comparável nacional, regional e local de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde.

Há cinco anos as unidades de saúde não estavam equipadas para atendimento de urgência e emergência. Hoje, em 2015, todas as unidades do município possuem carrinho e medicações para o atendimento dos usuários em risco. (S4)

As regiões de saúde propuseram a avaliação dos indicadores de saúde, bem como a proximidade da comunidade e dos conselhos locais de saúde. Foi organizado Mesa de Negociação Permanente do SUS com os servidores, revisado e organizados as distorções salariais.

A Mesa de Negociação do SUS foi instituída mediante Resolução nº 52, em 06 de maio de 1993, com o objetivo de estabelecer um fórum permanente de negociação entre empregadores e trabalhadores do SUS sobre todos os pontos pertinentes à força de trabalho em saúde.

A prioridade da gestão em saúde de Gaspar foi a ampliação e organização da Atenção Básica, através da Estratégia de Saúde da Família, reorganizando os demais serviços como suporte ao ordenador do cuidado. Através dessas demandas de cuidadores, ampliaram-se os serviços de Clínica de Fisioterapia e ampliação de especialidades médicas. (S3)

Vejo como maior avanço na política de saúde de Gaspar o aumento da cobertura da atenção básica que em cinco anos praticamente dobrou foi de nove para dezesseis unidades de saúde da família. Implantação do NASF desde 2012, o serviço de atenção domiciliar que é um serviço que ainda está sendo custeado pelo município por que ainda não teve habilitação do Ministério, mas é um programa que temos e que gostaríamos de permanecer com ele pelo suporte nas equipes de saúde da família. Vejo maior avanço na questão de organização da gestão de planejamento, a participação de profissionais em especializações e

mestrado, cursos de aperfeiçoamento tendo bastante espaço nisso. A criação das quatro regiões de saúde onde antes eram uma ou duas pessoas que cuidavam disso e hoje são quatro enfermeiros. (S4)

Iniciamos com pediatria, ortopedia, ginecologia, infectologia, dermatologia e ampliamos também a reumatologia, neurologia, endocrinologia e cirurgia geral. Todos os serviços de apoio a Atenção Básica foram organizados em um único espaço, que é a Policlínica atualmente. Revisamos a PPI Hospitalar – Programação Pactuada Integrada, visando o atendimento do usuário na sua integralidade na média e alta complexidade. Firmamos convênio com Hospital Geral Local, através de Plano Operativo Anual, com metas a serem executadas pelo prestador. (S3)

A Assistência Farmacêutica reorganizou e apresentou o Plano de Assistência Farmacêutica Municipal, ampliando a REMUME e contratando novos profissionais. Tal serviço se organizou em Farmácia Básica e Farmácia de Alto Custo. Infelizmente, vários foram os problemas ligados ao déficit financeiro, dado ao atraso e/ou falta dos pagamentos pela Secretaria de Estado da Saúde em seu co-financiamento, durante o ano de 2014, os atrasos nas licitações e entregas dos medicamentos pelos fornecedores, além da judicialização da saúde.

“A assistência farmacêutica no município está organizada descentralizada com unidades de distribuição de medicação em todas as unidades de saúde da família, ou seja em todos os bairros, tendo o serviço centralizado com distribuição de medicações de médio e alto custo e medicações controladas distribuídas na policlínica municipal. A assistência farmacêutica possui uma REMUME com mais de 200 itens, ela é avaliada periodicamente, mas se algum profissional médico precisar prescrever alguma medicação que não está padronizada na rede a assistência farmacêutica tem uma comissão que avalia solicitações de medicações não padronizadas, se por acaso o usuário já utilizou todas as medicações da rede e não teve efeito o médico justifica e essa medicação é comprada passando pelos critérios de elegibilidade”. (S4)

No Brasil o ano de 2011 marcou um importante avanço no âmbito do SUS com a publicação do decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 que regulamenta a lei 8.080/90. No mesmo ano foi publicada a Política Nacional de atenção Básica 2.488/2011, a nova política estabelece uma revisão nas diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, a Estratégia de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários.

Tivemos muitas dificuldades no acesso e na qualidade do serviço, o que culminou durante esse período o Decreto de Intervenção. Este Decreto deu possibilidade à gestão de participar da organização e melhoria nestes serviços hospitalares, ampliando o número de leitos do Hospital e encaminhando Habilitação na Rede de Urgência e Emergência, Rede Psicossocial, Rede Cegonha e Mutirão de Cirurgias Eletivas assegurando o atendimento Hospitalar 24hs a população Gasparense nas especialidades básicas de Hospital Geral. (S3)

Uma das primeiras definições que traz a nova política é a reafirmação da ESF como modelo prioritário para a reorganização da Atenção Básica. Definindo a atenção básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado, e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigida a população de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e das necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e imperativo ético de que toda demanda, necessidades de saúde devem ser acolhidas⁽¹⁹⁾.

A Lei 8.142 de 1990 dispõe sobre a participação popular na gestão do Sistema Único de Saúde, através da instâncias colegiadas – Conferência de Saúde e Conselho de Saúde. O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

No ano de 2006 a lei 2.833, cria o Conselho Municipal de Saúde no município de Gaspar, promovendo o efetivo controle social das ações de saúde. O Conselho realizava reuniões mensais e extraordinariamente se convocadas pelo presidente ou conselheiros representantes.

As reuniões do conselho municipal de saúde aconteciam uma vez ao mês ou quando solicitado uma reunião extraordinária. (S5)

É legal que o conselho municipal de saúde tem uma comissão de monitoramento e avaliação das políticas públicas e essa comissão tem que emitir parecer mensalmente sobre a prestação de contas do hospital e caso tiver alguma irregularidade ou questionamentos a fazer esse repasse não é realizado até que se comprove a prestação do serviço, mas é claro esta em uma rede regionalizada que encaminha para média e alta complexidade que são pactuados através da PPI. (S4)

Em 2010 o decreto municipal n. 3.932 cria o Conselho Local de Saúde do ESF Bela Vista/Jardim Primavera. As reuniões aconteciam mensalmente contribuindo e melhorando as ações de saúde na comunidade. A experiência foi se construindo frente às necessidades da população e o envolvimento nesta nova estrutura de controle social.

O município, em meados de 2015 conta com o Conselho Municipal de Saúde e com nove Conselhos Locais de Saúde, sendo eles: Poço Grande, Gasparinho Quadro, Gaspar Grande, Bela Vista, Figueira, Barracão, Belchior, Margem Esquerda e Santa Terezinha (S6).

Cada conselho de saúde, com representantes da comunidade e profissionais de saúde se organizam para realizar as reuniões e participar das políticas de saúde no município (S5)

O Município de Gaspar em 2015 apresentava-se organizado com dezesseis equipes de estratégia saúde da família – ESF, onde eram oferecidos serviços médicos, odontológicos, de enfermagem e de Agentes Comunitários de Saúde. Conta ainda com um Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF I com o objetivo de apoiar as ações na Atenção Básica ofertando atividades multiprofissionais com nutricionista, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e Educador Físico. Possuindo, também, uma Clínica de Fisioterapia Municipal, uma Unidade de Saúde com Especialidades Médicas, uma Unidade de Referência em Saúde da Mulher, um Centro de Apoio Psicossocial I – CAPS I com uma Unidade de Extensão para o atendimento específico às crianças e aos adolescentes, um Centro de Especialidades Odontológicas – CEO, Farmácia Básica, Serviço de Atendimento Especializado – SAE (DST / HIV / AIDS / Hepatites / Tuberculose / Hanseníase), Centro de Acolhimento de Risco – CAR, e uma Unidade Administrativa contendo os seguintes setores de apoio: Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação; Coordenação das Estratégias de Saúde da Família, Central de veículos, Vigilância em Saúde: Ambiental, Sanitária e Epidemiológica, Almoxarifado; Compras e Finanças⁽¹¹⁾.

Os avanços conquistados neste período foram de suma importância para o crescimento da saúde da população do município, entre eles estão conforme relato dos entrevistados: aumento do número de unidades de saúde no município, quantidades de profissionais qualificados, organização da farmácia básica com a quantidade de medicação em acordo com as necessidades do município, qualidade no atendimento, estrutura das unidades de saúde em recursos materiais e humanos para o atendimento, cota de exames ampliada.

Vejo que o que precisa avançar mais é a cobertura da atenção básica realizando o remapeamento e ampliando as equipes de saúde da família. Hoje temos equipes com 5.000 ou 6.000 habitantes dificultando o processo de trabalho, não conseguindo realizar o preconizado pela saúde da família, junto com isso a cobertura das equipes de saúde bucal, hoje das dezesseis equipes de saúde da família só cinco tem saúde bucal 40 horas. Ampliação de mais uma equipe de NASF, hoje trabalhamos fora do que preconiza a portaria (nove equipes por NASF) estão atendendo dezesseis equipes. A rede sente falta de um ambulatório de psicologia ou saúde mental no momento já temos o planejamento deste serviço e o setor de ouvidoria. (S4)

A evolução e ampliação da transparência na gestão, o aumento do quantitativo de profissionais e especialistas e de exames na média e alta complexidade são requeridos como desafios a serem alcançados pelo serviço de saúde da municipalidade de Gaspar. O sistema de saúde universal tem uma

característica responsiva às necessidades da população. No entanto, os subfinanciamentos e percentuais de gastos de origem federal inalterados, mesmo com dados de crescimento de gastos com a saúde entre 2000 e 2012⁽²⁰⁾ dificultam ainda a consolidação de um sistema de saúde qualitativo. Outro fator e que tem congruência com o quantitativo populacional do município em estudo é o número de habitantes menor que 30 mil obstruindo a organização de redes, comprometendo o serviço de saúde brasileiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dos relatos e dos documentos foi viável conhecer o processo de implantação dos serviços em saúde do município de Gaspar, município de Santa Catarina em um recorte histórico de 1973 a 2014.

Os serviços de saúde do município estudado acompanharam o cenário nacional, nos quais, ações e serviços de saúde ofertados pelo setor público eram financiados por recursos federais e/ou estaduais e apenas para os seguradores do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Com base na transformação dos serviços no âmbito nacional, o início dos serviços de saúde no município de Gaspar se deu no ano de 1973, mas foram pouco destacados.

Havia, nessa época, uma concepção da medicina curativista, um modelo de saúde focado em ações médicas e privativas, sem o interesse pela promoção da saúde e prevenção de doenças. Apenas entre os anos de 1993 e 1996 é que ocorreu a municipalização da saúde no município de Gaspar, quando o mesmo passou a gerenciar todos os encargos no setor da saúde, e decorrendo a transformação no modelo de assistência do município, foi possível observar que a transição trouxe muitos avanços para a população residente.

Os avanços conquistados mostraram-se essenciais para o crescimento da saúde no município, como: aumento do número de unidades de saúde no município, quantidade de profissionais qualificados, organização da farmácia básica com a quantidade de medicação adequada, qualidade no atendimento, estrutura das unidades de saúde adequadas para o atendimento, cota de exames aumentados e não menos importante, a humanização do atendimento.

As limitações deste estudo mostram-se no reduzido material documentado da história do desenvolvimento dos serviços de saúde do município. O quantitativo de sujeitos envolvidos evidencia também a rotatividade de profissionais e pessoas envolvidas na organização do setor saúde da municipalidade, que não fragiliza a contação histórica da realidade em curso. Diante do que, limita contradições, que possam existir nessa historicidade.

Nesse sentido, os serviços em saúde no município de Gaspar tiveram sua implantação e desenvolvimento a partir da descentralização, municipalização em congruência com as políticas públicas de saúde instauradas no país à época. E, desde então, vem aprimorando e organizando a gestão dos serviços para sua ampla participação nos programas e políticas ministeriais de saúde, a fim de garantir o acesso e a qualidade à saúde da população.

REFERÊNCIAS

1. Almeida EB, Silva AS, Figueiredo JB, et al. The new cultural history as a methodology proposed for research in the nursing history field. *J. res.: fundam. care. online* 2018. jan./mar. 10(1): 130-136.
2. Fleury S, Ouverney AM. Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p.23-64.
3. Brasil. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório final. 1986, p 4.
4. Padilha MICS, Bellaguarda MLR, Nelson S, Maia ARC, Costa R. The use of sources in historical reserarch. *Texto Contexto Enferm*. 2017; 14(4):e2760017. doi: dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002760017
5. BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.
6. Machado CV. Políticas de Saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018. 23(7):2197-2212. doi: 10.1590/1413-81232018237.08362018
7. Silva BVG. Políticas de Saúde no Brasil: elaboração, institucionalização e implantação do Sistema Único de Saúde entre as décadas de 1980 e 1990. *Aedos*. 2013; 12(5):133-46. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/aedos/article/viewFile/36854/26774>

8. Verdi MIM, Da Ros MA, Cutolo LRA, Souza TT. Especialização Multiprofissional na Atenção Básica: Eixo I Reconhecimento da Realidade. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2013.
9. Bravo MIS. Política de Saúde no Brasil. In: Mota AE, et al. (org.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo, Editora Cortez, 2006. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/sumario.htm
10. Carvalho JM. Cidadania no Brasil: um longo caminho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.
11. Plano Estadual da Saúde. Governo do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.
12. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro. v.20, n.2, abr.-jun. 2013, p.653-673. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>
13. Silva LL, Costa TMT. A Formação do Sistema Previdenciário Brasileiro: 90 anos de História. Administração Pública e Gestão Social. 2016; 8(3): 159-73. doi: <http://dx.doi.org/10.21118/apgs.v1i3.1019>
14. Correia ADMS. Bases legais do SUS: leis orgânicas da saúde. Pós-graduação em atenção básica em saúde da família. 2010.
15. Figueiredo NMA, Tonini T. SUS e PSF para enfermagem. São Caetano do Sul: Yendis, 2008.
16. Verdi MIM, Da Ros MA, Souza TT. Saúde e Sociedade. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.
17. BREILH J. Epidemiologia Crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2006.
18. Marques MB. Breve crônica sobre o Sistema Único de Saúde 20 anos depois de sua implantação. Rev. Saúde em Debate 2009; 33(81):56-65.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Políticas de Saúde: Metodologia de Formulação. Brasília: Ministério da Saúde, 1998
20. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde Universal e resolutivo no Pacto Federativo Brasileiro. Saúde soc. [Internet]. 2017 June; 26(2): 329-335. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017168321>.