

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

SALLANA RIBEIRO DIAS

**DES(PROTEÇÃO) SOCIAL EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DOS INDICADORES
SOCIAIS DAS FAMÍLIAS MIRACEMENSES**

MIRACEMA DO TOCANTINS (TO)

2019

SALLANA RIBEIRO DIAS

DES(PROTEÇÃO) SOCIAL EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DOS INDICADORES
SOCIAIS DAS FAMÍLIAS MIRACEMENSES

Monografia apresentada à Universidade Federal do Tocantins – UFT Campus Universitário de Miracema, como pré-requisito para a obtenção do título de Bacharelado em Serviço Social, sob a orientação da Professora Doutora Rosemeire dos Santos.

MIRACEMA DO TOCANTINS (TO)

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

D541d Dias, Sallana Ribeiro.
 Des(proteção) social em saúde: uma análise dos indicadores sociais das famílias miracemenses . / Sallana Ribeiro Dias. – Miracema, TO, 2019.
 87 f.

 Monografia Graduação - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Miracema - Curso de Serviço Social, 2019.
 Orientadora : Rosimeire dos Santos

 1. Política de saúde. 2. SUS. 3. Des(proteção social). 4. Famílias.
I. Título

CDD 360

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

SALLANA RIBEIRO DIAS

(DES) PROTEÇÃO SOCIAL EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DOS INDICADORES
SOCIAIS DAS FAMÍLIAS MIRACEMENSES

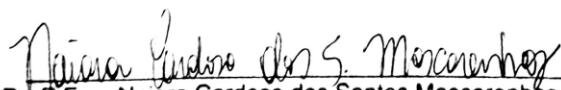
Monografia foi avaliada e apresentada à
Universidade Federal do Tocantins/UFT
- Câmpus de Miracema, curso de
Serviço Social, para obtenção do título
de Bacharel em Serviço Social,
aprovada em sua forma final pela
orientadora e pela Banca Examinadora.

Data de Aprovação: 09/12/2019

Banca Examinadora:



Profª Drª Rosemeire dos Santos - Orientadora - UFT



Profª Esp. Naiara Cardoso dos Santos Mascarenhas - UFT



Assistente Social Esp. Dalsiza Cláudia Macedo Coutinho - UFT

Aos meus pais, com todo meu amor.

AGRADECIMENTOS

Apesar da laicidade da pesquisa, quero agradecer em primeiro lugar a Deus por ter sido minha força e refúgio durante esse caminho.

Nesse momento tão ímpar, deixarei registrado nesse trabalho pessoas das quais cruzaram no decorrer do caminhar, somaram e trouxeram estímulos para o continuar, vocês serão eternizados.

Ao meu pai Noé Dias, e mãe Marinalva Ribeiro, pelo privilegio à essa família pertencer. Obrigado por lutar junto comigo para realização de um sonho, por se esforçarem e acreditarem na minha formação, esse título é nosso. Aos meus irmãos Kayo César e Dayelle, a minha cunhada Dimair Ferreira. Amo vocês família.

A minha sincera amizade Ana Rita Coelho, amiga obrigado pelos seus incentivos, por acreditar e me arrumar forças em momentos que eu não tinha, você apareceu e tudo mudou, trouxe cores para enfrentar a vida com mais leveza, foi meu braço direito nos momentos de aflições, minha calma e o meu riso, umas das pessoas que mais acreditou em mim, anjos aparecem na nossa vida para sermos cuidados, obrigada pela sua existência, amo você e a sua família.

Ao meu eterno amigo Jhon Lennon, que partiu tão cedo, mas deixou seu carinho perpetuado em mim, sempre lembrarei das ligações e de suas animadas palavras, “vai dá tudo certo, confio em você.” Será lembrando em todos os momentos da minha história, dedico esse trabalho à você, meu amigo, meu irmão.

As minhas duas grandes amigas Lauricéia Hintz e Rosiane Fernandes, duas primeiras amigadas que a Universidade me trouxe. Lauricéia, aprendi contigo o significado de respeito e persistência, obrigado pelas manhãs de longas conversas na sacada do prédio da universidade, tornou-se pra mim a irmã mais velha da qual nunca tive. Rosiane, pessoa de um coração enorme, menina brincalhona, forte e sincera, levarei tua amizade pelo resto da vida.

Ao grupo Resistente, em especial: Rosiane Fernandes, Willy Cardoso, Helen Cristina, Andréia Andrade, Lanna Jackellynne e Diana Coelho. Vocês foram a conta de toda minha alegria em está no ambiente acadêmico, cada um me ensinando de forma singular o encerrar a vida.

Raquel Gonçalves e Helen Karita, obrigada pelos conselhos dados, sou fã de vocês, espelho de muitas mulheres mães, esposas, dona de casa que lutam para permanecer na universidade. Vocês têm garra!

À minha amiga Socorrynha, obrigada nega pela preocupação durante esse período, sei que o universo ti reserva o melhor por ter uma alma tão generosa como a tua, gratidão por ter você.

A tia Marilene Dias e família, não mediram esforços em me acolher no início da graduação em sua casa, obrigada pelo carinho, pela atenção, meus agradecimentos de coração. À minha amiga Euriene, pelas conversas distraídas que me alegravam e dava ânimo para continuar.

Ao Rogério Medrado, pelo apoio nas horas mais difíceis quando precisei, por me proporcionar tantas alegrias, aprendi o significado de humildade contigo, és um ser humano de grande coração, ti admiro muito.

A minha supervisora de campo Fabiane Camargo, tive a oportunidade de ser sua estagiária e foi de suma importância no processo de estágio, és uma excelente profissional, aprendi muita coisa contigo. Obrigada.

Agradeço a minha banca avaliadora, que se propuseram a ler minha pesquisa, a fazer contribuições para o aprimoramento do meu trabalho, obrigada pelo tempo e dedicação destinados a leitura e avaliação deste estudo, vocês são peças fundamentais para o meu título de graduação.

Por fim, agradeço a minha orientadora Rosemeire dos Santos, pessoa em que tenho bastante admiração e carinho, momentos de diálogos, de trocas, de risos e orientações que serão eternizados. Grata pela paciência e por acreditar em mim.

Obrigada a todos!

O ANALFABETO POLÍTICO

O pior analfabeto
É o analfabeto político
Ele não ouve, não fala,
Nem, participa dos acontecimentos políticos.
Ele não sabe o custo da vida,
O preço do feijão, do peixe, da farinha,
Do aluguel, do sapato e do remédio
Dependem das decisões políticas.
O analfabeto político
É tão burro que se orgulha
E estufa o peito dizendo
Que odeia a política.
Não sabe o imbecil que,
Da sua ignorância política
Nasce a prostituta, o menor abandonado,
E o pior de todos os bandidos,
Que é o político vigarista
Pilantra, corrupto e lacaio
Das empresas nacionais e multinacionais.

Bertolt Brecht

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) expõe a discussão sobre “Des(proteção) social em saúde das famílias miracemenses: uma análise dos indicadores de saúde”, com o objetivo de analisar e conhecer a realidade do município de Miracema do Tocantins na prestação de serviços para proteção social em saúde. A pesquisa permitiu conhecer o processo de organização dos serviços de saúde no município de Miracema, que através dos indicadores de saúde disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, aliado a isso, foram analisados os dados obtidos do instrumental do Grupo Estudo e Pesquisa em Proteção Social e Famílias (GEPSSFAM/UFT) da qual a pesquisadora é membro, onde expõe fatores externos ligados diretamente a proteção social em saúde das famílias miracemenses. A pesquisa caracteriza de cunho qualitativo e quantitativo, para análise dos resultados, apropriou-se do materialismo histórico dialético.

Palavras-chave: (Des)Proteção Social, Saúde, Família.

ABSTRACT

This Course Conclusion Paper exposes a discussion on “The social protection in health of Miracemense families: an analysis of health indicators”, with the objective of analyzing and knowing the reality of the municipality of Miracema do Tocantins, in the provision of services for protection. social health. A survey allowed to know the process of organization of health services in the municipality of Miracema, which through the health indicators provided by the Municipal Secretariat of Health, allied to this, the data displayed by the instruments of the Study and Research Group in Social Protection and Families (GEPSSFAM / UFT) of who is researcher and member, where it exposes external factors linked directly to the social protection in health of the families miracemenses. A research characterized by qualitative and quantitative nature, for results analysis, appropriated the dialectical historical material.

Keywords: (Dis) Social Protection, Health, Family.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Mapa 1 – Regionalização da Saúde no Tocantins – 2012	55
Mapa 2 – Níveis de Atenção à Saúde / Região Capim Dourado.....	58
Gráfico 1 – Unidades Básicas de saúde / Urbanas	61
Gráfico 2 – Faixa etária	65
Gráfico 3 – Informe epidemiológico de sífilis no Tocantins 2017-2018	66
Gráfico 4 – Casos de sífilis em Miracema 2017-2018	66
Gráfico 5 - Configuração familiar.....	71
Gráfico 6 – Renda por domicílio	72
Gráfico 7 – Pessoas de 25 anos ou mais de idade / Nível de instrução.....	73

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1 – Região de Saúde Capim Dourado / População.....	55
Quadro 1 – Princípios Doutrinários e Organizativos do SUS	44
Quadro 2 – Níveis de Atenção à Saúde	57

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIS	Ações Integradas de Saúde
BM	Banco Mundial
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GEPPSFAM	Grupo de Estudo e Pesquisa em Proteção Social das Famílias
IAPAS	Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social
IBGE	Instituto Brasileiro Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Previdência Médica da Previdência Social
MOPS	Movimento Popular de Saúde
MPAS	Ministério da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSE	Política Social Especial
RBS	Reforma Sanitária Brasileira
RDQ	Relatório Detalhado Quadrimestral
SEMU	Secretaria Municipal de Saúde
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFT	Universidade Federal do Tocantins

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 FAMÍLIAS: DO ESTADO SELVÁGICO À CIVILIZAÇÃO.....	16
2.1 Introdução ao debate sobre a formação social histórica da família brasileira	19
2.2 O preço da civilização sobre a saúde da população.....	22
2.3 Fase colonial ao império: algumas considerações na saúde das famílias ..	25
3 PERÍODO REPUBLICANO E SUAS MEDIDAS DE SAÚDE	31
3.1 Estado novo na prestação de serviços de saúde.....	35
3.2 Construção do Sistema Único de Saúde.....	40
3.3 Neoliberalismo e os impactos na saúde	47
4 UNIVERSO DA PESQUISA, MÉTODOS E PROCEDIMENTOS	51
4.1 Conhecendo o campo da pesquisa	54
4.2 Atenção básica e seus indicadores de saúde: análise e discussão.....	63
4.3 Breve perfil das famílias miracemenses	71
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS.....	78

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo aborda a (Des)proteção social de saúde das famílias miracemenses, pesquisa que se deu pelo interesse a partir das várias vivências durante o processo de graduação em Serviço Social. O processo de Estágio e Supervisão I e II, realizado na Proteção Social Especial (PSE) no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), localizado no município de Palmas -TO permitiu compreender que a Política Social Especial (PSE) atenta-se no olhar complexo às famílias e indivíduos, permitindo compreender a gênese e os impactos das situações de risco pessoal e social, e conseqüentemente, a violação de seus direitos.

Aliado a isso, cursei a disciplina de “Conceito de Família e Serviço Social”, em que ocorrem discussões de textos sobre a centralidade das famílias diante das políticas de proteção social, tendo como mola propulsora o Estado Burguês, que adequa seus programas e serviços no cotidiano das famílias, responsabilizando pela sua autoproteção.

Após o processo de estágio realizado no CREAS, iniciei o Estágio III no Hospital Referência Público de Miracema-TO. A relação teoria/prática inserida, possibilitou conhecer o agir profissional, e suas dimensões teórica-metodológica, ético-político e principalmente a dimensão técnico-operativo, exigindo o enfrentamento das expressões/manifestações da questão social na realidade social vivenciada pela população usuária. Ali pude observar alguns dos principais obstáculos na prática profissional, a precarização do trabalho, a desqualificação profissional, falta de recursos, falta de medicamentos, falta de ambulâncias, dentre muitos outros obstáculos observados.

Cabe ainda ressaltar, o liame ao Grupo de Estudo e Pesquisa em Proteção Social e Famílias – GEPPSFAM/UFT, que no momento desenvolve uma pesquisa cujo objetivo é analisar as condições de (DES)proteção social das famílias Tocantinenses que envolve levantamentos de dados censitários.

As inquietações que levaram a construção deste estudo surgiram das experiências abordadas e deram o incentivo a pesquisadora em ter suas primeiras análises sobre as condições de (Des)proteção em saúde das famílias miracemenses, procurando conhecer a realidade dessa população usuária do SUS através de dados censitários, documentos on-line e relatórios municipais.

Os principais objetivos da pesquisa foram: 1) Mapear a rede de Atenção Básica de proteção à saúde as famílias Miracemenses; 2) Verificar quais são os indicadores sociais de proteção das famílias Miracemenses de acordo com os dados censitários, relatório e documentos da Atenção Básica; 3) Conhecer a realidade do município no que refere a promoção da saúde.

Logo, para entender as famílias, necessitamos remeter aos dados de como vem sendo constituídas ao longo da história. O estudo apresenta os primórdios da historicidade da família que esteve atrelada aos interesses econômicos. A interferência externa modificou o seio familiar ao longo da história, a família torna-se uma instituição fundamental para sustentação do desenvolvimento do Estado burguês. Traz também a historicidade da família brasileira desde os tempos coloniais, cabendo a família a proteção de seus membros.

O percurso do estudo, buscou traçar a historicidade da família atrelada as condições de saúde vivenciada em cada período da história brasileira até a construção do Sistema Único de Saúde. Dedicou-se um tópico do trabalho para discussão da atual conjuntura que permeia a Saúde dentro dos ditames do neoliberalismo.

Acredita-se que a pesquisa em Serviço Social adequa-se não somente para entender e compreender as análises do real, mas, sobretudo, propiciar meios de intervenções profissional e multiprofissional. A pesquisa propôs em contribuir, analisando os principais entraves na Atenção Básica de Saúde no município de acordo com os indicadores de saúde, a importância dos indicadores não está apenas na possibilidade de medir e avaliar os avanços, trata-se de um instrumento de poder, que possibilite uma cidadania digna.

2 FAMÍLIAS, DO ESTADO SELVÁTICO À CIVILIZAÇÃO

A discussão de Família no Brasil, não é algo recente, todavia, se fez necessária compreender a direção das políticas sociais de proteção social que coloca a família como alvo de intervenção e também como corresponsável pela proteção social de seus membros. Logo, se faz necessário a compreensão sócio histórica da família em toda a sociedade, pois parte-se de que a família é uma instituição social presente na sociedade desde seus primórdios e sofre toda e qualquer influência, interna e externa, como qualquer outra instituição social.

Segundo Engels (2002) no texto introdutório da obra, a sociedade não tinha a discussão sobre família, a referência encontrava-se nos "Cinco Livros de Moisés". Um dos primeiros estudiosos sobre a sociedade matriarcal¹, ou melhor, sobre a origem de organização familiar, foram: Johann Jakob Bachofen (*Direito Materno* - 1861); John Ferguson McLennan (*Primitive Marriage* – 1865); Lewis Henry Morgan (*Systems of Consanguinity and Affinity of the Human Family*, 1871); Giraud-Teulon (*As origens da família* – 1874); Lewis Henry Morgan (*A sociedade Antiga* – 1877); e Friedrich Engels (*A origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado* – 1884). Cada um na sua perspectiva e tempo mostraram como o tempo histórico, econômico, político e as ações relacionais e afetivas modificaram o interior da família.

Na análises dos estudos de Engels sobre a família e a propriedade privada, um dos mais importantes debates sobre a história da família que tem como concepção marxista sobre a perspectiva do materialismo histórico, o autor amparou suas investigações retomando os estudos do antropólogo norte-americano Lewis Henry Morgan que dedicou-se 40 anos de estudos sobre o assunto, buscando entender o desenvolvimento das formas de matrimônios trazendo à tona questões sobre o matriarcado, patriarcado, desigualdade de gênero, opressão dentre outros. Engels debruçou sobre a obra de Morgan realizado no Estado de Nova York, sobre o sistema de parentescos dos índios iorqueses, desenvolvendo assim as faces de desenvolvimento, dos quais chamou de “Estágio pré-históricos de Cultura”, esses permitiram a Morgan estabelecer e classifica-los em três estados, são eles: Estado Selvagem; Barbárie e Civilização, como explica:

¹ A etimologia de *matriarca* deriva do grego *mater* ou *mãe* e *archein* (*arca*) ou *reinar, governar*. É um termo que refere-se as formas de sociedade nas quais o poder e a liderança era exercido pela mulher.

Por ora, podemos generalizar a classificação de Morgan da forma seguinte: *Estado Selvagem* - Período em que predomina a apropriação de produtos da natureza, prontos para ser utilizados; as produções artificiais do homem são, sobretudo, destinadas a facilitar essa apropriação. *Barbárie* - Período em que aparecem a criação de gado e a agricultura, e se aprende a incrementar a produção da natureza por meio do trabalho humano. *Civilização* - Período em que o homem continua aprendendo a elaborar os produtos naturais, período da indústria propriamente dita e da arte. (ENGELS, 2002, p. 32).

Engels dedicou-se a apresentar as formas de matrimônio que levaram à formação da família, tendo como exemplos os modelos de família, tais como: a Família Consanguínea; a Família Panaluana; a Família Sindiásmica e a Família Monogâmica. A *Família Consanguínea* que seriam descendentes de um casal, em casa uma cujas gerações sucessivas fossem entre si irmão e irmãs e, por isso mesmo, maridos e mulheres uns dos outros, ou seja, as relações entre irmãs e irmãos nesse modelo são permitidas para a reprodução da família através de relações carnais mútua, havendo uma promiscuidade tolerante.

Se no primeiro progresso de organização da família, excluiu os pais e filhos das relações sexuais, a *Família Panaluana*, foi a exclusão de irmãos e irmãs acabando gradativamente pela proibição do matrimônio entre irmãos e irmãs, primos e primas, passando assim a indicar os graus de parentescos, tendo pela primeira vez a categoria dos sobrinhos e sobrinhas, dos primos e primas, em que não tinham no sistema familiar anterior, tal tipo de matrimônio por grupos² a descendência somente é estabelecida pela linhagem materna.

A *Família Sindiásmica*, tornou-se proibido o matrimônio entre parentes consanguíneo levando assim a um grande passo para o desenvolvimento, segundo Engels, para a família monogâmica. Observa-se que nesse estágio que o matrimônio era por pares, e a linhagem feminina ainda permanece, porém, aqui é cobrado a rigorosa fidelidade das mulheres sendo o adultério cruelmente castigado, enquanto é atribuída a infidelidades e a prática da poligamia apenas para os homens. Foi introduzido na família um novo elemento, [...] “Junto à verdadeira mãe tinha posto o verdadeiro pai” [...] (ENGELS, 2002, p. 58) da mesma forma, que ia aumentando a riqueza e os bens dentro da gens, dava ao homem uma posição mais importante que a da mulher, logo, modificava com muita facilidade a organização familiar em proveito

² É uma forma de casamento em que mais do que um homem e uma mulher formam uma unidade familiar.

de seus filhos e interesses a ordem e a herança estabelecida, abolindo a filiação feminina e o direito materno.

Nota-se, que enquanto nas formas anteriores as mulheres possuíam grande força dentro do clã, assim como, em todos os lugares, as mulheres entre as fases inferior, não era somente livre como também muito consideradas. Aos disfarces religiosos pela transgressão do antigo testamento dos deuses como uma penitência imposta à mulher comprar seu direito à castidade, em outras palavras, para a mulher se “liberta” da relação entre vários maridos, passando para si o direito de não entregar a mais de um homem. Com isso, mostra claramente a influência religiosa sobre o comportamento das mulheres, perdendo seu caráter inocente primitivo e selvático dando brechas a uma estrita monogamia exercida apenas por mulheres, semelhantemente, a propriedade privada concentrava-se nas mãos dos homens, que passa a ter domínio de suas propriedades e também sobre a mulher, ou seja, a mulher torna-se propriedade do homem.

Ademais, a centralidade do matrimônio que encontravam-se nas mãos das mulheres com base o direito materno³, concentra-se agora nas mãos do homem, substituindo os bens e heranças e o direito hereditário materno pelo direitos hereditário paterno. Quanto a divisão do trabalho na família, ao homem responsável pela procura da alimentação e os instrumentos de trabalho e a mulher aos utensílios domésticos, assinalando a passagem da família monogâmica e patriarcal.

A *Família monogâmica*, tem como regra o predomínio do homem, apoiado no Código de Napoleão, que concede o direito à infidelidade conjugal ao homem, desde que não leve a concubina ao domicílio conjugal. A mulher por sua vez, ao questionar antigas práticas sexuais e tentar renová-las, será castigada rigorosamente, o que deixa claro que a monogamia era apenas para as mulheres, esse tipo de família se baseia em condições econômicas. Nesse modelo familiar, a monogamia acentuou a escravidão e opressão de gênero, do sexo masculino sobre o feminino, o que é senão o retrocesso em nome do desenvolvimento e da sociedade civilizada.

Com a família individual monogâmica, o governo do lar perde o caráter de produção social e transforma-se num serviço privado, que é acompanhado da opressão econômica da mulher, submetida a relações de propriedade e poder do patriarca, que tem a posse não apenas da propriedade, mas da família e dos empregados. (ZOLA, 2011, p. 28).

³ Fruto do matrimônio por grupos.

Buscar uma conceituação precisa, remete a levar em consideração que a família sofreu e sofre interferências externas, assim como, tem afirmado vários estudiosos sobre o tema. A origem etimológica da palavra “família” vem do latim “famulus” que significa servo ou escravo, ou seja, relação que foram construídas pelas noções de “obediência” e “pose”, as mulheres e filhos deviam total obediência ao seu marido, e os filhos deviam a vida, em que os pais julgavam o direito absoluto.

O termo FAMÍLIA origina-se no latim FAMULUS que significa: conjunto de servos e dependentes de um chefe ou senhor. Entre os chamados dependentes inclui-se a esposa e os filhos. Assim, a família grego-romana compunha-se de um patriarca e seus fâmulos: esposa, filhos, servos livres e escravos. (PRADO, 1981, p. 56).

A questão de “Pose”, está intrinsecamente vinculada ao poder patriarcal, que gira em torno do poder do homem sobre os demais dependentes. A tradicional família patriarcal/nuclear tem como base a centralidade do poder posto no homem, assim, a mulher é subordinada ao poder do seu marido e os filhos ao poder do pai.

As afirmações feitas até aqui, apresenta os primórdios da historicidade da família que esteve alinhada junto aos interesses econômicos, da mesma forma que, quanto mais se desenvolvia as relações econômicas mais opressivas as relações se tornaram para as mulheres. Contudo, a família molda ao longo do desenvolvimento das relações econômicas, inseridas na divisão do trabalho definindo os papéis das funções destinadas a mulher e homem, construídas sob as relações de opressão de gênero. Não queremos aqui limitar a discussão de gênero, e sim mostrar, que a interferência externa de acordo com seus interesses econômico, políticos e sociais, a moldaram a configuração familiar, sem dúvida, a família torna-se uma instituição fundamental para sustentar para o desenvolvimento do Estado.

2.1 Introdução ao debate sobre a formação social história da família brasileira

Estudiosos afirmam que no caso brasileiro, a institucionalização da família brasileira acontece a partir de 1500, no entanto, essa afirmação está assentada sob o viés de família burguês europeu, o que a torna verdadeira, todavia, é necessário recordar que em solo brasileiro viviam as famílias tradicionais indígenas. Para entender as primeiras configurações da família é preciso olhar para as raízes do processo de colonização portuguesa e suas implicações na configuração destas.

Há historiadores e estudiosos sobre a história do Brasil que afirmam que o “descobrimento” em 1500 trouxeram questionamentos a respeito de tal descoberta, autores como Boris Fausto, um dos grandes historiadores brasileiros, argumenta que a família brasileira, configurada muito antes do “descobrimento” ocorrido no período colonial de 1500 a 1822, mostrou em diferentes concepções que o termo utilizado pelos portugueses tornou-se inapropriado, “Chegou a hora de dizer a verdade que essas expressões se prestam a engano, pois podem dar ideia que não havia presença humana anterior à chegada dos portugueses ao Novo Mundo” (FAUSTO, 2004, p. 33). Refere-se aqui aos índios, ou melhor, aos ameríndios.

Ademais, torna-se válido desvendar as façanhas deixadas pelo europeu colonizador, ou melhor, pelo invasor assim como chama o autor Darcy Ribeiro, dando a palavra aos verdadeiros nativos da terra. Segundo Santos (2016, p. 20) a colonização não teve de início a busca de “terras para viver” e sim, para ser explorada em suas raízes naturais, visando fortalecer o processo de mercantilização dos interesses da Metrópole.

A população tradicional indígena obtinha o necessário para manter sua sobrevivência, plantando feijão, milho, abóbora e mandioca dentre outros. Produzia-se de acordo com suas necessidades trocando entre as aldeias alimentos que faltava em seu consumo, como também tinha de costume dentro de sua cultura trocas de mulheres.

Mas existiam contatos entre elas para a troca de mulheres e de bens de luxo, como penas de tucano e pedras para se fazer botoque. Dos contatos resultavam alianças em que grupos de aldeias se posicionavam uns contra os outros. A guerra e a captura de inimigos – mortos em meio à celebração de um ritual canibalístico – eram elementos integrantes da sociedade tupi. Dessas atividades, reservadas aos homens, dependiam a obtenção de prestígio e a renovação de mulheres. (FAUSTO, 2004, p. 40).

Predominava-se em algumas tribos a poligamia⁴, que tinha como sinal de status e poder masculino dentro das tribos, a prática inversa também era admitida, ou seja, a índia poderia abandonar o marido para viver com outro.

Com a chegada dos missionários jesuítas os costumes foram excluídos através da catequese, substituindo aos poucos pela forma de organização familiar europeia,

⁴ **Poligamia** é um sistema onde o **homem tem mais de uma mulher** ao mesmo tempo, ou até mesmo, sendo menos comum, onde a **mulher tem mais de um marido** simultaneamente.

abandonando importantes aspectos culturais e sociais pela imposição monogâmica⁵ do casamento incorporando aos poucos os costumes do branco, crenças e religião, como explica Fernandes (2006, p. 101) “Faltando a religião, deveriam os soldados de Cristo lutar contra as “gentilidades” – a poligamia, o canibalismo, a nudez, as bebedeiras... –, trazendo os bárbaros à civilização.”

É possível afirmar que a Índia foi a base da formação da família colonial. A Índia adaptou-se e transmitiu seus costumes para o colonizador “Restaram os mestiços, produto do intercuro sexual de Índia e portugueses. Permaneceram os costumes de seu povo, que elas trouxeram ao seio da família: a cozinha, a higiene, o banho, as danças, a religiosidade” (BASTOS, 1999, p. 225).

Pode-se então perceber que forma de organização familiar nos primórdios da família brasileira, encontra-se presente nos costumes e na cultura de cada aldeia, excluindo a moral e o conservadorismo europeu e religioso, imposto principalmente por padres jesuítas, com o objetivo de adequar o índio como bom cristão, em outras palavras, para tentar escravizá-los e adquirir hábitos, costumes e crenças europeias, servindo aos “colonizadores” como ponte de mediação para desbravamento das terras virgens, as uniões monogâmicas que reforçava a construção da família, tendo como interesse na procriação e conseqüentemente no aumento da mão de obra.

[...] Por sua vez o invasor pouco numeroso foi desde logo contemporizando com o elemento nativo; servindo do homem para as necessidades de trabalho e principalmente de guerra, de conquista dos sertões e desbravamento do mato virgem; e da mulher para as de geração e de formação de família (FREIRE, 2006, p. 158).

Além do contato do indígena e portugueses, o negro marcado pela escravidão baseado na violência, deram sua contribuição, mudando suas práticas religiosas misturadas ao catolicismo, a aculturação e adaptação fazendo a escravidão um “discurso proferido pela Igreja e pelos proprietários entendia tal trabalho árduo como uma atividade disciplinadora e civilizadora” (SCHWARCZ; STARLING, 2015, p. 91).

Apesar das impunidades cometidas, firmou-se povos, culturas e heranças que marcaram no desenvolvimento brasileiro, como mostra:

O início do século XX, a partir desse percurso, se reveste de um *mix* econômico agrícola-industrial, em que a “Família Brasileira” tem por raiz um *mix* de culturas, desde a população indígena – uma população autônoma com

⁵ Regime ou costume em que é imposto ao homem ou à mulher ter apenas um cônjuge, enquanto se mantiver vigente o seu casamento.

cuidados coletivos dos índios que trouxeram à família brasileira costumes culinários, aspectos de religiosidade, o banho, o tratamento pelas ervas medicinais. Da população negra seguiu a herança das manifestações de alegria com a música, costumes culinários, hábitos religiosos, a força do trabalho braçal, a prática da capoeira, entre outros. A influência europeia, primeiramente pelos colonizadores portugueses contou com o processo de holandeses, franceses e espanhóis em disputa da terra; com a imigração do século XX, a influência italiana, alemã e asiática, sobretudo do Japão. (SANTOS, 2016, p. 23).

É sobre esse desvendar da história brasileira, que pode-se compreender quais foram as particularidades da formação da família brasileira é o que o processo de colonização implicou em sua construção ou desconstrução, considerar a miscigenação de raças, povos, costumes e culturas o como designou o processo de proteção social, em especial na saúde.

2.2 O preço da civilização sobre a saúde da população

Ao contrário do que se imagina os índios não eram preguiçosos e tão pouco vadios, como o senso comum conservador analisa, a mesma não é compatível com o trabalho intensivo e exploratório ao qual eram submetidos pelos colonizadores, além do trabalho escravo, da invasão e violência cultural, o contato com os brancos trouxe várias epidemias e mortes, assim entendida pelo autor:

A branquitude trazia da cárie dental à bexigam, à coqueluche, à tuberculose e o sarampo. Desencadeia-se ali, desde a primeira hora, uma guerra biológica implacável. De uma lado, povos peneirados, nos séculos e milênios, por pestes a que sobreviveram e para as quais desenvolveram resistência. Do outro lado, povos indenos, indefesos, que começavam a morrer aos magodes. Assim é que a civilização se impõem, primeiro, como uma epidemia de pestes mortais. Depois, pela dizimação através de guerras de extermínio e da escravização. (RIBEIRO, 1995, p. 47).

Devido as consequências trazidas pelo invasor, em 1758 a Coroa determinou a libertação dos indígenas. Com isso a execução do trabalho braçal ainda se faz necessário, o que significa, buscar explorar outra mão-de-obra, assim a escravidão se volta para a população negra que é capturada nos países africanos e trazida para o Brasil.

A escravidão era o meio mais rendável aos negócios da Coroa, pois os portugueses tinham conhecimentos de suas habilidades que provinham do trabalho no campo. Não muito diferente do índio, o negro procurou resistir a escravidão, à exemplo, as resistências formavam-se os quilombos.

O negro foi escravizado durante séculos, por representar fonte de lucro e acúmulo de capital para a economia portuguesa. Porém, diferente do índio, o negro via-se separado do seu meio, estando em terras estrangeiras dependendo de uma forma do trabalho para sua sobrevivência. O negro sem dúvida foi alvo de grande desumanidade cometidos pelas forças maiores que não deram sua devida importância, a igreja e a Coroa opuseram-se de tomar medidas cabíveis a escravidão, pois tinha como o negro seu objeto e atribuíam a eles vários argumentos como seres inferiores.

No que diz respeito, análises realizadas por Freire (2006), rebate as teorias racistas e deterministas da escravidão sobre o mito da inferioridade do negro, o autor contrapõe apontando-lhes aspectos fisiológicos, culturais, diferenças sociais e a facilidade de adaptação no solo brasileiro.

Semelhantemente, a doença também era atingida pelos negros diante das precárias condições de trabalho, habitação, alimentação e saúde abrindo brechas para o adoecimento da população, que por sua vez, trabalhava apenas para manter o sustento e a sobrevivência. Como destaca a autora:

A esse modo a estratificação social corresponde a monocultura canavieira. Para Gilberto Freire, a monocultura, embora atuando positivamente no processo de constituição da sociedade, acaba por agir negativamente no desenvolvimento físico dos habitantes da região, provocando a subnutrição. Escapam, dela os brancos de casa-grande e o escravo negro. A subnutrição, ao lado da sífilis, opera como depauperadora da energia econômica da população. (BASTOS, 199, p. 222).

O poder que os senhores detinham sobre os escravos é posto com bastante violência, possivelmente para mantê-los sobre seu domínio, pois os mesmo não tinha outra saída a não ser submeter ao trabalho compulsório e conseqüentemente as precárias condições de vida dentre outros aspectos vivenciados na senzala era reflexo dessa dominação.

Diante das péssimas condições de sobrevivência, destaca o papel da proteção da família em amenizar as péssimas condições de vida, [...] “a família desempenhou um papel fundamental na sociedade colonial, aparecendo também como solução para os problemas de acomodação sócio-cultural da população livre e pobre” (SAMARA, 2004, p. 11). Via-se nela a proteção e sobrevivência, uma instituição indispensável para a reprodução de uma estrutura econômica de base agrária, latifundiária e escravocrata no Brasil – colônia.

No interior das relações entre indígenas, asiáticos, negros e outros invasores, tinha-se como resultado a miscigenação. A mestiçagem de raças, que esteve presente no seio da família colonial, parte também na relação entre casa grande e senzala, em outras palavras, na relação afetiva entre senhores, índias e escravas, onde deram um novo modelo a família colonial assentado no poder patriarcal, que segundo Samara (2004, p.10) “A família patriarcal era a base desse sistema mais amplo e, por suas características quanto a composição entre seus membros, estimulava a dependência da autoridade paterna e a solidariedade entre os parentes.”

A organização familiar girava em torno da dependência concentrada no poder patriarcal. Entendida como [...] “a estrutura familiar que não somente identifica o indivíduo pela origem paterna (patrilinear) mas ainda dá ao homem o direito prioritário sobre o filho e um poder sobre a pessoa de sua esposa” (PRADO, 1981, p. 59) Cabe aqui enfatizar a autoridade do marido sobre a mulher e seus filhos e os demais sob sua influência, atribuindo-lhes papéis e poderes desiguais no casamento, a mulher responsável pelo cuidado do lar e o marido pelos negócios e a honra da família.

Afirma-se aqui a noção de proteção social esteve atrelada, “[...] a noção de indivíduo, na cultura brasileira, ainda não havia se enraizado, e o bem-estar social significava antes de tudo o pertencimento a algum grupo familiar” (ALVES, 2009, p. 2). Atribui-se então a família uma característica de “O bovarismo⁶ nacional faz outra característica que tem nos definido enquanto nacionalidade: o “familismo”, ou em costume arraigado de transformar questões públicas em questões privadas.” (SCHWARCZ & STARLING, 2015, p. 17) O que possibilita compreender que a família naquele momento seria indispensável para reprodução das relações sociais, ou seja, para amenizar as consequências da escravidão, sendo ela o primeiro suporte para garantir a proteção de seus membros.

Da mesma forma, em que os indivíduos necessitavam em associar-se em uma família em busca de proteção, isso daria também legitimidade ao poder do patriarca que contribuía para influência política que diante desta concepção, a Igreja conservadora e o Estado foram seus aliados, logo, o poder esteve dentro das três esferas: Igreja, famílias e Estado. Sendo este último afetado ou controlado pela preeminência de certas famílias ao nível local como aponta Prado:

⁶ A expressão “bovarismo” para as autoras, estaria ligada a ideia de recusar o país real e imaginar um país diferente do é, já que esse não nos satisfaz.

Dessa forma, a Igreja, que é tanto ou mais tradicionalista que a família, sacraliza as principais manifestações da vida familiar, como nascimento, o casamento, a morte etc., e condena (punido conforme o caso) a interrupção da gravidez, o divórcio, o exercício da sexualidade livre etc. toda infração às normas é sancionada. Os deuses, com frequência, apresentam um modelo eterno e supremo de família extensa e patriarcal. (PRADO, 1981, p. 74).

Desde maneira, pode-se perceber é que a Igreja e o Estado passaram por muitos anos atrelada os interesses dos grandes latifundiários sustentando e enquadrando os indivíduos no modelo da família patriarcal. Nesse tópico é possível afirmar que a colonização desencadeou em especial ao indígenas e negros precárias condições de vida, que envolve aspectos culturais, éticos-raciais, adoecimento e extermínio. A família soube o papel de proteção dos seus membros, em troca da submissão do poder patriarcal, o acesso a proteção resumia-se na participação de algum seio familiar.

No tópico a seguir, veremos como da fase colonial ao império, e abordaremos a saúde diante desses dois períodos.

2.3 Fase colonial ao império: algumas considerações na saúde das famílias

Os rumos dados as condições de sobrevivência das famílias pobres no período colonial era de difícil acesso com a falta de médicos, com isso, recorria os recursos da terra, plantas e ervas medicinais praticada por curandeiros, que obtinha conhecimentos empíricos, com a carência de profissionais cresciam cada vez mais os chamados boticários, como exemplifica:

A carência de profissionais médicos no Brasil Colônia e no Brasil Império era enorme, para se ter uma ideia, no Rio de Janeiro, em 1789, só existiam quatro médicos exercendo a profissão (SALLES, 1971). Em outros estados brasileiros eram mesmo inexistentes. A inexistência de uma assistência médica estruturada, fez com que proliferassem pelo país os Boticários⁷ (farmacêuticos). (POLIGNANO, 2001, p. 3)

Com o difícil acesso a saúde, àquele que via sem um grupo familiar, sendo ela à primeira instância de proteção social, sofria em dobro com as más condição de saúde e de insalubridade. Assim pode-se destacar que:

Até o século XVII, a sociedade colonial tinha como características a sua desarticulação e fragmentação nas grandes famílias patriarcais. Cada família era um mundo, com seu chefe, mulheres, crianças, agregados e parentes.

⁷ Não tinha o aprendizado acadêmico, porém, exercia suas atividades como médicos.

Seu espaço: a casa. A rua, espécie de depósito de lixo, era o lugar do povo, dos que não viviam em família, a casa, misto de unidade de produção e consumo, era escura, insalubre e de construção primitiva. A varanda concentrava-se a vida social, comia-se muitas vezes no chão, sobre esteiras, com as mãos. (LOBO, 1981, p. 101).

Pontua-se que as populações mais pobres e escrava sofriam com a falta do acesso a assistência médica, essa situação estaria relacionada a falta de interesse da Coroa sobre a saúde da população, não havia uma visão sobre saúde pública ou coletiva, se uma parte sofria com a falta de assistência médica, noutra, os senhores de café tinha acesso aos profissionais que era trazidos de Portugal, a noção de saúde pública estava vinculada a culpabilização dos sujeitos, restando aos que se encontravam a mercês de tal situação a solidariedade da Santa Casas de Misericórdia⁸, enquanto os senhores de café tinha acesso aos profissionais que eram trazidos de Portugal.

Praticava-se uma saúde curativa através das práticas da Fisicatura, ou melhor, “arte de curar”⁹, e não tinha uma perspectiva de prevenção da doença, e que esse cenário mudaria a partir do século XIX com a chegada do Corte Portuguesa.

A Fisicatura não daria conta das inúmeras demandas de saúde na colônia, população crescia constantemente, as cidades tomando formas e com elas a insatisfação da infraestrutura e questões sanitárias ainda era poucos discutidas, torna-se necessário a intervenção da Coroa na questão da saúde abordando através das Ordenações Filipinas de 1604 atribuindo as Câmaras Municipais¹⁰ o dever de zelar pela limpeza da cidade enfrentando a sujeira, sua intervenção também estava ligada a fiscalização dos portos, de alimentos, doentes e doenças, pelas entrada e saída de peste eram parte de suas ações “[...] tinha como objetivo principal detectar doentes de um mal considerado contagioso e que pode propagar sua doença pela cidade ou exportá-la para o Reino.”(MACHADO, 1978, p. 42)

A fiscalização dos portos, mantinha o controle e a punição, exclusão e isolamento desses sujeitos, a saúde tornou-se peça fundamental nas pautas da

⁸ No Brasil, a Santa Casa de Misericórdia surgiu no período colonial, em Olinda, na capitania de Pernambuco, em 1539. Seu objetivo era atender enfermos e inválidos dos portos e moradores das cidades. Algumas cidades instalaram as casas de misericórdia, dentre elas, Bahia, Rio de Janeiro,

⁹ Atividades médicas regulamentadas por uma instituição chamada Fisicatura-Mor, responsável pela fiscalização e autorizações e licenças para atuação de terapeutas.

¹⁰ As ações das Câmaras Municipais eram pautadas em punições e acompanhamento dos municípios na fiscalização de doenças e alimentos, limitava-se ao bom funcionamento das cidades, e não em prevenir os casos de doenças presente naquele período.

Coroa, pois visava ter uma população saudável para garantir a mão de obra e consequentemente o lucro, como explica:

A consideração tanto da cidade quanto do porto, do ponto de vista da doença possível, adquire sua significação mais profunda no quadro da política metropolitana, que procura maior controle comercial e militar na colônia, na medida em que ela é produzida. É frequentemente nos documentos a ênfase dada ao particular cuidado da sua majestade com a saúde dos povos e conservação do Estado. A população, vital para defender a terra e fazê-la produzir, aparece como elemento a ser preservado em vida, como vassalo do Rei, povoadores de uma terra disputada e produtora. É nesse contexto que sujeira e doença articulam-se como binômio a ser evitado. Como também é a partir dele que se explica o medo e o perigo da peste, na medida em que ela dizima as populações a ponto de paralisar a cidade e mesmo diminuir a mão de obra. (MACHADO, 1978, p. 43).

É importante salientar que, as consultas realizadas pelas Câmaras aos médicos ampliaram o discurso da administração colonial em relação a sua intervenção com a saúde, não se restringindo apenas as questões voltadas a limpeza e urbanização das cidades dentre outros fatores aqui mencionados, como explica Galvão (2001), o discurso médico aderindo novas formas de controle, evitando a vadiagem são proposta de retornar para o campo famílias que não possuía condições financeiras de se manter nas cidades, vivendo em péssimas situações. Por certo, vemos que suas ações estão voltadas para casos isolados igualmente a responsabilização dos sujeitos e famílias.

O modelo de punição e a ineficiência já não era suficiente para manter a ordem e controlar a cidade em função dos interesses do Estado, e mais o caos proveniente das epidemias, insalubridade, febre, os focos de infecção do ar e água, o Estado via na medicina um forte braço de intervenção na saúde, encontra-se na seguinte argumentação:

O Governo colonial, por sua fragilidade política, criara um obstáculo irremovível ao controle da cidade e a sua população. As instancias eficazes não se identificavam totalmente com o Estado e a velha engrenagem jurídico-policia não conseguia ordenar o meio urbano. [...]. Esse problema foi responsável pelo estabelecimento de uma nova estratégia onde novos agentes de coerção foram aliciados, convertidos, manipulados ou reorientados nos seus mais diversos interesses e formas de agir. Esse foi o momento de inserção da medicina higiênica no governo político dos indivíduos. (COSTA, 2004, p. 28).

O autor Jurandir Freire Costa (2004) aponta em sua obra que o Estado representante da elite agrária, impôs através da família colonial burguesa mecanismo

de normatização que ao lado da higiene familiar buscou traçar estratégia de dominação do Estado moderno burguês sobre a saúde da população.

Doenças como febre amarela, malária, verminoses, diarreias, desinteiuras dentre outras arruinava o quadro de saúde da colônia, porém, com a vinda da Corte Portuguesa descolocou definitivamente o eixo da atividade administrativa da Colônia para o Rio de Janeiro, aumentando consideravelmente sua população, diplomadas, comerciantes, famílias rurais começaram a transferir-se para a Metrópole e isso fortaleceu suas reivindicações sobre as exigências higiênicas e acelerando as necessidades de mudanças das nova camada urbana.

As mudanças culminaram na criação do Ensino Cirúrgico e a Provedoria de saúde. Este último apontou o momento em que seria uma instância propriamente médica, assumindo o controle das medidas da higiene pública. Surge também, a chamada polícia médica¹¹, já não é mais uma ação sobre a doença, mas sim, as questões que as permeia, embora, alguns conceitos forma definidos, não foram bem sucedidos, quando alega que:

Do ponto de vista da Higiene Pública, a Polícia Médica, nesse momento, parece não ter conseguido se estabelecer na sociedade, já que não contava com um poder organizado, capaz de impor esse tipo de medicina, através da elaboração de análises sanitárias da cidade, planos, estatísticas médicas, estudo de endemias e epidemias. Ela não aprofundou o novo tipo de saber médico sobre a cidade, instrumento de luta contra a desordem urbana que começava a ser diagnosticada como também não criou mecanismos de difundir esse saber e lutar por sua efetivação. Assim, mesmo delineando melhor o objeto da Higiene Pública e recebido um órgão médico, a Provedoria, como instrumento de poder, a Polícia Médica fracassou. (GALVÃO, 2001, p. 16).

A polícia médica, vista como meio de controlar e prevenir as doenças através de vigilância do comportamento e atitudes da população e da organização e regulamentação da profissão médica. Partindo de tal análise, as considerações feitas por Costa (2004) no século XIX, afirma que foi através da medicina higiênica e da vigilância do comportamento que o Estado adentrou na família colonial normas para assegurar o poder e manter sua hegemonia, a família cumpriu o papel moralizador, sexual, ético e de higiene nas relações pessoais, em outras palavras, afirma que a

¹¹ [...] a polícia médica passa a ser definida como o conjunto de teorias, políticas e práticas que se aplicam à saúde e bem-estar da população, dizendo respeito a: procriação, bem-estar da mãe e da criança, prevenção de acidentes, controle e prevenção de epidemias, organização de estatísticas, esclarecimento do povo em termos de saúde, garantia de cuidados médicos, organização da profissão médica. Combate ao charlatanismo. A população torna-se objeto do conhecimento e da prática de uma medicina ligada à administração central. (MACHADO, 1978, p. 167)

norma familiar produzida pela ordem médica solicita de forma constante a presença de intervenções disciplinares, tais normatizações, impactaram no atual momento, consequências históricas que seguiram à risca as normas de saúde e equilíbrio que lhes foram impostas.

Com isso, as Câmaras assumem novamente a tarefa de zelar pela saúde pública, relacionando suas ações voltadas nas questões urbanística, econômica e populacional. Nesse momento, surge a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, que procura implantar a Medicina Social elaborando através das comissões formas de intervir na realidade, sem dúvida o novo modelo obteve progresso a implantação da comissão salubridade geral, propondo a extinção ou transformação disciplinar de tudo o que possa impedir o funcionamento da sociedade.

A frágil e incompetente administração no fazer cumprir as legislações sanitárias presente na atuação das Câmaras Municipais, torna-se o impedimento de conseguir a medicalização da população, a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro é responsável pela elaboração da legislação sanitária, por isso questionar e reivindicar as negligências cometidas pelas Câmaras Municipais. Os primeiros casos de febre amarela transpareceram a precariedade do sistema sanitário municipal. Para unificar os serviços sanitários do Império, foi criada a junta de Higiene Pública, consolidando em 1885, a reforma de Serviços Sanitários do Império, divididos em Serviços Sanitários Marítimo e Serviço Sanitário Terrestre, institui-se também o Conselho Superior de Saúde Pública, responsável pelas funções normativas sobre a higiene e salubridade geral. Logo, reiteramos a afirmação que:

Resta afirmar que essa organização de serviços caracterizou-se por sua enorme ineficiência, já que correspondia a uma sociedade escravista pouco preocupada com os problemas sanitários da força de trabalho com as exigências do mercado internacional. (GALVÃO, 2001, p. 18).

O que se pode observar que o período colonial e imperial, no primeiro, dentre inúmeras ineficiências apontadas, a primeira instância de proteção social da qual os indivíduos podem minimizar a falta de saúde encontrava-se na família, em que, pela falta de acesso médico, podiam contar com recursos naturais, e a prática da Fisicatura. O segundo momento, destaca-se pela fiscalização e controle dos portos, preocupados em manter uma sociedade saudável visando o lucro.

Este capítulo, portanto, permite compreender a historicidade da família brasileira, onde a mesma é moldada desde a colonização para o enquadramento de

acordo com os ditames burgueses, a concessão das condições necessárias para a sobrevivência e manutenção da classe trabalhadora ao longo do seu desenvolvimento foi vista como algo que não visaria lucro, o que atribuiu-se dentro do seio familiar funções dos quais se responsabilizaram de manter a proteção social em especial a saúde que, nos dias atuais sofrem impactos deixado pela herança arcaica da formação brasileira.

3 PERÍODO REPUBLICANO E SUAS MEDIDAS DE SAÚDE

Adiante, no período da Republicano compreendido no século XX, a saúde não era muito diferente dos períodos anteriores, pois apresentava um quadro expressivo de insalubridades das cidades. As transformações sociais ocorridas nesse período estiveram ligadas as formas de produção articuladas ao Mercado Internacional, o desenvolvimento e o processo de modernização acelerado das grandes cidades principalmente onde tinha empresas de agrícolas de café, tendo como objetivos erradicar ou controlar as doenças que poderiam prejudicar a exportação.

Salienta que, as cidades do Rio de Janeiro e nos centros urbanos de São Paulo sendo esse o mais expressivo centro administrativo comercial e industrial passando a centralizar o poder nos Estados produtores de café, impunha-se a necessidade de políticas públicas orientadas para a manutenção e preservação da força de trabalho, buscando diferentes formas de intervenção sanitária dos que até então predominava. O autor a seguir analisa a capital paulista e como era os serviços sanitários destinados a população.

Interessados em atrair mão-de-obra e capitais estrangeiros para o Estado, o governo paulista esteve ciente da importância e promoção da saúde pública, sendo por isso coagido a despender vultosas somas de serviços de saneamento e combate às principais enfermidades que se abatiam sobre o Estado. (BERLOTTI FILHO, 2003, p. 49).

Em todos esses acontecimentos, segundo Berlotti Filho (2003, p. 50) os serviços sanitários organizados em 1892, teve como objetivo fundamental reduzir o elevado coeficiente de mortalidade fato esse característico de todo o Estado e, principalmente que precisava ser modernizada inclusive no seu perfil patológico.

O cenário epidêmicos, em sua maioria ela tinha lugares e classe social que acarretava com as consequências das doenças, famílias pobres afastadas dos principais centros urbanos, trabalhadores sofriam com as epidemias de febre amarela, além da doenças trazidas de imigrantes doenças como cólera, escarlatina e o tifo, enquanto as famílias ricas preferiam isolar-se e tratar seus enfermos em casa ou em hospitais particulares ou na Europa, como expõem o autor, as doenças atingia em sua grande maioria uma parte específica da cidade.

Em todos esses acontecimentos, alguns deles nem mesmo mencionados nos relatórios de Serviço Sanitário, a localização geográfica das enfermidades é o determinante comum, os distritos suburbanos e os bairros operários,

especialmente as áreas onde se concentravam os cortiços, tornavam-se cenários nos quais estavam presentes e pareciam perpetuar-se as principais e mais mortíferas doenças que assolavam a cidade. (BERLOTTI FILHO, 2003, p. 56).

Esse tipo de campanha transformou-se em uma política pública que atendia os interesses da economia agroexportadora. O presidente Rodrigues Alves, teve como propósito para sanar os problemas por meio da força militar e da autoridade, considerados meios preferenciais de ação. Combatia através de desinfecção no combate ao mosquito, transmissor da febre amarela trabalho realizado pelo serviço sanitário municipal, tal modelo de intervenção ficou conhecido como modelo Campanhista¹².

As medidas tomadas ocasionaram insatisfação e revolta da população, nesse interim surge a figura de Oswaldo Cruz que se impunha no Rio de Janeiro campanhas e reformas urbanas cujo alvo era a população pobre. A reforma urbana estava presente na agenda de Oswaldo Cruz, seria medidas como demolições de construção velhas, retirada de entulhos, limpeza de depósito de água dentre outras, devemos pontuar que tais medidas foram executadas com ou sem o consentimento dos moradores reforçando a insatisfação dos excluídos e penalizados expulsos de suas moradias. As ações de governo [...] desencadearam-se ações que tiveram como vertente a chamada "Higienização". Através da figura de Oswaldo Cruz, a questão sanitária passou a ser tomada como uma questão política" (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 383).

Considera-se que a publicação do Relatórios da Expedição de Artur Neiva e Belisário Pena realizado no interior do país em 1912, com a finalidade de investigar as condições sanitária em diferentes regiões do país. O resultado, denunciavam as más condições de saúde e de vida da população rural do Brasil, criticando também a visão propagada pela oligarquia de que o motivo da pobreza no Nordeste seria o clima.

A ausência do Estado diante dos problemas de saúde da população ainda era notória, temos como exemplo a tuberculose uma das principais causas de mortalidade do período. Semelhantemente, em 1918, uma extensa epidemia de gripe conhecida

¹² Campanhas sanitárias para combater peste bubônica, as epidemias de febre amarela, vacinação, desinfecção de espaços públicos, modelo esse influenciado por interesses agroexportadores do início do século XX e prevalece até início dos anos 1960. "Esse modelo de intervenção ficou conhecido como campanhista, e foi concebido dentro de uma visão militar em que os fins justificam os meios, e no qual o uso da força e da autoridade eram considerados instrumentos preferenciais de ação" (POLIGNANO, 2001, p. 5).

como “gripe espanhola” mostrou o descaso com saúde resultou na cidade de Rio de Janeiro assim como nos centros urbanos de importância econômica no país.

Em decorrência do quadro de saúde, o movimento operário se manifestava com greves no ano de 1917 e 1919, o que levou o Estado a rever sua posição diante dos problemas apresentados, não possuíam direitos trabalhistas, como férias e jornada de trabalho definida.

Com a rápida urbanização o governo ocupou-se em favorecer ações dos serviços de forma centralizada e verticalizada, tratando a saúde individualizada com repressão, como aborda o autor:

A execução da organização dos serviços de saúde nesse modelo era bastante centralizada e verticalizada, voltada para o controle de alguns problemas específicos ligados aos interesses econômicos agroexportadores que se utilizavam de uma política de saneamento voltada para os espaços de circulação de mercadorias exportáveis. Tal modelo era inspirado no militarismo com atividades gerais de fiscalização que combatias as doenças de massa com intervenção repressiva sobre os corpos individualmente e socialmente. Portanto a organização dos serviços de saúde nesse modelo não se deu de forma homogênea no Brasil. As medidas sanitárias concentravam-se nos grandes centros urbanos a exemplo: São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, ou seja, áreas de concentração de poderes políticos. (GOMES, 2010, p. 90).

Em 1920, Carlos Chagas assume a direção do Departamento Nacional de Saúde, sucessor de Oswaldo Cruz, que tinha como objetivo de acordo com Bertolozzi e Greco (1996, p. 383) “a extensão dos serviços de saneamento urbano e rural, além da higiene industrial e materno-infantil, a Saúde Pública passou a ser tomada como questão social” (1996, p. 383) a reforma Carlos Chagas tenta ampliar medidas de serviços de saúde pelo país, tentando inovar o modelo Campanhista, representou-se um avanço no trato da saúde, como elucida:

[...] reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, então ligado ao Ministério da Justiça e introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação, inovando o modelo campanhista de Oswaldo Cruz que era puramente fiscal e policial. Criaram-se órgãos especializados na luta contra a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas. A assistência hospitalar, infantil e a higiene industrial se destacaram como problema individualizados (POLIGNANO, 2001, p. 5).

Em função das péssimas condições de trabalho mobilizaram os trabalhadores em busca de melhores condições de higiene e saúde, resultando no que culminou-se em 1923, a Criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) conhecida

como Lei Elói Chaves¹³. “A criação das CAPs deve ser entendida, assim, no contexto das reivindicações operárias no início do século, como resposta do empresariado e do estado a crescente importância da questão social” (POLIGNANO, 2001, p. 8).

A Lei Eloy Chaves foi um marco para a ampliação do atendimento à saúde, a partir da necessidade de tratar a questão de higiene e da saúde do trabalhador. Tal necessidade decorreu da expansão do capitalismo e da industrialização que proporcionou aceleração do crescimento urbano não compatível com a capacidade de infraestrutura das cidades, ocasionando problemas a saúde dos trabalhadores e da população em geral. (MEDEIROS, 2010, p. 14).

Apesar dos tímidos benefícios previdenciários, o sistema de proteção social restringiu o acesso das políticas de previdência e saúde apenas para os contribuintes da previdência social, as Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAP’s organizadas por empresas tendo sua administração por empresários e trabalhadores, deixando a mercês da desproteção social trabalhadores rurais, trabalhadores informais dentre outros.

Os trabalhadores rurais são os que têm maiores dificuldades para participar de um seguro social típico e por isto só puderam receber a proteção da previdência social brasileira quando esta se dispôs a abandonar o regime contributivo do trabalhador e a encarar a proteção social segundo uma ótica menos míope. (BASTOS, 1979, p. 99).

Pode-se notar que as medidas de saúde até aqui estiveram assentada numa economia agroexportadora, visando a saúde da mão de obra, sobretudo na política de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias.

Em suma, conforme Bravo (2009, p. 90) a saúde no século XVIII, era tratada como assistência médica pautada na filantropia e na prática liberal. A questão da saúde no início do século XX apresenta-se como reivindicação do movimento operário. A intervenção do Estado na área da saúde irá ocorrer no século XX, especificamente nos anos de 1930, no Governo Getulista caracterizado pelo populismo e forte incentivo da industrialização. O próximo tópico abordará a intervenção do Estado e a sua prestação dos serviços de saúde.

¹³ Criada pelo Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, que ficou conhecido como Lei Elói Chaves. A Lei Elói Chaves é considerada um dos primeiros sistemas previdenciário brasileiro, e também uma das primeiras leis de proteção ao trabalho.

3.1 Estado novo na prestação de serviços de saúde

A partir da década de 1930, com redefinição do papel do Estado com o processo de industrialização, que por sua vez, deixou marcas na classe trabalhadora urbana, com a aceleração da urbanização e da nova dinâmica de acumulação, marcadas pela exploração, precárias condições de saúde, higiene e habitação. Segundo Bravo (2009, p. 91) necessitava respostas às reivindicações dos trabalhadores, que respondessem as expressões da “questão social” não mais na forma repressiva e fiscal, mas sim, de forma mais sofisticada, a questão da saúde pública necessitava transforma-se em questão política com a intervenção estatal e que contemplassem os assalariados urbanos em decorrência da nova dinâmica da acumulação.

Em 1933, criou-se o Institutos de Aposentadorias e pensões¹⁴ (IAP), que significou a junção das CAP's, nesse modelo de proteção social a assistência médica e aumentou a viabilidade da organização de serviços médicos próprios, cada categoria com sua particularidade ao oferecimento de serviços médicos, todavia, manteve-se a vinculação do direito à saúde aos contribuintes da previdência social.

A medicina previdenciária que surgiu na década de 30, com a Criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), pretendeu estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de “antecipar” as reivindicações destas categorias e não proceder uma cobertura mais ampla. (BRAVO, 2009, p. 92).

No que refere os serviços de saúde, Bravo (2009) mostra sob suas análises que a previdência social nos 1930-1945 esteve alinhada sobre a *orientação convencionalista*, o que significa afirma que “A previdência preocupou-se mais efetivamente com a acumulação de reservas financeiras do que com ampla prestação de serviços” (p. 92). Isso reforça que o Estado sempre alinhou o direcionamento das políticas de proteção social de acordo com seus interesses para manter a crescente classe de trabalhadores assalariados contidos dentro da força do Estado, visando a lucratividade, ademais, foram definidos limites orçamentários máximos para as despesas com “assistência médico-hospitalar e farmacêutica”. Devido à escassez de recursos financeiros no Estado Novo, suas ações de saúde pública reduziram-se aos

¹⁴ Decreto nº 22.872, de 29 de junho de 1933 – Criado o primeiro Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP), neste institutos os trabalhadores eram organizados por categorias profissionais e não por empresa.

meros aspectos normativos, sem a plena efetivação para solucionar os problemas sanitários da época.

Segundo Miranda (2010, p. 30), o caráter redutivo da política de saúde, resultou nos serviços de saúde no país, considerando apenas o processo de auxílio-doença, agregando ao caráter contributivo da condição de assalariado e contribuinte por contrato compulsório.

Sob outra análise, a cidadania, ou melhor, a *cidadania regulada*¹⁵ e o direito no acesso as políticas sociais estariam vinculadas ao mercado formal de trabalho, como assim pondera, “A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei” (SANTOS, 1979, p. 75 *apud* KERBAUY, 1980, p. 167). Logo, os direitos dos cidadãos são em decorrência dos direitos das profissões que só existem via regulação estatal, sendo seu instrumento jurídico comprovante do contrato entre o Estado e a cidadania regulada é a carteira de trabalho, que o torna mais que uma evidencia trabalhista, como também uma certidão de nascimento cívico, Kerbauy (1980, p. 167).

O Estado, juntamente com as instituições filantrópicas realizavam campanhas preventivas de caráter coletivo, tinham como responsabilidade em atender a outra parcela da população não integrada ao mercado de trabalho formal, configurando uma diferenciação de acesso e extensão de cobertura dentro da saúde. Assim, podemos analisar que:

[...] nos dias atuais, de um perfil dos serviços de saúde marcado pela forma como fora desenvolvido, caracterizando-se como altamente centralizado, acentuadamente privatizado, crescentemente distante das reais necessidades de saúde da população brasileira – com clara divisão de trabalho entre os setores da população brasileira públicos e privados -, profundamente discriminatórios, injusto e com grande distorções na sua forma de financiamento. (COHN E ALIAS, 2001, *apud* MIRANDA, 2010, p. 30)

Diferentemente dos anos anteriores, nos anos de 1945 a 1964 os gastos com a saúde foram mais favoráveis havendo melhorias nas condições sanitárias, apesar de um relativo aumento, ainda não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e as elevadas taxas de mortalidade.

¹⁵ Termo utilizado pelo autor Guilherme dos Santos (1979).

Contudo, tais acontecimentos propiciaram a organização de atendimento privado a saúde desde os anos 1950, contando assim com o apoio do Estado para o seu financiamento e organização. Logo, que os IAPs assume importante papel para o desenvolvimento econômico, conforme destaca:

“[...] além dos servir como importante mecanismo de controle social, os IAP's tinham, até meados da década de 50, papel fundamental no desenvolvimento econômico deste período, como “instrumento de captação de poupança forçada”, através de seu regime de capitalização. [...] É a partir principalmente da segunda metade da década de 50, com o maior desenvolvimento industrial, com a conseqüente aceleração da urbanização, e o assalariamento de parcelas crescente da população, que ocorrer maior pressão pela assistência médica via institutos, e viabiliza-se o crescimento de um complexo médico hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários, em que se privilegiam abertamente a contratação de serviços de terceiros. (NICZ, 1982, *apud* POLIGNANO, 2001, p. 10).

O governo elaborou a Lei nº 3.807, de 26.8.60, conhecida como Lei Orgânica da Previdência Social - LOPS, em que, as Caixas e Institutos tinham a mais completa autonomia para decidir sobre sua organização e seu plano de benefícios. Tal lei tinha-se como finalidade de uniformizar as contribuições, os benefícios e a administração dos seis IAPs.

Nos anos 1964, os militares assumem o poder, o Estado tinha como intervenção repressora e assistencial, modernizando a máquina estatal, regulando a sociedade para o acúmulo do capital, em conseqüência, a desarticulação da participação organizada da sociedade civil, já “No campo econômico o período foi marcado pela abertura da economia ao capital estrangeiro, acompanhada da contenção e proibição de greves” (PAIVA; TEXEIRA, 2014, p. 17) assim, os sistema e mecanismo de proteção social a partir da instauração do regime burocrático-autoritário em 1964 obedeceu quatro linhas mestres de acordo com Fleury (2008).

“[...] a centralização do poder em mãos da tecnocracia, com a retirada dos trabalhadores do jogo político e da administração das políticas sociais; o aumento de cobertura, incorporando, precariamente, grupos antes excluídos, as empregadas domésticas, os trabalhadores rurais e os autônomos, a criação de fundos e contribuições sociais como mecanismo de autofinanciamento dos programas sociais (FGTS, PIS-Pasep, Funsocial, FAS, Salários-Educação); a privatização dos serviços sociais (em especial a educação universitária e secundária e a atenção hospitalar). (FLEURY, 2010, p. 65).

Segundo Paiva e Texeira (2014, p.17), no que se refere ao sistema público de saúde, o país vivia sob a duplicidade de um sistema cindido entre a medicina

previdenciária e a saúde pública. Sendo o primeiro setor tinha ações dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais e voltava-se prioritariamente para as zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão. A saúde pública, no entanto, sob o comando do Ministério da Saúde (MS), era direcionada principalmente às zonas rurais e aos setores mais pobres da população, e tinha como alvo, atividades de caráter preventivo.

Em 1966, surge a fusão dos IAP's através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)¹⁶ que tinha como uns objetivos aumentar o poder regulatório sobre a sociedade e a despolitização e desmobilização dos sindicatos e institutos de aposentadorias, logo, seria um momento desfavorável para os trabalhadores, impossibilitados de organização e participação política e sobretudo os principais prejudicados pelo selvagem processo de acumulação em curso.

O processo de unificação das instituições previdenciárias através da criação do INSP insere-se nesta perspectiva de modernização da máquina estatal, aumentando seu poder regulatório sobre a sociedade além de, obviamente, ter representado um esforço de “desmobilização das forças políticas estimuladas no período populista, para excluir a classe trabalhadora organizada como uma força política, e para diminuir seu papel como mecanismo articulador e de pressão na defesa dos interesses dos trabalhadores. (MALLOY, 1976, *apud* OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985, p. 202).

Para Oliveira e Teixeira (1985, p. 202), a reorientação das relações do Estado entre classe trabalhadora, pode ser entendida como parte de um projeto amplo, de reorientação das relações Estado/trabalhadores, caracterizado pelo afastamento desde últimos dos processos decisórios.

Diferente do IAPs que cada categoria profissional possuía o próprio Instituto de Aposentadorias e Pensões (comerciários, bancários, marítimos, dentre outros), com a unificação causada pelo INPS passa então ter a centralização administrativa e financeira nas mãos do Estado, sua uniformização dos benefícios a todos os segurados. Tanto privilegiando o setor privado através da compra de serviços de terceiros, como também as ações de medicina individual e curativa, assistencialista e especializada havendo uma desvalorização das ações da saúde pública no país

¹⁶ Decreto de Lei nº 72/66 – Instituto Nacional de Previdência Social, tinha como objetivo a unificação dos institutos de aposentadorias e pensões, estendendo a cobertura previdenciária. O INPS foi extinto pela Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990, que criou o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), já no governo Fernando Collor de Melo, cabe ainda destacar que não é apenas uma substituição da letra S pela letra P, é um marco da conquista pela luta dos direitos sociais de proteção social, garantidos na Constituição Federal de 1988, para executar o conjunto de benefícios da Seguridade Social, ou seja, benefícios das políticas sociais de saúde, previdência e assistência social.

articulando a política de saúde com os interesses do capital. O estado passa a absorver as pressões por uma efetiva dos trabalhadores beneficiados pela LOPS cobertura assistência média previdência, e que vai sendo implementada através de algumas medidas como:

Em 1967, com a integração ao INPS dos seguros relativos a acidentes de trabalho. Em 1971, como a criação do PRORURAL são destinados fundos específicos para manutenção do FUNRURAL, estendendo efetivamente a Previdência Social aos trabalhadores rurais. Em 1972 (Lei 5.859 de 11 de dezembro de 1972), estende-se às empregadas domésticas os benefícios previdenciários. Em 1973 (Lei 5.850 de 8 de junho de 1973), estende aos trabalhadores autônomos os benefícios previdenciários. (OLIVEIRA; TEXEIRA, 1985, p. 205).

De acordo com Paiva e Teixeira (20014, p. 20) em 1975, o regime instituía, por meio da lei n. 6.229, o Sistema Nacional de Saúde. A literatura que analisa esse período identifica na proposição desse sistema de saúde uma iniciativa que terminaria por consolidar, no MS¹⁷ e o Ministério da Previdência Social (MPAS), a separação dos campos de atuação da saúde pública e da assistência média previdenciária. Caberia à pasta da Saúde ações de coordenação da vigilância epidemiológica em todo o território nacional, fiscalização e controle sanitários e outras medidas e ações e corte coletivo. Sobre o MPAS, por sua vez, recairiam responsabilidades de coordenação dos serviços assistenciais, entre outras ações mais voltadas para a atenção da saúde individual.

No entanto, “não se pretendia criar um sistema único de sob responsabilidade estatal, mas, fundamentalmente, organizar as atividades do setor público” (PAIM, 2008, p. 74) o que deixa claro que além da precariedade dos serviços públicos prestados com a baixa cobertura médico-hospitalar, sobressai pelos autos custos de modelo médico-hospitalar.

Em 1977 institui-se a Lei nº 6.439/77, Sistema Nacional de Previdência Social e Assistência Social (SINPAS) subordinado ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), era composta por três institutos: 1) Instituto Nacional de Previdência Médica da Previdência Social (INAMPS) que ficaria responsável pela Assistência Médica dos segurados; 2) INPS responsável pelo benefícios, aposentadorias, pensões, auxílios; 3) Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS) cabendo a administração e controle financeiro. Isso ocorre por conta da

¹⁷ Criado em 1953, desmembrando-se do antigo Ministério da Saúde e Educação.

expansão da proteção social e conseqüentemente o aumento do número de segurado, o que ocasionou tais divisões.

O modelo de saúde no período militar e sua incapacidade de sustentação mostra os primeiros sinais de crise em meados de 70, precisando modificar sua relação com a sociedade. Assim pontua,

A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação de serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. (BRAVO, 2008, p. 94-95).

Menicucci (2007) argumenta que a expansão indiscriminada foi se mostrando inviável, quando afirma que:

O próprio modelo de prestação de serviços impunha limites à expansão da cobertura médico-assistencial mediante um padrão de organização dos serviços cuja hegemonia era detida pelos produtores privados. Em meados da década de 70, a corrupção atingiu níveis que ameaçavam o equilíbrio financeiro criando-se uma situação de crise, seguida de reformas. (OLIVEIRA; TEXEIRA 1986, *apud* MENICUCCI, 2007, p. 90)

Por outro lado, adensaram os embates em torno da saúde, quando afirmar Paiva e Teixeira (2014, p. 20) que no campo político dos anos 1970, marcam um momento de repressão, mas também originam iniciativas de distensão nos primeiros passos rumo à abertura democrática.

O desenvolvimento da política de saúde desde os anos de 1930 a 1970, seus impactos e o privilegiamento do Estado diante da privatização da saúde. Nota-se as várias ações de saúde, estando ela ainda vinculada ao trabalho, no próximo tópico abordaremos a efervescência dos movimentos sociais, a Reforma Sanitária e a construção do Sistema Único de Saúde.

3.2 Construção do Sistema Único de Saúde

Em 1980, a situação da saúde nesse período se intensificaram diante das tensões do setor estatal, empresarial com o emergência do movimento sanitário, [...] “ganhando forças propostas alternativas para a política de saúde na conjuntura de democratização de país” Menicucci (2007, p. 101). Os movimentos populares de saúde perceberam que a saúde é uma conquista da luta coletiva para uma vida digna é uma sociedade justa, apesar da repressão e censura ainda presente, segmentos

populares como: estudantis, sanitaristas, profissionais e intelectuais articulavam-se para discutir questões da saúde, no segmento popular surgiram as mobilizações contra a carestia (Movimentos o Custo de Vida), os clubes de mães, os conselhos comunitários e as organizações na Zona Leste e na periferia de São Paulo, muitos deles vinculados a setores progressistas da Igreja Católica. Tais iniciativas podem ser identificadas em outras localidades do país vinculadas ao denominado Movimento Popular de Saúde (MOPS), Paim (2008, p. 71).

Em 1983, foi criada a AIS – Ações Integradas de Saúde que visava um cuidado principalmente primário ambulatoriais, um novo modelo assistencial que incorpora o setor público, tinha como a providência responsável a transferência de recursos para que fossem realizadas as ações pelo Estados.

As Ações Integradas de Saúde (AIS) foram expandidas e fortalecidas em termos orçamentários e consideradas como uma estratégia-ponte para a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços. Essa proposta poderia evitar descontinuidades na prestação de serviços à população e promover aperfeiçoamentos nas políticas já que as mudanças derivadas da Constituinte e da reformulação do Sistema Nacional de Saúde requeriam tempo político para a viabilização. Traziam também uma concepção estratégica diante da convicção de que para se conseguir apoio político em favor das mudanças haveria que se dispor de alternativas concretas que incidissem em melhorias objetivas para os trabalhadores da saúde e para segmentos consideráveis dos usuários dos serviços (PAIM, 2008, p. 98).

As ações integradas de saúde, eram consideradas como estratégicas para a implantação da Reforma Sanitária, assim como os Sistema Unificado de Saúde, ambos, considerados fundamentais para a reforma e criação de um Sistema único de saúde, aponta Fleury (1997, p. 98).

No entanto, origens as narrativas em torno da reforma sanitária brasileira apontam a origem do movimento no contexto da segunda metade dos anos 1970, período da redemocratização, unem novos sujeitos sociais, estudantes, professores universitários, setores populares e movimento sociais exigindo mudanças na saúde lutando contra a forças privatizantes. Nesta conjuntura surge alguns movimentos reivindicativos, o Movimento sanitário começa a então elaborar bases teóricas articulado com o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

Como intelectual coletivo da RSB, o Cebes utilizou a democratização a saúde na construção de identidades, denunciando as iniquidades da organização econômico-social e as perversidades do sistema de prestação de serviços de

Saúde privatizado, mas participando das lutas pela democratização do país e por uma dada racionalidade na organização das ações e serviços de saúde (RODRIGUEZ NETO, 2003, *apud* PAIM, 2008, p. 79).

Como pode-se notar, o processo de democratização do país esteve alinhado ao projeto da Reforma Sanitária que ansiavam por melhores condições de saúde apresentando um caráter mais democratizante da saúde, apesar da influência dos movimentos sociais, o autor caracteriza o Movimento de Reforma Sanitária pelo suprapartidarismo, ou seja, um movimento onde as pessoas se identificam pela mesma abordagem teórica, o mesmo discurso e a mesma luta. “Nessa iniciativas constata-se a configuração de um conjunto de elementos que, posteriormente, vão constituir a ideia da Reforma Sanitária, inspirada nas ciências sociais marxistas (PAIM, 2008, p. 80).” Assim também pontua Escorel.

No novo enfoque sobre a saúde, criticavam-se tanto o modelo tradicional de formação dos médicos em geral, restrito às áreas biológicas, quanto o modelo clássico de formação de sanitaristas, que já incorporava as ciências sociais, porém com orientação funcionalista. De natureza histórico estrutural, ele seria construído a partir da abordagem marxista, do materialismo histórico e dialético e da abordagem das condições e dos problemas de saúde da população brasileira sob uma perspectiva marxista. (SCOREL, 1999, p. 25).

Nesse contexto, os serviços de saúde necessitam de organizar-se em uma nova perspectiva, unificando os serviços, garantindo a participação dos usuários, e ampliando o acesso. A conquista da democracia em 1985 possibilitou a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 realizada em Brasília.

O temário da 8ª Conferência propunha três questões cruciais: saúde como dever do Estado e direito do cidadão; a reformulação do sistema nacional de saúde; e o financiamento setorial. A conferência, que foi caracterizada por um amplo debate sobre as relações entre saúde e democracia, discutiu as diretrizes gerais da política de saúde, a partir de temas específicos tais como a unificação dos serviços de saúde e sua descentralização; a hierarquização dos cuidados médicos segundo sua complexidade e especialização, e a participação popular nos serviços de saúde. (SOPHIA, 2012, p. 556).

Segundo Bravo (2009, p. 98), a mudança do arcabouço e das práticas constitucionais teve-se como objetivo o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento, reduzindo o espaço do setor privado na prestação de serviços à saúde, como também a descentralização política e administrativa do processo decisório da política de saúde e execução dos serviços, culminando com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 momento

decisivo na descentralização e redefinição das responsabilidades em sua três esferas: federal, estadual e municipal, assim argumenta “[...] o SUDS, exercitando o planejamento, unificando estruturas administrativas, instalando canais de participação social (conselhos de saúde) e, em alguns estados, implantando distritos sanitários” (PAIM, 2012,p. 138).

Com efeitos desses momentos, o relatório final da Conferência Nacional de Saúde em 1987, permite propor elementos constitutivos do projeto da Reforma Sanitária, dentre eles, destaca-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A promulgação da Constituição Cidadã em 1988, marco fundamento na redefinição da política e Estado na área da saúde pública como direito inerente à cidadania, a mesma reconhece a política de saúde inserida no tripé da Seguridade Social: Assistência Social, Previdência Social e por fim, a saúde como direito de todos e dever do Estado, a seção que trata dos artigos da saúde na Constituição vai dos artigos 196 a 200.

Na verdade, o SUS representa a materialização de uma nova concepção acerca da saúde do nosso país. Antes a saúde era entendida como “o Estado de não doença”, o que fazia com que essa lógica girasse em torno da cura de agravos à saúde. Essa lógica, que significava apenas remediar os efeitos com menor ênfase nas causas, deu lugar a uma nova noção centrada na prevenção dos agravos e na promoção da saúde. Para tanto, a saúde passa a ser relacionada com a qualidade de vida da população, a qual é composta pelo conjunto de bens que englobam a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária e farmacológica, a moradia, o lazer, etc. (BRASIL, 2000, p. 5).

O SUS trouxe uma nova concepção de saúde, um sistema de proteção social à saúde mais ampliado, têm como princípios: universalidade, equidade, e integralidade nos serviços e ações de saúde. Quanto a operacionalização do SUS os princípios são: descentralização dos serviços, regionalização, e hierarquização da rede e participação social. Seu financiamento é composto por Municípios, Estados e União. É formado por um conjunto de todas as ações e serviços de saúde, da administração direta e indireta e das funções mantidas pelo Poder Público. À iniciativa privada é permitido participar desse Sistema de maneira Complementar. O quadro abaixo esclarece princípios e diretrizes do SUS.

Quadro 1 – Princípios Doutrinários e Organizativos do SUS

<u>Princípios Doutrinários</u>	<u>Princípios Organizativos</u>
A construção do SUS norteia-se, baseado nos seus preceitos constitucionais, pelas seguintes doutrinas:	Trata-se de formas de concretizar o SUS na prática
Universalização: A saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.	Regionalização e Hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.
Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.	Descentralização e Comando Único: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

<p>Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.</p>	<p>Participação Popular: a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>

Já em 1990, a constituição trouxe ao SUS a necessidade de duas novas leis para sua regulamentação: a Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, que dispõem sobre o funcionamento do sistema, nas ofertas de serviços, princípios e diretrizes dentre outros; e a Lei 8.142/1990 que dispõem sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros dentre outras providencias, ambas conjuntas formam o Lei Orgânica da Saúde.

O Ministério da Saúde amplia desde de agosto de 1999, a responsabilidade de operacionalizar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena articulando com o SUS, ampliando suas ações de saúde para os povos indígenas tendo como principal meio de sua viabilização os municípios que estão próximo a população local.

Com a descentralização do SUS, o município ao conhecer a realidade local da população, ganha atribuição fundamental, responsabilizando-se pela participação da execução, execução de serviços de vigilância sanitária e epidemiológica, colaboração com na fiscalização das agressões ao meio ambiente, execução serviços de saúde do trabalhador, execução da política de insumos e equipamentos para a saúde, participação do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada em articulação com a sua direção estadual dentre outros.

Para o funcionamento do SUS forma necessário a aprovação de normas operacionais Básicas (NOB/SUS), dentre as aprovadas em 1991, 1992, 1993 a NOB-SUS de 1996, institui a Gestão Plena Municipal da Saúde com responsabilidade dos municípios, passando ele o responsável imediato pelo atendimento das necessidades

do cidadão; os estados passam a ser meros mediadores; a União normatiza e financia e o município gere e executa, Medeiros (2010, p.20).

O SUS também possibilitou a ampliação e o exercício da cidadania através dos Conselhos de saúde, órgãos de controle social que fiscalizar, reivindicar uma saúde pública de qualidade, a participação através do controle social é um direito que deve ser exercido construindo coletivamente um SUS de qualidade, os conselhos funcionam em três instâncias: municipal, estadual e nacional.

O financiamento do SUS se dá pelo orçamento da seguridade social, sendo as três esferas de governo – federal, estadual e municipal financie o SUS. A emenda constitucional nº 29/2000, e a Lei complementar nº 141/2012 estabelece os valores mínimos a serem aplicados para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. O cenário do desfinanciamento da saúde fomenta o agravamento das expressões da questão social do país: desemprego, baixos salários, aumento populacional, surgimento de doenças e novas epidemias, evidência a crise da saúde, ademais pela “[...] péssima qualidade dos serviços, pela falta de recursos, pela ampliação dos esquemas privadas que sugam os recursos públicos e pela instabilidade no financiamento (COHN *et al*, *apud*, BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 163)

Quando a regionalização e descentralização do SUS, os serviços dever ser organizados em níveis de complexidade tecnológicas crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida, o que implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de seus problemas) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990, p. 4).

O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais, deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade (*Ibidem*, p. 5).

Feitas essas considerações, no próximo tópico aprofunda-se o debate acerca das reflexões sobre sua materialização do SUS diante dos ditames do neoliberalismo.

3.3 Neoliberalismo e os impactos na saúde

Embora a Reforma Sanitária tenha proporcionado ganhos na política de saúde e inserido no triple da seguridade social não mais vinculada a lógica do seguro social do trabalho formal, o quadro após os anos 90 muda, o retrocesso de tais políticas sociais ditadas pelo neoliberalismo.

Se o contexto de crise econômica e democratização nos anos 1980 havia contribuído para o debate político da saúde no período de consolidação dos princípios do SUS – equidade, integralidade e universalidade –, nos anos 1990 a concretização desses princípios gerou tensões contínuas em um momento em que a concepção de Estado mínimo, ditada pelo neoliberalismo em ascensão na Europa e nos EUA, propunha restringir a ação do Estado na regulação da vida social. A onda conservadora de reformas no plano político, econômico e social dos vários países repercutiria fortemente no Brasil, reforçando as tendências de adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural, com ênfase, a partir de 1994, na estabilização da moeda; privatização de empresas estatais; adoção de reformas institucionais fortemente orientadas para a redução do tamanho e das capacidades do Estado. O SUS encontraria, nesse contexto, seu estrutural cenário de crise. (PAIVA; TEXEIRA, 2014, p. 26).

Na década de 1990 a saúde encontra-se vinculado a dois projetos antagônicos: de um lado o Projeto Sanitário, de outro, o modelo vigente nos dias de hoje o projeto saúde articulado ao mercado ou de reatualização do modelo médico assistencial privatista pautado na política de ajuste neoliberal que tem como principais tendências: a contenção os gastos com racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização. A tarefa do Estado nessa perspectiva é garantir o mínimo aos que não podem pagar confirme Bravo e Matos (2008).

A ótica do neoliberalismo trouxeram medidas de contrarreformas marcado pela expropriação do direito, privatizações dos setores públicos, e um redesenho das políticas sociais diante da proteção social em saúde, colocando em cheque as conquistas efetuadas na Constituição Federal em 1988, como também os princípios do SUS: Universalidade para todo e qualquer cidadão; Integralidade das ações, incluindo a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação; Equidade, tratar igualmente os desiguais para que tais desigualdades sejam superadas.

As contrarreformas entram em consonância com as orientações do Banco Mundial, propondo a transferência da responsabilidade do Estado para a sociedade civil, corresponsável pela gestão pública, para que esta assuma custos da crise, repassando assim sua responsabilidade as ONGs, instituições filantrópicas dentre outras, conforme aponta Bravo (2012, p. 131). A contrarreforma parte das orientações da Banco Mundial, que incluem outros protagonistas, onde-se desvincula a ideia de fortalecimento da proteção social.

Na proposta de contrarreforma do Estado brasileiro, a sociedade é convocada a ser parceira com o objetivo de contribuir financeiramente com os custos dos serviços prestados, o que se propõe é a desresponsabilização do Estado com a proteção social, justificada pela necessidade de “encontrar soluções inovadoras, que envolvam as empresas, os sindicatos, as famílias e os grupos comunitários” (Banco Mundial, p. 6). Desta forma, as organizações da sociedade civil são convocadas para substituir o Estado (Idem, p. 130).

É sob essa lógica de privatização da saúde que permeia até os dias atuais que encontra-se a (Des)proteção das famílias no âmbito da saúde, onde as mesmas passam assumir responsabilidades de proteção social, “Há um redesenho da organização estatal com redistribuição de suas funções entre os novos organismos não estatais” (BRESSER PEREIRA, 1995, *apud*, BRAVO, MATOS, 2008, p. 200) Assim “Desde a crise econômica mundial os fins dos anos 1970, a família vem sendo redescoberta como um importante agente privado de proteção social.” (PEREIRA, 2009, p. 26) Para Pereira (2009, p. 29) o que se parece “[...] fecundo nesta análise é compreender que o desenho das políticas sociais brasileiras sempre foi profundamente influenciados por uma tradição de relacionamento do Estado com a sociedade, que exige desta autoproteção dessas famílias.”

A negação da proteção social submete ao indivíduo e famílias procurar seus direitos no mercado “[...] obriga a classe trabalhadora a dispender parte de seu salário com compra de bens e serviços no mercado, operando a transformação dos direitos do cidadão em mercadorias e criando a figura do “cidadão consumidor.” (MOTA, 1995, *apud* BOSCHETTI, 2016, p. 131)

As políticas de saúde são os principais alvos de privatização transformando em mercadorias bens e serviços, as famílias sofrem diretamente a ofensiva capitalista em sua busca permanente por superlucros, o que abre espaços para planos de saúde privados que se constituem como mecanismo de acumulação.

No âmbito da previdência e saúde, a ação estatal se limita cada vez mais à manutenção de sistemas públicos mínimos ou básicos (os chamados planos de base) e regula a instituição de planos privados abertos e/ou fechados que se constituem em novos nichos de acumulação. (BOSCHETTI, 2016, p. 137).

A demora do atendimento, a longas filas de acesso, a falta de medicação, de especialidades no setor público, o enxugamento de profissionais, a demora dos resultados de exames, a falta de recurso como ambulância, os trabalhos precarizados fazem parte da estratégia de autofinanciamento dos serviços pelos usuários, quanto à abertura de espaço para penetração de interesses privados, com o correlato crescimento do setor privado na oferta de serviços, para os que podem pagar. Portanto, o sistema público de proteção social no Brasil não apenas conviveu com graus diferenciados de interação com o setor privado, mas também criou mecanismos para expandi-lo como mostra Teixeira (2010, p. 539).

Nessa perspectiva, não queremos dizer que a família não possa ser instituições de proteção social, para que aconteça é primordial considerar que desempenhar sua capacidade protetiva e funções é indissociável o reconhecimento de direitos nas políticas públicas de assistência social, saúde, educação, entre outras como ressalta Dal Bello (2017, p. 123)

A saúde vai além das condições de ausência de doença sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença, o que permite dizer que está condicionada ao acesso a habitação, a alimentação, ao lazer dentre outras. No entanto, a família só pode ser uma unidade de proteção social quando, ao mesmo tempo, for uma unidade protegida, e essa proteção deve vir necessariamente do Estado na oferta de serviços que proporcionem proteção social às famílias, como afirma Santos (2017).

Ao analisar os entraves da efetivação da proteção social em saúde, deparamos com variados obstáculos dos quais aprofundamos o sucateamento do Sistema Único de Saúde, entender o processo histórico permite compreender e buscar novas estratégias de soluções para o enfrentamento dos ditames do neoliberalismo. Chamar o Estado para se fazer presente nas suas responsabilidades, organizar movimentos em defesa do SUS, conscientizar os municípios através dos Conselhos de saúde sobre sua importância da participação social, e principalmente conhecer a realidade que está inserida nas famílias, dando voz às mesmas, reivindicando pelos seus direitos.

No capítulo a seguir, apresenta-se os caminhos metodológico para a realização da pesquisa, visando a compreensão dos métodos, técnicas e instrumentos utilizados.

4 UNIVERSO DA PESQUISA, MÉTODO E PROCEDIMENTOS

Esse capítulo dedicou-se em abordar todos os procedimentos metodológicos utilizados na realização da pesquisa visando compreender de forma objetiva e detalhada o caminho percorrido para análise e resultados dos dados obtidos.

Cabe aqui primordialmente destacar que pesquisa tem sua análise pautada sobre o Materialismo histórico dialético, por possibilitar desvendamento do cerne dos fenômenos societários e ultrapassar a aparência dos fenômenos para apreendê-lo como um processo, negando sua imediaticidade e superficialidade, como assim explica:

Numa palavra: o método de pesquisa que propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, visa alcançar a essência do objeto. Alcançando a essência do objeto, isto é: capturando a sua estrutura e dinâmica, por meio de procedimentos analíticos e operando a sua síntese, o pesquisador a reproduz no plano do pensamento; mediante a pesquisa, viabiliza pelo método, o pesquisador reproduz, no plano ideal, a essência do objeto que investigou. (PAULO NETTO, 2011, p. 22).

Conforme afirma Paulo Netto (2011, p. 23), a relação do sujeito/objeto no processo de conhecimento teórico não é uma reação de externalidade, tal como por exemplo na física e na química, antes, é uma relação em que o sujeito converge no objeto, logo, exclui qualquer possibilidade de neutralidade.

Os fenômenos não nascem prontos e acabados, sob essa perspectiva Marx aponta três categorias: totalidade, contradição e mediação. O que significa dizer que a totalidade não é a soma das partes, mas um grande complexo constituído de complexos menos complexos da realidade, é como resultado desse movimento dinâmico contraditório entre complexos que constitui realidade, nesse sentido, a mediação é a categoria central da articulação entre as partes de uma totalidade concreta, e é responsável pela passagem do imediato e o mediato (PONTES, 1995).

É a partir dessa compreensão teórica e crítica que analisamos como está sendo garantida a (des)proteção social em saúde das famílias miracemeses, evitando análises reducionista e simplista, uma vez que, faz necessário compreender o cenário político, econômico e social que reflete as condições necessárias para a efetiva proteção em saúde das famílias miracemeses.

Segundo a OMS A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de

afecções e enfermidades”. “Para ter saúde, é preciso ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação, etc. (BRASIL, 2011, p. 25)”. Nota-se que noção de saúde atrelada a ausência de doença é ultrapassada, embora ainda persista uma visão conservadora e unilateral por uma parte dos profissionais, gestores e usuário do Sistema único de Saúde.

Essa pesquisa levou em consideração a totalidade em saúde para família miracemenses, desmitificando os ranços conservadores permeado nas noções de saúde, o que desperta a luta pela cidadania, pelos princípios defensores da Reforma Sanitária no Brasil, pois o atual momento vive-se o sucateamento da saúde. Acredita-se o conhecimento transforma o ser social, tornando-os livres e críticos. A pesquisa sobretudo, “dedica-se a desvendar os invisíveis, os sem voz, sem-teto, sem-cidadania. Constitui-se por tudo isso, em um conhecimento contra hegemônico (SPOSATI, 2007, p. 18)” Em outras palavras:

Um outro tom de qualidade na produção do conhecimento em serviço social procedeu da direção social da prática profissional orientada por um projeto ético coletivo. Falo da relação de compromisso entre a prática profissional e os interesses das classes populares, subalternas, exploradas. (SPOSATI, 2007, p. 18).

A pesquisa se caracteriza de cunho descritiva, ou seja, “delineia o que é – [...] descrição, registro, análise e interpretação de fatos ocorridos no passado, para, por meio de generalizações, compreender o presente e prever o futuro (LAKATOS, MARCONI 2008, p.) Sob outra via, pesquisa descritiva “salientam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental etc. (GIL, 2007, p. 42).

A pesquisa, na qual se faz necessário o “mergulho na realidade social”, por isso é um processo sistemático de ações, visando investigar e interpretar, o que pode assim desvelar um objeto que pode ser: um processo social, histórico, um acervo teórico ou documental. (IAMAMOTO, 1998, p. 55, *apud*, GUERRA, 2009, p. 8).

A técnica de pesquisa utilizada foi a pesquisa documental que tem como a “[...] fonte de coleta de dados está restritamente a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias (LAKATOS, MARCONI 2008, p. 176)” consiste em dados primário presente no Relatório Detalhado Quadrimestral (RDQ), além dos Plano Municipais de Saúde e Plano Estadual de Saúde.

Para salientar as ações de saúde no município de Miracema e ainda conseguir identificar suas principais dificuldades encontradas, a pesquisa dedicou-se em analisar o 1º Relatório Quadrimestral Detalhado (RDQ) no ano de 2019, que compreende os meses de janeiro a abril. Para obtenção do Relatório, elaborou um ofício destinado ao Secretário de Saúde para autorização da pesquisa, após a autorização, a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) entrou em contato com a pesquisadora para a disponibilização mediante ao termo de consentimento assinado. Para o mapeamento dos estabelecimentos da Atenção Básica utilizou-se o site do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).

No segundo momento da pesquisa, foi a discussão dos dados do instrumental elaborado pelo Grupo de Estudo e Pesquisa em Proteção Social e Famílias (GEPSFAM-UFT) onde a pesquisadora é membro. Tal instrumento é fruto de um projeto maior que procura analisar as condições de proteção social em saúde do Estado do Tocantins. Logo, a pesquisa delimita-se no município de Miracema do Tocantins, o que permitiu assim ter uma aproximação maior com o perfil das famílias. No instrumental elaborado obtém alguns indicadores sociais, e que tem como fonte de coleta do Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (IBGE) censo 2010. Com isso, evidenciar fatores sociais que interfere diretamente nas condições de saúde das famílias, onde os mesmos cobrem aspectos demográficos e socioeconômicos.

Sendo assim, a pesquisa ganhou um caráter quanti/quali, ao mensurar seus dados em gráficos, no que se refere a pesquisa quantitativa a autora esclarece que

Para muitos autores a pesquisa quantitativa não deve ser oposta à pesquisa qualitativa, mas ambas devem sinergicamente convergir na complementariedade mútua, sem confinar os processos e questões metodológicas e limites que atribuam os métodos quantitativos exclusivamente ao positivismo ou os métodos qualitativos ao pensamento interpretativo (fenomenologia, dialética, hermenêutica etc.). Esses autores consideram que é necessário superar as oposições que subsistem nas pesquisas em ciências humanas e sociais, e apontam que se pode fazer uma análise qualitativa de dados estritamente quantitativos ou que o material recolhido com técnicas qualitativa podem ser analisados com métodos quantitativos, como é o caso da análise de conteúdo. (CHIZZOTTI, 2009, p. 34).

Compactuando sobre a abordagem anteriormente feita, “a abordagem quantitativa, quando não exclusiva, serve de fundamento ao conhecimento produzido pela pesquisa qualitativa.” (BAPTISTA, 1999, p. 34). A partir dos dados quantitativos

do CNES e IBGE, propôs-se uma análise qualitativa, na construção teórica fundamentada em autores que discutem a temática abordada.

4.1 Conhecendo o campo da pesquisa

Buscou-se nesse capítulo conhecer a regionalização da saúde, compreendendo como está organizado os níveis de atenção à saúde na regionalização do qual Miracema compõem. A pesquisa se concretiza na Atenção Básica (AB) do qual é o objeto de estudo.

Sabe-se que regionalização é uns dos princípios que orienta a organização do Sistema único de Saúde – SUS, compreendendo a existência de centros de referências para graus de complexidade e diferentes serviços. Segundo a Resolução nº 1, de 29 de setembro de 2011, que estabelece as diretrizes gerais para instituições de Regiões de saúde no âmbito do SUS, definindo as regiões de saúde como:

[...] espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

A construção de estratégias permiti ao SUS superar os limites de acesso, ampliando assim sua capacidade de atendimento. Em 2012, foi aprovada a regionalização da saúde através da Resolução – CIB Nº. 161/2012, que dispõe sobre a composição das Regiões de Saúde do Estado do Tocantins, assim como as ações e serviços mínimos a serem ofertados nesses territórios onde aprova as oitos regiões de saúde com seus respectivos municípios.

Mapa 1 - Regionalização da saúde no Tocantins – 2012



Fonte: (COSEMS/TO, 2016, apud, COUTINHO, 2018)

Observa-se que o município de Miracema compõe a região de saúde Capim Dourado somando com o total de 14 municípios, vejamos agora os municípios pertencentes a região do Capim Dourado e sua população.

Tabela 1 – Região Capim Dourado/População

Região de Saúde	População	
	2010	2015
Aparecida do Rio Negro	4.213	4.618
Fortaleza do Tabocão	2.419	2.556
Lagoa do Tocantins	3.525	4.037
Lajeado	2.773	3.026
Lizarda	3.725	3.796
Miracema do Tocantins	20.684	19.634
Miranorte	12.623	13.298
Novo Acordo	3.762	4.158
Palmas	228.332	272.726
Rio dos Bois	2.570	2.764

Rio Sono	6.254	6.486
Santa Tereza do Tocantins	2.523	2.762
São Félix do Tocantins	1.437	1.545
Tocantínia	6.736	7.313
TOTAL	301.576	348.719

Fonte: (IBGE, 2010 *apud* TOCANTINS, p. 99, 2015)

As regiões de saúde Capim Dourado e Médio Norte, em termos populacionais, são as duas regiões mais populosas, sendo a primeira com 348.719 habitantes e a segunda com 289.511 habitantes em 2015. Entre os anos de 2010 e 2015 em números absolutos de todas as regiões tiveram crescimento populacional, mas a distribuição da população em termos relativos demonstra que as regiões do Capim Dourado e Médio Norte sofreram um pequeno acréscimo e as outras 6 regiões teve decréscimo. Em 2010 as regiões Capim dourado e Médio Norte concentravam 40,79% da população, já em 2015 apresentam 42,13% dos habitantes do Estado. (TOCANTINS, 2015-2019, p. 20)

Quando a regionalização e descentralização do SUS, os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológicas crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida, o que implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade, ou seja, de solução de seus problemas. (BRASIL, 1990, p. 4).

O acesso da população à rede deve se dá através dos serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais, deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade (*Ibidem*, p. 5).

O quadro abaixo esclarece os níveis de atenção e descreve suas principais características:

Quadro 2 – Níveis de Atenção à Saúde

ATENÇÃO TERCIÁRIA	Alto nível tecnológico e de ponta caracteriza-se: tratamento e terapêuticos de alta complexidade como fisioterapias, reabilitação, próteses e órteses, transplantes dentre outros. Estruturas físicas: ambulatorios, hospitais regionais especializados
ATENÇÃO SECUNDÁRIA	É responsável por oferecer tratamento especializado à população Caracteriza-se: diagnóstico e tratamento; Estrutura física: UPA, Hospitais gerais e outras unidades de atendimentos especializados, este nível desenvolve atividades nas cinco clinicas básicas: médica, cirúrgica, ginecológica, obstetra e pediatria, neurologia, cardiologia, psiquiatria, ortopedia e demais especialidades médicas
ATENÇÃO BÁSICA	A atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização. Caracteriza-se: Generalista, baixa complexidade tecnológica, foco na promoção e prevenção. Prevenir que doenças ocorra, com: saneamento, vacinação, campanhas de conscientização etc. Estruturas físicas: Posto de saúde, UBS, PSF, policlínicas, centros de saúde.

Fonte: (DIAS, 2019)

Vejamos como encontra-se estruturado os níveis de Atenção na região de saúde Capim Dourado como o mapa demonstra:

Mapa 2 – Níveis de saúde / Região de Saúde Capim Dourado



Fonte: (COUTINHO, 2018, p. 58)

Observa-se que a Atenção Básica encontra-se presente nos 14 municípios. Lageado, Novo Acordo, Mirandorte, Miracema e Palmas estão os serviços de Média complexidade. Mirandorte, Novo Acordo e Palmas os serviços Mistos – Média e Básica complexidade. E por último o município de Palmas com os serviços Mistos – Média e Alta complexidade. De acordo com o site do Conselho de Secretarias Municipais do Estado do Tocantins¹⁸ os hospitais de referências da região são: Hospital Geral de Palmas, Hospital Infantil de Palmas, Hospital Referência Dona Regina – (Palmas) e Hospital Referência de Miracema.

Referente ao município de Miracema, o Plano Municipal de Saúde de Miracema (2015-2019), revela que a rede física de saúde pública e privada prestadora de serviços do SUS o município possui o total de 16 estabelecimentos de saúde, sendo 15 (93,75%) de Gestão Municipal que são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Secretaria Municipal de Saúde, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Academia de Saúde, procedimentos realizados no Centro de Reabilitação Alcântara Junior (APAE) e os exames laboratoriais realizados pelo Laboratório de Análises Ltda e 01

¹⁸ Disponível em: <http://cosemsto.org.br/QuemSomos>

estabelecimento (6,25%) de Gestão e Gerencia Estadual – Hospital Regional Público de Miracema.

Sob administração estadual, o Hospital de Referência de Miracema é uma Unidade Pública Estatal, financiado e mantido pelo Estado de Tocantins, responsável pela organização e oferta de serviços da proteção de média complexidade o qual oferece de forma gratuita o tratamento e serviços necessários a toda população referenciada. Segundo dados da Secretaria de Estado da Saúde (SES-TO), a unidade é considerada Porte 2, de média complexidade, possui 71 leitos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo referência para os municípios de: Rio dos Bois, Miranorte, Tocantínia, Lajeado, Rio Sono e Bom Jesus do Tocantins.

Vale ressaltar que atende ainda, outros municípios, fora dessa referência, como por exemplo: Guaraí, Porto Nacional, Paraíso, Palmas, dentre outros, mediante aceite da equipe médica e/ou da Direção deste. O Hospital de Miracema é referência para os atendimentos de urgência/emergência nos casos de clínica médica, clínica cirúrgica, pediátrica, ortopédica, odontológica, cardiológica, berçário patológico e clínica obstétrica. No HRM, são oferecidos os seguintes serviços¹⁹ a atendimentos²⁰: Psicologia, Fisioterapia, Terapeuta Ocupacional, Nutrição, Serviço Social, Odontologia, Cardiologia, Farmacologia, Anatomo-Patológico, Hemoterapia, Maternidade, Brinquedoteca, Núcleo de Educação Permanente, Raios-X, Eletrocardiograma, Ultrassonografia, Serviço de atenção à Saúde da População Indígena, dentre outros.

Quando a política nacional de atenção básica - portaria nº 2.436/2017 prevê a Atenção Básica como a principal porta de entrada para as demais Redes de Atenção à Saúde (RAS), é ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas de acordo com as necessidades de cada território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. Caracteriza por ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização, próxima da vida das pessoas, considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

¹⁹ Ação ou efeito de servir, de dar de si algo em forma de trabalho. Exercício e desempenho de qualquer atividade.

²⁰ Ato ou efeito de atender. Maneira como habitualmente são atendidos os usuários de determinado serviço.

A descentralização os municípios tem conquistado diferentes avanços nos espaços de gestão, de acordo com Rocha (2010)

A descentralização é vista, de forma geral, como uma proposta de distribuição de poder entre as diversas esferas de governo, na qual são aplicadas atribuições e demandados suportes financeiros, humanos e físicos para execução ao poder destinado a cada esfera. (ROCHA, 2010, p. 69).

A descentralização possibilita autonomia para os municípios, além de ampliar e garantir os direitos, dando ênfase no poder local. Segundo Stein (1997, p. 6 apud Rocha, 2010. p. 71) salienta-se ainda que, “quando esta defende que a descentralização pode e deve ser relacionada com as ideias de democracia, cidadania, autonomia, municipalização e controle social.”

No que se refere aos estabelecimentos da rede de Atenção Básica no município, soma-se com 09 Unidades Básicas de Saúde dentre elas duas UBS que promove atenção integral à população na região rural: Unidade Básica de Saúde localizado no assentamento Adelaide (Não cadastrada no CNES) e UBS Joaquim Sardinha Neto. As mesmas assistem doze assentamentos legalizados no município: Assentamento Irmã Adelaide, Nova esperança, Boa Fé, Vitória, Nossa Senhora de Fátima, União, assistidos pela UBS Adelaide, noutro, o Assentamento Terrinha, PA Brejinho, Mundo Novo, Universo, Xanadú e Olho D'água, assistidos pela UBS Joaquim Sardinha Neto.

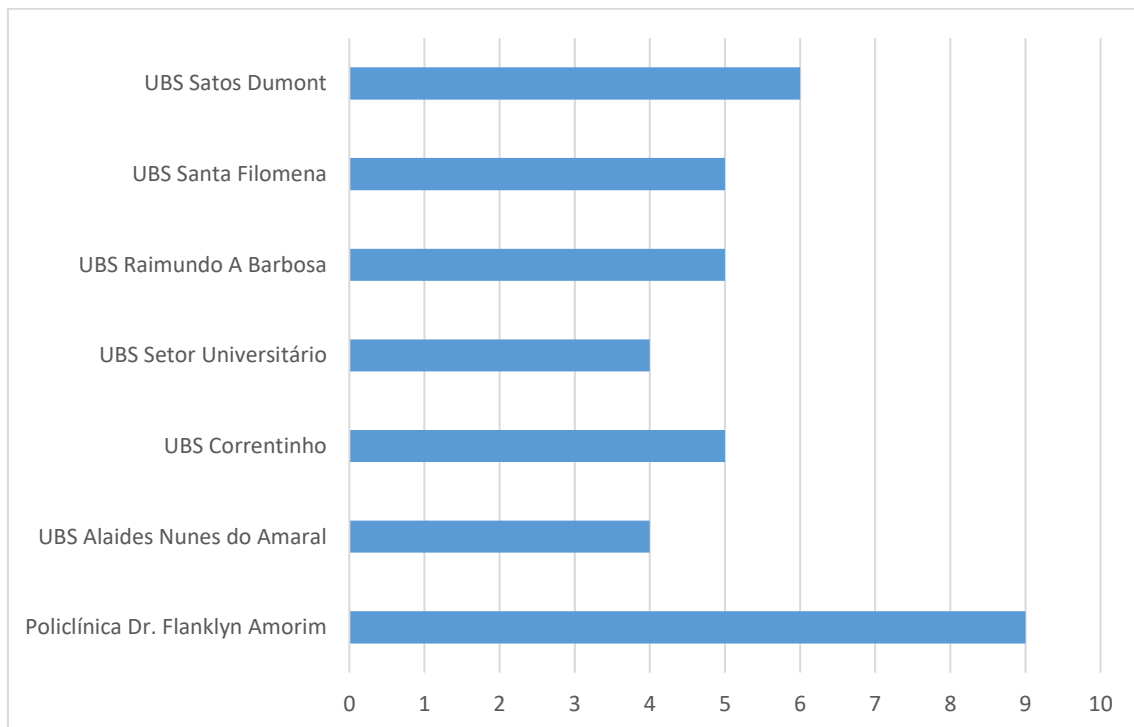
São desenvolvidas segundo o PMS, Programa Saúde na Escola (PSE) incluindo outras ações como Tracoma, Verminose, alimentação, ações na área da saúde da mulher, da criança, do adolescente, Hipertensos e diabéticos, visitas domiciliares, saúde do homem, Tabagismo, Farmácia Básica, Imunização de rotina e Campanhas. Inclui serviços como Estratégia da Saúde da Família, Serviço de Controle ao Tabagismo, Serviço de Atenção ao Paciente com Tuberculose, Serviço de Atenção ao Pré-natal, parto e nascimento, Serviço de Atenção Integral em Hanseníase, Serviço de Controle ao Tabagismo.

Os estabelecimentos da Atenção Básica na zona urbana são: Centro de saúde Dr. Franklin Amorim (Policlínica), UBS Correntinho, UBS Setor Universitário, UBS Raimundo Barbosa, UBS Santa Filomena, UBS Santos Dumont, UBS Alaides do Amaral, além da Vigilância em Saúde Municipal, Academia de saúde da Praça Mariano H Cavalcante, Academia de saúde José Carlos Pereira, Caps I Dona Viturina

Borba, Secretaria Municipal de saúde, Laboratório de Análises Ltda e o Hospital de Referência de Miracema.

O gráfico a seguir contabiliza os serviços de saúde oferecido em cada UBS urbana:

Gráfico 1 – Unidades Básicas de Saúde - Urbana



Fonte: (DIAS, 2019).

Observamos que a Unidade Flanklyn Amorim (Policlínica) oferece o maior número de serviços que inclui: Estratégia da Saúde da Família (ESF), Serviço de Atenção ao paciente com Tuberculose, Serviço de Atenção ao Pré- Natal, Parto e Nascimento, Serviço de Atenção Domiciliar, Serviço de Fisioterapia, Serviço de Vigilância em Saúde, Serviço de Apoio a Saúde da Família, Serviço de Atenção Integral a hanseníase, Serviço de Controle de Tabagismo.

Em três UBS (UBS Santa Filomena, UBS Raimundo Barbosa e UBS Correntinho), dispõem cinco dos mesmos serviços à população, são: ESF, Serviço de Controle de tabagismo, Serviço de Atenção Integral em Hanseníase, Serviço de Atenção pré-natal, parto e nascimento e Serviço de Atenção ao paciente com Tuberculose.

UBS Santos Dumont oferece seis serviços, cinco dos mesmo mencionados nas UBS anteriormente mais o Serviço de Saúde ao Sistema penitenciário. Por último, as

UBS Setor Universitário e UBS Alaides Nunes do Amaral com menor número de serviços: ESF, Serviço de controle ao Tabagismo, Serviço de atenção ao Paciente com Tuberculose, Serviço de Atenção pré-natal, parto e nascimento. Na UBS Alaides do Amaral, são: ESF, Serviço de Atenção Integral ao Pré-natal, parto e nascimento, Serviço de controle ao Tabagismo, Serviço de Atenção Integral em Hanseníase.

Observa-se que a partir dos dados tabulados, é que a maioria dos serviços presentes nas seis UBS são iguais embora cada uma apresenta suas características particulares no atendimento da população referenciada em cada território.

A PNAS estabelece aos municípios a responsabilidade na organização, execução e gerenciamento dos serviços e ações de Atenção Básica. A política de saúde tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica, a mesma é composta por profissionais de saúde no mínimo um médico preferencialmente da especialidade medicina da família e comunidade, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Pode-se também fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE), profissionais de saúde bucal, cirurgião dentista, auxiliar ou técnico em saúde bucal.

Para cada Equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) responsabiliza no total de 2.000 a 3.500 pessoas localizadas dentro do seu território. Contudo, dependerá no gesto municipal o número de Equipe para atingir seu potencial na cobertura de sua população podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado. Recomenda-se 4 equipe por UBS (Atenção Básica ou Saúde da Família) para que possa atingir seu potencial resolutivo. Quando ao número de ACS recomenda-se a cobertura de 100% da população com o número máximo de 750 pessoas por ACS.

Quanto a Vigilância em Saúde (VS), a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) foi instituída, no ano de 2003, pelo Ministério da Saúde (MS) a proposta de ampliar a capacidade de operação a Vigilância em Saúde no País, principalmente no âmbito estadual e municipal, passando assim a congregar além da vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis e não-transmissíveis, como também a vigilância ambiental, a saúde do trabalhador.

Apesar do avanço,

[...] o Brasil convive com doenças que ainda apresentam uma elevada carga na população e precisam de manutenção na prioridade por parte de todos os

gestores do SUS. Entre estas, destacam-se a dengue, a malária, a tuberculose, a hanseníase, as leishmanioses, a esquistossomose, as hepatites virais e as doenças sexualmente transmissíveis, em especial a sífilis congênita e a aids. (BRASIL, 2009, p. 35).

De acordo com a Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004, que estabelece as competência aos três entes federados na área de Vigilância em Saúde. Cabendo aos gestores municipais notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados; investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por doenças específicas; acompanhamento e avaliação dos procedimentos laboratoriais realizados pelas unidades públicas e privadas componentes da rede municipal de laboratórios que realizam exames relacionados à saúde pública, dentre outros.

Com a identificação do campo de estudo presente no município, abordaremos a seguir a discussão diante dos documentos analisados para compreender o (des)proteção social em saúde das famílias miracemenses.

4.2 Atenção básica e seus indicadores de saúde: análise e discussão

Ressaltamos que o objetivo da pesquisa procurou mapear os Estabelecimentos de Saúde disponíveis no município e seus serviços oferecidos os quais foram apresentados no tópico anterior, no entanto, a pesquisa deve como fonte o Relatório Detalhado Quadrimestral (RDQ) dos meses de janeiro a abril disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde do município. Visamos aqui em compreender através dos indicadores sociais de saúde presente do RDQ as condições de (des)proteção social em saúde das famílias.

Com isso, destacamos a importância dos indicadores sociais de saúde para entender a realidade local, suas particularidades e por consequente as condições de saúde.

Para atuar na perspectiva da vigilância da saúde é imprescindível a utilização de indicadores sociais e de saúde que, articulados, ajudam a medir problemas e avaliar resultados da intervenção em saúde. Estes indicadores, utilizados de forma pactuada, constituem-se caminho apropriado para o envolvimento de diferentes atores sociais na construção de projetos intersetoriais capazes de influenciar a formulação de políticas públicas que melhor respondam as demandas sociais de saúde. (SANTIAGO, et al., 2008, p. 2).

Os indicadores são instrumentos de gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis, os mesmos destinam a produzir evidências sobre a situação sanitária, como base empírica para possibilitar identificar os grupos humanos com maiores necessidades de saúde, identificando áreas críticas. (REDE, 2008, p. 14)

De acordo com o IBGE, pode-se conhecer os aspectos demográficos da região, contendo uma população estimada em (2019) de 18.248 habitantes, em contrassenso com a contabilidade do censo de 2010 podemos perceber os números decrescente, somando no total de 20.684 habitantes. É a décima região mais populosa do Estado do Tocantins dentre seus 139 municípios. Sua população por zona de habitação rural é de 2.747 habitantes correspondendo aos 13,28%, na zona urbana o total é de 17.937 habitantes, correspondendo aos 86,72%.

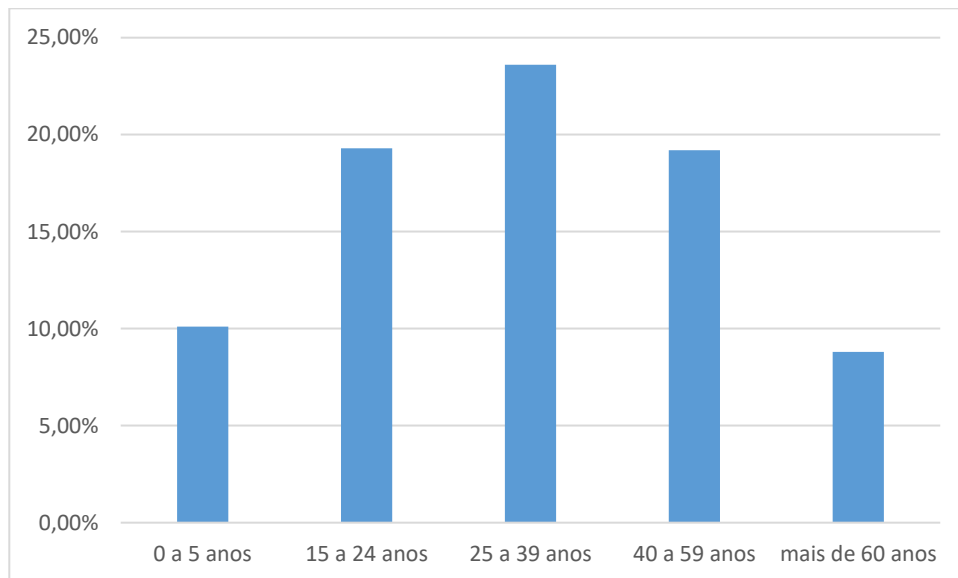
Os dados demográficos dos municípios que apresenta uma totalidade abaixo de 20.000 habitantes, padecem um problema sistêmico. Como explica:

O Território tocantinense é composto de 139 municípios onde 92,8% dos municípios são de pequeno porte, ou seja, possuem até 20.000 habitantes destes 54,26% possuem menos que 5.000 habitantes. Esta realidade apresenta desafios a serem superados tendo em vista grande parte dos municípios tocantinenses de pequeno porte carecem de estrutura econômica e social. Como o processo de descentralização e municipalização os municípios são responsáveis pela saúde dos seus cidadãos devendo ter condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer sua função. (TOCANTINS, 2015, p. 20).

Por ser considerado município de pequeno porte, pode-se pensar nos desafios em que o município enfrenta para efetivação da política de saúde, em especial, na Atenção Básica, onde são os responsáveis pela implementação e execução. Contudo, as estratégias de intervenção para tal efetivação, requer a priori reconhecer o perfil das famílias miracemenses.

Partindo da faixa etária populacional obtemos o seguinte:

Gráfico 2 – Faixa etária

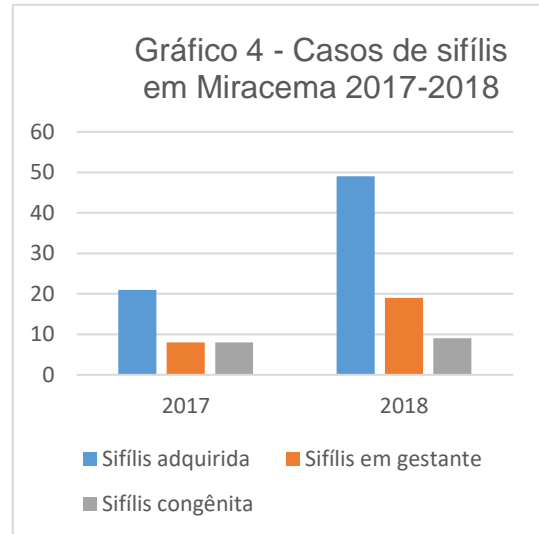
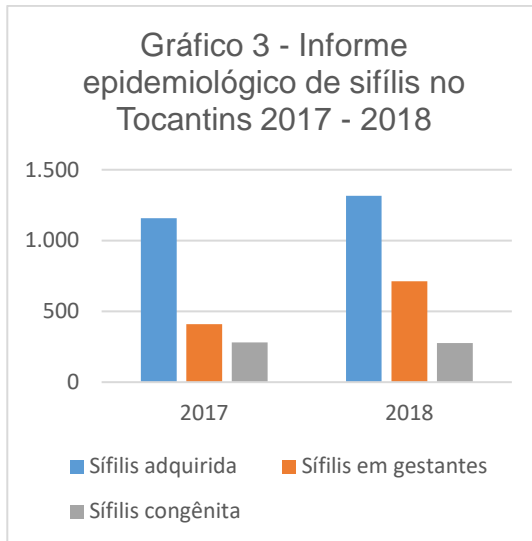


Fonte: (DIAS, 2019).

Observa-se que a faixa etária populacional de Miracema é composto por sua maioria de jovens, logo, buscar traçar estratégias de proteção integral desses indivíduos torna-se um fator primordial na política de saúde. Aponta-se algumas dessas estratégias, prevenção aos agravos a enfermidades resultantes do uso abusivo de álcool e de outras drogas; prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e Aids; Melhoria no atendimento ao crescimento e ao desenvolvimento; Saúde sexual e saúde reprodutiva; Gravidez na adolescência; Planejamento sexual e planejamento reprodutivo. (BRASIL, 2010)

No que se refere a saúde da população jovem, recentemente a Secretaria Estadual da Saúde divulgou um informativo Epidemiológico de HIV/AIDS que apresenta informações do período de 2017 e 2018, onde consta o monitoramento de novos casos de HIV, Aids, Sífilis e Hepatites no estado. Os números relevam o aumento dos números de pessoas diagnosticado a cada ano com HIV/Aids entre jovens e adultos.

Para uma análise acerca dos números, os quadros mostram o informe epidemiológico de sífilis no Tocantins, e noutro, em Miracema.



Fonte: <https://saude.to.gov.br/dst-aids/informativos-epidemiologicos-isthivaids-tocantins/>

Pode-se perceber, que o aumento de casos apresentados no estado proporcionam conhecimento da situação de saúde da população, a intervenção da Atenção Básica diante dos casos no município requer maior atenção e ampliação dos meios de prevenção, distribuição de camisinhas em pontos estratégicos da cidade como postos de gasolinas, praças, ponto de apoio, balsa, distribuição em todas as UBS, assim como também enfrentar o conservadorismo presente nas escolas abordando assuntos sobre a educação sexual e ao esclarecimentos de DSTs, campanhas educativas que estimulariam a educação sexual e prevenção.

Segundo o RDQ houve uma queda na realização de exames de teste rápido para sífilis, embora os mesmo sejam disponibilizados na Policlínica Dr. Franklin Amorim encontrava-se indisponíveis os testes rápidos para sífilis, o período analisado mostrou que somente o hospital encontrava com o serviço disponível.

O descompasso entre o aumento dos casos de sífilis e a proteção em saúde é notório, em vez que, ao focalizar o acesso dos serviços de saúde para prevenção da população deixa muitos usuários excluídos do sistema necessitando de diagnósticos e intervenção precoce, a precarização do serviço ou a falta do acesso ao mesmos pode resultar em aumento da ocorrência de problemas de saúde.

Em contra ponto, RDQ relata a capacitação de profissionais visando aumentar a cobertura e facilitar a acessibilidade dos usuários ao teste rápido, bem como melhorar o acompanhamento e garantir uma boa relação profissional e usuário.

Ainda nessa mesma ótica da oferta de serviços na Rede de Atenção Básica, a proteção em saúde dos serviços disponibilizados pelas UBS's, revelam que o

atendimento à população miracemense muitas vezes é negado por não ter renovação da contratação do laboratório para realização de tais serviços, como exemplo o exame preventivo do câncer do colo de útero. Vale lembrar que a contratação de serviços é de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde. Nesse sentido,

Também é ainda insuficiente o investimento na integração da atenção básica com outros níveis assistenciais; a oferta de serviços especializados é dificultada também pela baixa integração entre prestadores dos níveis municipal, estadual, especialmente na oferta de exames de apoio diagnóstico. A capacidade administrativa no nível municipal é muitas vezes deficiente, assim como a regulamentação nacional. Tais obstáculos impedem a atenção básica de atingir plenamente seu objetivo e ressaltam o fato de que estratégias como a de saúde da família são processos em construção. (PAIM et al, 2011, p. 23).

Como os autores esclarecem, a oferta de serviços especializados referenciados na Atenção Básica, especialmente na oferta de serviços de apoio a diagnósticos ainda é precária, e que não diferem da realidade do município de Miracema. O município de referência para Miracema é Palmas, recorrer na falta de especialidades, exames, e serviços de diagnósticos, no entanto, de acordo com o RDQ, alguns especialidades estão em falta devido a contratação e renovação com o laboratório que presta atendimento à população, o agendamento é feito através da Central de Regulação Municipal para o município referência, além da falta da oferta desse serviço, o usuário ainda tem que esperar vários dias para solução do seu problema de saúde.

Com isso permite-se afirmar que, o acesso a serviços de saúde estão longe de ter a capacidade e garantir a cobertura das ações preventivas na Atenção Básica, não oferece um ambiente fértil para expansão da proteção social em saúde das famílias, ademais, as mesmas necessitam ter que arcar com custeio de despesas ao se deslocarem do seu município de origem, dificultando o acesso integral em saúde o que torna cada vez mais específico o público que tem condições de acesso a tais serviços.

Coalizões desse tipo irão restringir os recursos governamentais para o financiamento dos gastos públicos em saúde e irão tentar reduzir os serviços oferecidos pelo Estado a um mínimo possível, bem como tentar restringir o acesso a esses serviços a uma determinada parcela da população. (FLEURY & OUVENEY, 2012, p. 32).

Assim, se uma parcela fica a depender do interesse de gestores e do estado, outra parte pode pagar pelos serviços em falta [...] “a classe média e os setores mais abastados da população passaram a comprar seus planos de saúde e de

aposentadoria, ao passo que a população mais pobre ficou dependente das políticas públicas.” (FLEURY & OUVÉRY, 2012, p. 27)

Além os indicadores de saúde supracitados, observa-se que o documento apresenta alguns fatores que contribuem para a baixa produtividade diante da prestação de serviços à população, são eles:

- Períodos sem profissional cirurgião dentista em algumas equipes de saúde;
- Necessidade frequente de manutenção nos equipamentos utilizados de saúde bucal;
- Interrupção no processo de trabalhos das Equipe de Saúde da Família devido a mudança na gestão;
- Redução do quadro de profissionais contratados para exercer atividades nas Unidades Básicas de Saúde;
- Falta de contratação;
- Demissão de profissionais nas Unidades Básicas;
- Dificuldade quando avaliação dos comunicantes devido a rotatividade e ausência do profissional médico em algumas equipes;
- Vencimento de contrato do laboratório responsável pela realização dos exames;
- Várias especialidades sem prestadoras de serviços;
- Dificuldade na locomoção adequada dos reeducando até a unidade de Saúde por parte do sistema prisional.
- Falta de infraestrutura adequada para o atendimento dos reeducandos;
- Falta de medicação nas Unidades Básicas;
- Necessidade de uma estrutura física adequada para e recursos humanos em números apropriados para que o processo de trabalho seja condizente com a necessidade da população.

Percebe assim a ausência de cobertura e proteção social dos serviços, que em sua maioria estão relacionados a falta de profissionais para exercer atividades de atendimentos a população. Por outro lado, a rotatividade desses profissionais, implicam na descontinuidade do acompanhamento da população colaborando para um possível atendimento frágil, ocasionado pela ruptura do vínculo anterior estabelecido entre profissional, famílias e comunidade em cada territórios.

Além disso, isso implica também na avaliação dos serviços para tomada de decisões na esfera local, a relevância de implementação de políticas e serviço de acordo com a realidade em cada território, a integração multiprofissional propiciando mudanças a partir da vivência e dinâmica do território, o reconhecimento e descobrimentos de demandas apresentadas na efetivação da Atenção Básica, torna-se comprometida. Concorde-se que,

[...] ainda a insuficiência de profissionais, gestores e trabalhadores qualificados para implementação de política transformadora do modelo assistencial no País reivindicando o estratégico investimento na formação e qualificação desses atores para mudança do perfil de equipes da ESF e garantia de atenção integral à saúde, essencial ao sucesso da APS como ordenadora do cuidado. (SILVA, 2018, p. 2).

Caetano e Dani (2002) reafirmam que uns dos pontos significativos a ser enfrentado pelas equipes de saúde da família está ligado à questão dos recursos humanos disponíveis, em especial “aqueles relacionados à escassez e insuficiência de profissionais e ao despreparo e à precária qualificação dos mesmos. (CAETANO, DANI, 2002, p. 17)

Segundo Savassi (2012, p. 73) apesar dos mecanismos de avaliação da qualidade dos serviços ofertados, é necessário o investimento na qualificação dos profissionais que trabalham nestas instituições para que consigam imprimir qualidade nos serviços.

[...] envolve também uma mudança na qualidade dos gestores do SUS, na relação do gestor com os profissionais de saúde e usuários, e na participação ativa dos profissionais da saúde - também usuários, clientes e público-alvo dos serviços do SUS - na pactuação destas metas e parâmetros de qualidade. A qualificação da gestão em todos os seus níveis, em especial no local, é um passo a ser dado e deve ser igualmente avaliada em termo de práticas e posturas. (ibid, 2012, p. 73).

Embora a qualificação de profissionais e gestão sejam uns dos caminhos apontados, torna-se relevante a ampliação da cobertura, e para isso, necessita a garantia de números de profissionais condizente com a realidade local e que assim colabore para a ampliação do acesso das famílias aos serviços de saúde e não apenas responsabilize pela proteção em saúde de seus membros.

Assim, segundo Paim (et al. 2011, p. 28) aponta que as normativas adquiriram grande experiência profissional, mais que é preciso superar alguns desafios que devem ser enfrentados para o fortalecimento do SUS, mostram que apesar do

financiamento federal tenha aumentado cerca de quatro vezes desde o início da última década, a porcentagem do orçamento federal destinada a saúde não cresceu, o que levou a restrição do financiamento, infraestrutura e recursos humanos. Outro ponto salientado pelos autores é que o SUS precisa avançar na sua sustentabilidade política, econômica, científica e tecnológica, além disso, apontam que o um dos maiores desafios a serem enfrentados pelo SUS é político, para assim reestruturar seu financiamento.

Como apontamos no tópico 3.3 “Neoliberalismo e impactos na saúde”, o Estado mínimo é reflexo dos indicadores acima discutido. A análise feita, aproximaram na realidade da proteção em saúde das famílias, são necessários serviços em que as famílias tenham acesso para que constem do exercício de sua capacidade protetiva, superando a lógica da mercantilização, cuja efetividade não as sobrecarreguem ou caiam na prática do familismo²¹, ou como aponta a perspectiva pluralista.²²

É oportuno frisar que os obstáculos que permeiam a Atenção Básica, vão além dos indicadores aqui analisado, a pesquisa não pretende esgotar as análises, e sim contribuir para construção teórica-crítica para favorecer à melhoria das condições de vida da população, como também melhorar a capacidade de proteção.

Visto as condições de saúde do município, o próximo tópico retrata um breve perfil das famílias miracemenses e recorre a autores ligados a essa temática. São dados analisados do instrumental técnico no Grupo de Estudo e Pesquisa em Proteção Social em Famílias (GEPPSFAM-UFT) a partir dos dados censitário de 2010 do IBGE.

²¹ Familismo entendido como a perspectiva em que a política pública considera – na verdade insiste – que as unidades familiares devem assumir a principal responsabilidade pelo bem-estar de seus membros (ESPING-ANDERSEN, 2000, apud MIOTO, PRÁ, 2015, p. 171)

²² [...] a perspectiva pluralista consiste na interação de diferentes iniciativas, sejam elas públicas ou privada. Isto é, as iniciativas ou ações são realizadas de forma combinada entre Estado, sociedade civil e mercado. (PEREIRA, 1995, apud MIOTO, 2009, p. 47)

4.3 Breve perfil das famílias miracemenses

O breve tópico dedicou realizar uma breve aproximação do perfil da população miracemense, a pesquisadora analisou apenas três dados do instrumental do GEPPFAM visando suas aproximações do perfil das famílias miracemenses, conhecendo assim o espaço para a intervenção de políticas públicas.

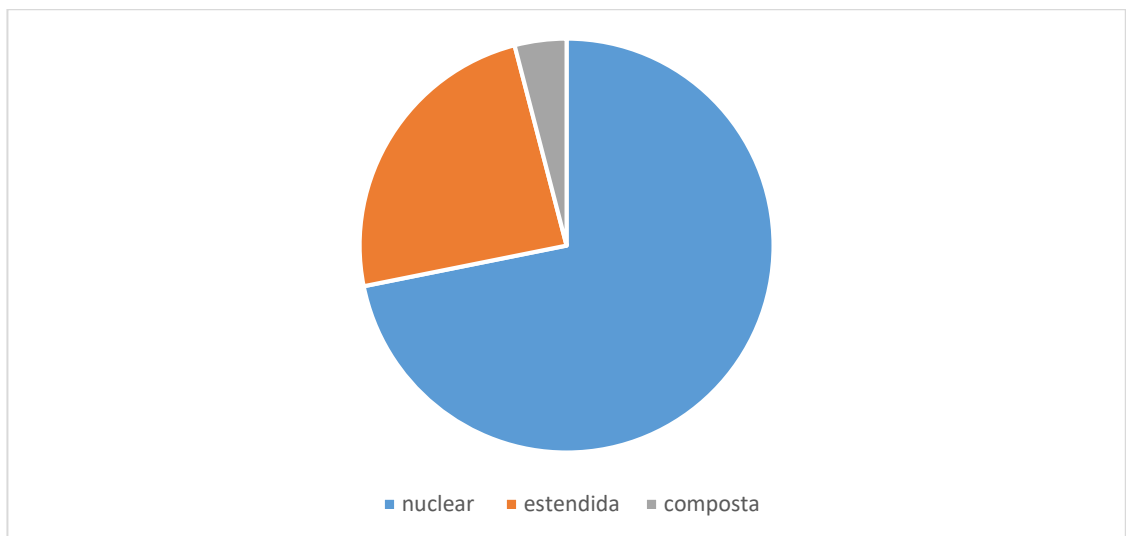
O número total presente de famílias é de 5.145, segundo o IBGE (2010), cabe salientar que a expressão utilizada refere-se a domicílio, que segundo Santos

“[...] isto é, lugar onde vive a família ou a unidade doméstica. A origem da palavra “domus” é referida a lar, domicílio, um lugar onde vive um núcleo de pessoas sob um mesmo teto, por decorrência, família é considerada uma instância privada da vida social.” (IBGE, apud SANTOS, 2010, p.77).

A autora esclarece que, o conceito do qual é utilizado reforça a lógica mercantil do lar privado e criminalizam os indivíduos que não possuem um local fixo de moradia.

O gráfico abaixo mostra como está se configura a organização familiar no município.

Gráfico 5 – Configuração familiar



Fonte: Censo IBGE 2010

Nota-se que a maioria modelos familiares de acordo com o gráfico, são: nucleares²³ com o total de 3.765 famílias. Seguindo tem-se as famílias estendida com o total 1.263 famílias e composta com o total de 212 famílias. Apesar do modelo

²³ https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/78/cd_1991_n22_familias_domicilios_pr.pdf, destacam-se aqui os conceitos dos tipos de famílias utilizado pelo IBGE.

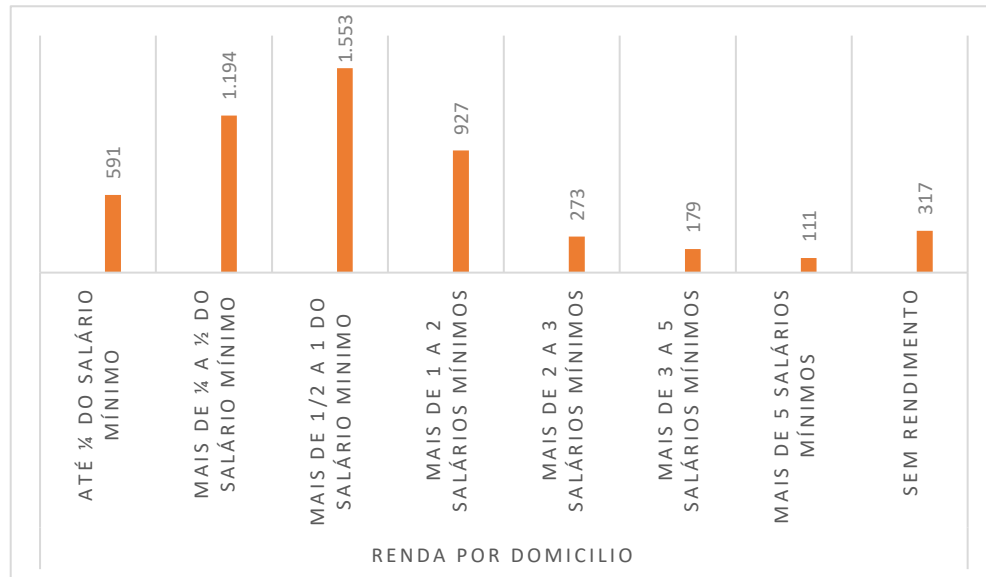
nuclear sobressai como mostra o censo, a constituição das famílias miracemenses também se acentua na família estendida.

De acordo com o censo, as mulheres responsáveis pela família sem cônjuge com filho(s) deve-se a 808 famílias, por outro lado, homens responsáveis pela família sem cônjuge com filho(s) é de 115 famílias.

No Brasil as famílias monoparentais chefiadas por mulheres crescem constantemente, segundo o estudo da autora Vitale (2002) as famílias monoparentais masculinas são significativamente menores que as femininas, para as autoras (BARROCO; BRUSCHINI, 1981 *apud* VITALE, p. 45, 2002) é preciso não esquecer que as mulheres chefes-de-famílias costumam ser também ‘mães-de-famílias’ acumulando uma dupla responsabilidade, ao assumir cuidado da casa e das crianças com o sustento de seus dependentes, ademais, são mais vulneráveis às dificuldades econômicas, à perda de emprego.

O gráfico abaixo a seguir releva o percentual da renda domiciliar:

Gráfico 6 – Renda por domicílio



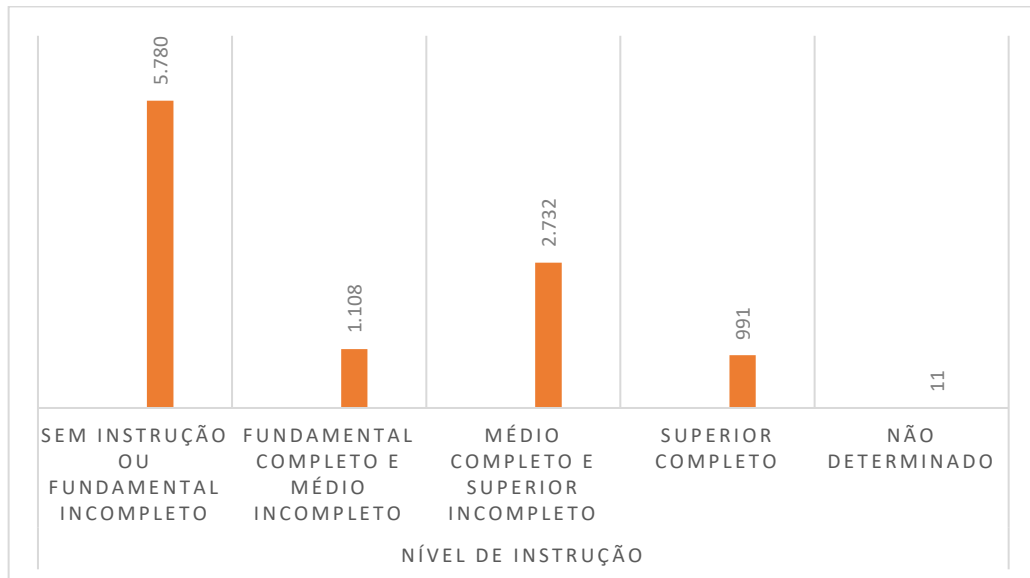
Fonte: IBGE, censo 2010.

Como mostra, o percentual que sobressai é “mais de 1/2 a 1 salário mínimo”, se consideramos o valor do salário mínimo atual de R\$998,00, dentre o total de 5.145 domicílios particulares, 1.553 domicílio tem seu rendimento de R\$499,00 a R\$998,00. Em segundo lugar, evidencia-se com “mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo”, o que corresponde ao valor de R\$249,50 a R\$499,00, valor esse presente nos 1.194

domicílios particulares. Com isso, compreende que metade dos domicílios particulares no município sobrevivi com o rendimento de “menos de salário mínimo a 1 salário mínimo.”

A seguir, o gráfico apresenta o nível de instrução:

Gráfico 7 – Pessoas de 25 anos ou mais de idade / nível de instrução



Fonte: IBGE, censo 2010.

Percebe-se o elevado número de pessoas que se encontram “sem instrução ou fundamental incompleto”, a baixa escolaridade influencia no autocuidado refletindo de forma negativa na conscientização de que indivíduo é promotor de sua saúde, limita-se também suas condições de autonomia para prover principalmente em suas atividades de saúde, como exemplo ao entendimento de uma prescrição médica ou até mesmo ao uso correto da medicação, soma-se a isso, fatores relacionados na prevenção de doenças, o engajamento da população e sua participação em assuntos relacionado a saúde e qualidade de vida. No entanto, o papel da equipe da saúde é desenvolver ações de educação prezando pela qualidade de vida da população assistida, em especial, idosos que vivem sozinhos.

Em síntese, os dados obtidos não concluem o perfil das famílias, porém, a breve aproximação do “chão” de tais famílias, esclarecendo que a grande maioria das famílias são nucleares, seguidas de famílias monoparentais femininas. O rendimento majoritário é “menos de salário mínimo a 1 salário mínimo.” Para Carrapato (et al. 2017) o rendimento pode ou não permitir o acesso a determinados comportamentos com impactos na saúde, como exemplo: escolhas alimentares saudáveis. A

segurança econômica é uma necessidade que deve ser satisfeita para garantir a manutenção e o desenvolvimento da autônima individual, sugerindo medidas protetoras na fomentação da renda contra contingências sociais, como velhice, incapacidade e desemprego. (PEREIRA, 2008, p. 80)

No entanto, ressalta-se outra questão, e que devem ser colocadas para os profissionais das equipes de saúde da família na sua intervenção no seio familiar é compreender as mudanças que se passam na família, em sua composição, tamanho, estratégias de sobrevivências e etc. não se deve-se excluir no interior de suas práticas uma imagem pessoal ou idealizada de família.

A compreensão do realidade das famílias, vai além dos fatores mencionados, a saúde são determinadas não somente pela ausência de doenças, como define a Organização Mundial da Saúde (OMS), é um estado completo bem-estar físico, mental e social, com isso, as considerações é uns dos passos dados para compreensão do perfil das famílias, colaborando para formulação de políticas públicas de saúde capazes de atender a realidade local, e principalmente entender que as determinações que permeia as condições de bem-estar da saúde, habitação, saneamento básico, educação, renda, lazer, acesso aos serviços devem constar na agenda dos gestores municipais, melhorando assim a proteção social em saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender a proteção social em saúde e o perfil das famílias miracemenses é um dos caminhos para o fortalecimento da Atenção Básica, assim como também para todo o Sistema Único de Saúde. Os indicadores sociais da pesquisa, deram norte diante das inúmeras complexidades que permeiam as condições de saúde, pensando nisso, faz-se necessário contribuir para fomentar a discussão sobre a (des)proteção social em saúde das famílias miracemenses.

Nessa direção, os resultados obtidos diante do Relatório Detalhado Quadrimestral trouxeram à tona os impasses presentes na Atenção Básica no município, sendo eles relacionados a falta de profissionais, a falta de recursos humanos, a ausência de qualificação profissional, a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, dentre outros.

Diante disso, pode-se dizer que a desproteção social em saúde torna-se visível, uma vez que, como já estudado por alguns autores, a centralidade da família em prover a proteção social de seus membros é cada vez mais comum devido ao Estado mínimo que cobra das mesmas sua autoproteção. Para as autoras Mito e Prá (2015, p. 170) argumentam que quando as alternativas do mercado e do Estado falham as famílias são obrigadas a produzir o próprio bem-estar, embora, a dependência de soluções encontradas no mercado, produzirá inevitavelmente a desigualdade do acesso aos serviços, assim como, as famílias com menor renda serão excluídas dessa alternativa.

Outro ponto destacado pela autora, refere-se que o modelo dos Programas destinados a Atenção Básica, que sobrecarregam as famílias, principalmente no quesito hospitalar, cita como exemplo o crescente aumento de doenças crônicas degenerativas bem como o crescimento da população idosa que necessita de cuidados mais intensivos. Sobre essas análises, reforça a ideia da reorganização do sistema de saúde está relacionado na redução de custos a partir de novas formas de assistências, como o atendimento domiciliar, transfere-se a responsabilidade para o paciente nos cuidados dentro do ambiente domiciliar, visando a racionalização de custos de saúde.

Além, a Atenção Básica precisa condizer com as diversidades dos problemas de saúde no nosso tempo, sobretudo no que se refere ao tratamento que envolve o uso cada vez maior de tecnológica que ajudam no diagnóstico, controle e prevenção.

[...] uma lógica de construção do sistema de saúde precisa ser assumida de forma que possibilite maior flexibilidade das suas estruturas organizacionais em cada território e de aporte tecnológico que se aproxime o quando for possível das necessidades apresentadas pela população. ((BODENHEIMER et al 2002, apud, VIANA, FAUSTO, 2005, p. 161).

A Atenção Básica, por ser considerada porta de entrada preferencial ao Sistema Único de Saúde, torna-se o centro articulador do acesso dos usuários do Sistema Único de Saúde às Redes de Atenção à Saúde. AB tem no Programa Saúde da Família (PSF) as Equipe de Saúde da Família, e que tem como responsabilidade de conhecer a realidade das famílias, identificar os problemas de saúde comuns, garantir a continuidade do tratamento, prestar assistência integral, buscando contatos contínuos e objetivando o enfrentamento a saúde por meio da educação sanitária, promover ações intersetoriais, incentivar a participação ativa nos conselhos de saúde municipal.

Para efetivação das práticas das equipes de saúde, percebe-se que no município não dispõem hoje, de um número satisfatório de profissionais qualificados, além disso, a alta rotatividade de profissionais levam o rompimento de vínculos já construídos entre indivíduos, famílias e comunidade, a falta de articulação intersetorial é outro aspecto crucial para alcançar uma boa resolutividade, a falta de recursos financeiros é outro fator que geram as deficiências na gestão e para o enfrentamento dos determinantes sociais de saúde, além da falta de concurso público deixando os vínculos frágeis.

Em relação ao financiamento da Atenção Básica, na atual conjuntura a nova Proposta aprovada Comissão Intergestores Tripartite (CIT) tem como proposta um novo modelo de financiamento a Atenção Básica, o modelo fará com o que o repasse de recursos aos municípios leve em consideração o número de usuários cadastrado nas equipes de saúde. Tal proposta de financiamento fere o princípio da universalidade do SUS ao restringir o serviços apenas aos usuários cadastrados e não ao total populacional atualmente existente e que pode ser aplicada com autonomia dos municípios de acordo com suas realidades. Isso significa fragmentar o financiamento da AB sem levar em conta a complexidade do sistema de saúde e que abre portas no setor privado.

Dentre esses impasses apontado, a saúde está diretamente relacionada não apenas a oferta ou não de serviços, mas, e articulada com os demais determinantes

de saúde, ou seja, a saúde é condicionada a vários outros fatores, sendo eles a educação, renda, saneamento básico etc, ou seja, a saúde ultrapassa a doença, e interliga fatores sociais e econômicos.

Reforçar ações de saúde que visem a intersetorialidade, a qualificação profissional, manter a construção de vínculos entre profissional/usuário, garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS, garantir o acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado da população são alguns dos caminhos apontados para superação dos desafios mencionados.

Contudo, a pesquisa contribuiu para conhecer a realidade de saúde no município, a informação de saúde desencadeada através dos indicadores sociais de saúde a informação, o monitoramento, o acompanhamento e avaliação dos serviços de saúde. Acreditamos que os dados contribuem para desenhar e implementar políticas públicas de saúde de acordo com a realidade das famílias, interligando com os demais âmbitos: educação, trabalho, saneamento etc. e finalmente ampliar o conceito de cidadania, enfatizando os direitos em saúde e as bases legais que os legitimam. Em tempo de retrocesso e retirada dos direitos, conjunto o projeto de privatização do SUS, é preciso mais do que antes, fomentar a pesquisa sobre a Saúde no país, chamar a responsabilidade do Estado para não sobrecarregar as famílias, renovando e fortalecendo assim o movimento da Reforma Sanitária, crucial para impedir retrocessos. É momento de resistir, de construir um Sistema Único de Saúde estatal e de qualidade é direitos de todos.

REFERÊNCIAS

ALVES, Roosenberg Rodrigues. **Família Patriarcal e Nuclear: Conceito, características e transformações**. II Seminário de Pesquisa da Pós-Graduação em História UFG/UCG, 2009. Mestrando da UCG. Disponível em: <https://pos.historia.ufg.br/up/113/o/IISPHist09_RoosembergAlves.pdf> Acesso em: 19/05/2019.

BASTOS, Elide Rugai. Gilberto Freyre Casa-Grande e Senzala. In: MOTA, Lourenço Dantas (Org.). **Introdução ao Brasil um banquete no Trópico I**. São Paulo: editora SENAC, 1999.

BASTOS, Murillo Villela. **Saúde e previdência social no Brasil: impacto da previdência social na organização dos serviços médicos**. In: Revista Adm. Publ., Rio de Janeiro, 1979 Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7553/6050>> Acesso em: 12/03/2019.

BELO, Marília Dal Belo. **Capacidade protetiva de famílias: do individual ao coletivo**. In: Família que vivem do trabalho e proteção social: três perspectivas de análise. Organização Rosemeire dos Santos, Marília Gonçalves Dal Belo. 1. Ed. – Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

BERLOTTI FILHO, Claudio. **A gripe espanhola em São Paulo, 1918: epidemia e sociedade**. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, R. M. **As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais**. Rev. Esc. Enf. USP, v. 30, n. 3, p.380-98, dez. 1996.

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência social e trabalho no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1)

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília/DF 1990. Disponível em:<

http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf
Acesso em: 19/09/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. <Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf acesso em: 17/09/2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf> acesso em: 20/09/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS: Princípios e Conquista**. Brasília, DF: 2000. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf> acesso: 29/03/2019.

BRAVO, Maria Inês Souza & MATOS, Maurílio Castro de. **Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate**. In: BRAVO, Maria Inês; et al. (orgs). Saúde e Serviço Social. 4º ed. São Paulo: Cortês; Rio de Janeiro; UERJ, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil**. In: MOTA, Ana Elizabete... [et al.], (orgs). **Saúde e Serviço Social**. 4. Ed. São Paulo: Cortez; Brasília<DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

_____; CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios do controle social na atualidade**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n109/a08n109.pdf>

_____; MATOS, Maurílio Castro de. **A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal**. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazonaide Pereira (organizadoras). Políticas Sociais e democracia. 4. Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde:
<<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>> Acesso em: 22/09/2019.

CAETANO, Rosângela. DAIN, Sulamis. **O Programa de saúde da família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios**. Physis [online]. 2002, vol.12, n.1, pp.11-21. ISSN 0103-7331. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v12n1/a02.pdf>> Acesso em: 28/09/2019.

CARRAPATO, Pedro; CORREIA, Pedro; GARCIA, Bruno. **Determinantes da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde**. In: Saúde Soc. São Paulo, v 26, n. 3, p. 676-689, 2017. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n3/0104-1290-sausoc-26-03-00676.pdf>> Acesso em: 02/11/2019.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2009. 164 p.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004.

COUTINHO, Dalsiza Cláudia Macedo. **A regionalização do SUS no Tocantins**. 2019.

DECRETO DE LEI Nº 72/66. Instituto Nacional de Previdência Social. Acesso:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/del0072.htm>

DECRETO nº 22.872, de 29 de junho de 1933 – Criado o primeiro Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP), neste instituto os trabalhadores eram organizados por categorias profissionais e não por empresa.

_____. Disponível em:<<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-22872-29-junho-1933-503513-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso em: 13/04/2019.

ENGELS, Friedrich, 1820 – 1895. **A origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado**. Friedrich Engels. Tradução de Ruth M. Klaus, São Paulo: Centauro, 2002.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 208 p. ISBN 978-85-7541-361-6. Disponível em:<<http://books.scielo.org/id/qxhc3/pdf/escorel-9788575413616.pdf>> Acesso em: 31/03/2019.

ESTATUTO da Criança e do Adolescente - Lei 8069/90 | Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm> Acesso em: 01/10/2019.

FAUSTO, Boris, **História do Brasil**. 12. Ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004. (Didática, 1).

FERNANDES, João Azevedo. **Sobriedade e embriaguez: a luta dos soldados de Cristo contra as festas dos tupinambás**. Artigo recebido de 2006 e aprovado em dezembro de 2006. p. 98 a 121. Revista tempo 22. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tem/v11n22/v11n22a06.pdf>> Acesso em: 14/05/19.

FLEURY, Sonia. OUVÉRY, Assis Mafort. **Política de saúde: uma política social**. In: Giovanella, Lígia (org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. Ed. rev e amp. / organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Disponível em:< http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXT0_1_POLITICA_DE_SAUDE_POLITICA_SOCIAL.pdf> Acesso em 25/09/2019.

FLEURY, Sônia. **Reforma do estado, seguridade social e saúde e saúde no Brasil**. In: MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio César França (org.). Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008. 410 p.

FREIRE, Gilberto. **Casa-grande e senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal**. 51ª ed. rev. São Paulo: Global, 2006. (Introdução à história da sociedade patriarcal no Brasil; 1).

GALVÃO, M. A. M., **Políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil-Colônia a 1930**. Textos do Departamento de Ciências Médicas. Escola de Farmácia – UFOP. Disponível em:< http://bvsmc.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf> Acesso em: 12/04/2019.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed., 9. reimp. São Paulo: Atlas, 2007. 175 p.

GOMES, Eliziane Queiroz. **SUS e organização dos serviços públicos de saúde**. In: CAVALCANTI, Patrícia Barreto; CARVALHO, Rafael Nicolau. MIRANDA, Ana Paula Rocha de Sales (Orgs). **Saúde em foco: visibilidade no contexto atual**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB. 2010.

GUERRA, Yolanda. **A dimensão investigação no exercício profissional**. In: Serviço Social: Direitos Sociais e competências profissionais.

KERBAURY, Maria Teresa Micheli. SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira**, Rio de Janeiro, Ed. Campos, 1979, 138 p. In: Resenhas Reviews. São Paulo: Perspectivas, 1978, p 165 a 168.

LAKATOS, Eva Maria; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamento de metodologia científica**. 6. Reimpr. – São Paulo: Atlas 2008.

LEI de Nº 8.029, de 12 de abril de 1990. Instituto Nacional de Previdência SOCIAL. Acesso: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8029cons.htm>

LEI de nº 8.142/1990 Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>

LEI Nº 8.080/90, Lei Orgânica da Saúde
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

LOBO, Elizabeth Sousa. A normatização da Família. **Cad. Pesq.**, São Paulo, (37): Mai. 1981.

MACHADO, Roberto [et al.]. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. – Rio de Janeiro: Edições Geral, 1978.

MEDEIROS, Kátiusca Torres. **Política de saúde no Brasil: um balanço histórico**. In: CAVALCANTI, Patrícia Barreto; CARVALHO, Rafael Nicolau; MIRANDA, Ana Paula Rocha de Sales (Orgs). Saúde em foco: visibilidade no contexto atual. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB. 2010.

MIOTO, Célia Tamoso. PRÁ, Keli Regina. **Serviços e responsabilização da família: contradições da Política Social brasileira**. In: MIOTO, Regina Célia Tamoso; CAMPOS, Marta Silva; Cássia Maria Carloto, (orgs.). **Familismo, direito e cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Cortez, 2015.

MIRACEMA DO TOCANTINS. Secretária Municipal de Saúde. **Relatório Detalhado Quadrimestral RDQ – 1º Quadrimestral Janeiro a Abril 2019**. Miracema do Tocantins 2019.

MIRANDA, Ana Paula Rocha de Sales. **Política de saúde no Brasil: conquistas e inflexões**. In: CAVALCANTI, Patrícia Barreto; CARVALHO, Rafael Nicolau; MIRANDA, Ana Paula Rocha de Sales (Orgs). **Saúde em foco: visibilidade no contexto atual**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB. 2010.

OLIVEIRA, Jaime Antônio de Araújo; TEIXEIRA; Sonia M. Fleury. **Imprevidência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis, Vozes: (Rio de Janeiro): Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva, 1985. 360p. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/Im-previdencia-social-60-anos-hist%C3%B3ria.pdf>> Acesso em 27/03/2019.

PAIM, Jairnilson. Et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. 2011. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf> acesso em 25/09/2019.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**/ Jairnilson Silva Paim. – Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. Disponível em: <https://books.google.com.br/books/about/Reforma_sanit%C3%A1ria_Brasileira_contribui.html?id=0hP0AgAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false> acesso em: 31/03/2019.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>> Acesso em: 28/02/2019.

PAULO NETTO, José 1947. **Introdução ao estudo do método de Marx**. 1. Ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011. 64 p.

PEREIRA, POTYARA A. P. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 5. Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **Mudanças estruturais, políticas social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar**. In: SALES, Mione Apolinario; MATOS, Maurílio Castro de; LEAL, Maria Cristina (orgs). **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. 4. Ed. – São Paulo: Cortez, 2009.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Faculdade de Medicina de UFMG [2001]. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saudenobrasil.rtf>> Acesso em: 20/06/2019.

PONTE, Reinaldo Pontes. **A categoria de mediação em face do processo de intervenção do Serviço Social**. 1995. Disponível em: <<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-016-104.pdf>> Acesso em: 10/07/2019.

PORTARIA Nº 1.172, DE 15 DE JUNHO DE 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define e sistematiza o financiamento e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1172_15_06_2004.html> acesso em 20/09/2019.

PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS).

POSSAS, Cristina A. **Saúde e trabalho – A crise da previdência social**. Rio de Janeiro, Graal, 1981, 324 p. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/Im-previdencia-social-60-anos-hist%C3%B3ria.pdf>> Acesso em 06/06/19.

PRADO, Danda. **O que é família**. – 1. ed. – São Paulo: Brasiliense, 1981 – (Coleção primeiros passos).

REDE, Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=89-indicadores-basicos-para-a-saude-no-brasil-conceitos-e-aplicacoes-livro-2a-edicao-2008-9&category_slug=informacao-e-analise-saude-096&Itemid=965> Acesso em: 22/09/2019.

RESOLUÇÃO – CIB Nº. 161/2012, de 29 de agosto de 2012. Dispõe sobre a Conformação das Novas Regiões de Saúde do Estado do Tocantins e as ações e serviços mínimos a serem ofertados nesses territórios. Disponível em: <<https://central3.to.gov.br/arquivo/244775/>> Acesso em: 18/09/2019.

RESOLUÇÃO nº 1, de 29 de setembro de 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Disponível em :<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2011/res0001_29_09_2011.html> Acesso em: 17/09/2019.

RIBEIRO, Darcy, 1922-1997. **O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil.** – São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

ROCHA, Simone Fernandes. **Descentralização no Âmbito da Política de Saúde: Uma Reflexão Acerca da Municipalização e das Políticas Sociais no Brasil.** In: BARRETO, Patrícia; CARVALHO, Rafael Nicolau. MIRANDA, Ana Paula Rocha de Sales (Orgs). Saúde em foco: visibilidade no contexto atual. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2010. 254 p.

SAMARA, Eni de Mesquita. **A família brasileira.** - São Paulo: Brasiliense, 2004. – (Coleção tudo é história; 71).

SANTIAGO, Alynne da Costa; FRACOLLI, Lislaine Aparecida; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; et al. **Indicadores sociais e de saúde para a operacionalização da Vigilância à saúde.** In: **Rev. Esc Enferm USP**, 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a24.pdf>> Acesso em: 22/09/2019.

SANTOS, Rosemeire dos. **Família, proteção social e trabalho social com a minha, a sua e a nossa família.** 2016. 174 p. Tese (Doutorado em Serviço Social) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

SANTOS, Rosemeire dos. **Modo (s) de (des) proteção social da família.** In: SANTOS, Rosemeire dos; DAL BELO, Marília Gonçalves. Família que vivem do trabalho e proteção social: três perspectivas de análise. Organização 1. Ed. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. **Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária.** In: **Rev Bras Med Fam Comunidade.** Florianópolis, 2012, Abr.-Jun.; 7(23): 69-74. Disponível em:<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/qualidade-servicos-publicos-savassi.pdf>> Acesso em: 29/09/2019.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão social no Brasil – 1870-1930**. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SCHWARCZ, Lilia Moritz; STARLING; Heloisa Murgel. **Brasil: uma bibliografia – 1ª ed.** – São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

SILVA, Carlos dos Santos. Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. **Atenção Primária à Saúde: conceitos, práticas e Pesquisa**. IN: Saúde debate. Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 452-456, setembro 2018. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500452> Acesso em 26/09/2019.

SOPHIA, Daniela Carvalho. **Notas de participação do CEBES na organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde: o papel da Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 554-561, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a07v36n95.pdf>> acesso: 18/03/2019.

SPOSATI, Aldaíza. **Pesquisa e produção de conhecimento no campo do Serviço Social**. In: Rev. Katál. Florianópolis, v. 10, n. esp., p. 15-25, 2007.

TEXEIRA, Solange Maria. **A família na trajetória do sistema de proteção social brasileira: do enfoque difuso à centralidade na política de assistência social**. In: Revista Emancipação, v. 10. Ponta Grossa: 2010.

TOCANTINS 2018. **Plano de Saúde 2018 -2021** município de Miracema do Tocantins.

TOCANTINS. Secretaria da Saúde. Gabinete do Secretário. Superintendência de Planejamento do SUS. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Planejamento do SUS. – Palmas: Secretaria de Estado da Saúde, 2015.

TOCANTINS. Secretaria da Saúde. Governo do Estado do Tocantins. Disponível em:<<https://saude.to.gov.br/dst-aids/informativos-epidemiologicos-isthivaids-tocantins/>> Acesso em: 01/10/2019.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. **Atenção Básica e Proteção Social: Universalismo x Focalismo e espaço não mercantil da assistência**. In: VIANA; Ana Luiza d'Ávila; ELIAS, Paulo Eduardo M.; IBAÑEZ, Nelson (orgs). Proteção Social: dilemas e desafios/– São Paulo: Hucitec, 2005.

VITALE, Maria Amalia Faller. **Famílias monoparentais: indagações**. In: Rev. Serviço Social e Sociedade, ano XXIII – N. 71 – setembro 2002.

ZOLA, Marlene Bueno. **Convivência familiar e comunitária de crianças e adolescentes** – A questão das políticas públicas/sociais em relação à família: estudo acerca de suas possibilidades em diferentes cidades. 2011.