



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas

Departamento de Administração

Curso de Especialização (*Lato Sensu*) em Gestão Pública Municipal

CARLOS ROBERTO SCARIOT

**SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO OESTE – SC:**

**Estruturação Histórica**

Brasília – DF

2019

CARLOS ROBERTO SCARIOT

**SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO OESTE – SC:**

**Estruturação histórica**

Monografia apresentada ao Departamento de Administração como requisito parcial à obtenção do certificado de especialista (*lato sensu*) em Gestão Pública Municipal.

Professor Orientador: Doutor Jefferson Bruno Pereira Ribeiro

Brasília – DF

2019

CARLOS ROBERTO SCARIOT

**SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO OESTE – SC:**

**Estruturação histórica**

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão do Curso de especialização em Gestão Pública Municipal da Universidade de Brasília do aluno Carlos Roberto Scariot.

Doutor Jefferson Bruno Pereira Ribeiro

Professor-Orientador

Mestre - Henrique Neuto Tavares,

Professor-Examinador

Mestre - Nilton Oliveira da Silva

Professor-Examinador

Brasília, 13 de abril. de 2019

Dedico este trabalho a Deus. A minha esposa Nilva e as filhas Camila e Caroline pelo apoio e incentivo nos momentos mais difíceis Aos professores, pela atenção e conhecimentos compartilhados. A meus pais Arlindo e Zelinda (In memoriam) pelo dom da vida e pela esperança que depositavam no estudo.

É mais importante a saúde do que o dinheiro. Uma pessoa com saúde pode dormir na soleira de uma porta. E um ricalhaço doente pode não ter posição na cama.

(Manoel de Oliveira)

## RESUMO

O presente trabalho traz de forma abrangente e superficial aspectos da colonização e emancipação do município de São Miguel do Oeste – SC. Apresenta mudanças do cenário de acesso as práticas de saúde preventiva e reativa, para população do município, proporcionadas pela gestão pública realizando uma abordagem da acessibilidade quanto as práticas de saúde, desde os pioneiros até os dias de hoje. Relata de forma genérica as condições de acesso a saúde pública no município, procurando realçar as mudanças após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), preconizado pela Constituição Federal de 1988. A pesquisa utilizou uma abordagem exploratória descritiva, buscando apresentar fenômenos qualitativos e quantitativos, que impactaram nas condições de saúde pública no município de São Miguel do Oeste-SC com coleta de dados em sites de domínio público e aplicação de questionários. Através deste foi possível agregar dados históricos do município concernentes a sua formação e desenvolvimento, paralelamente, apresentar o viés do enfrentamento das anomalias, sujeitas a esta população no curso histórico, relativos a disponibilidade pelo serviço público, ampliando as informações do processo histórico e da saúde pública. É possível perceber a mudança significativa no paradigma da acessibilidade aos serviços de saúde do ponto de vista econômico, do pago ao gratuito protagonizado pela legislação, o acesso a um número maior de serviços no próprio domicílio, destacando que o baixo interesse social e a implementações de legislações desfavoráveis como a EC nº 95/2016 engessamento os investimentos, poderão comprometer o modelo de saúde pública gestado na década de noventa.

Palavras-chave: Saúde Pública. Sistema Único de Saúde. São Miguel do Oeste.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Repasses de recurso por bloco em São Miguel do Oeste/SC.....	36
Quadro 02 – Repasse de recursos por bloco: percentual de crescimento dos últimos 20 anos.....	38
Quadro 03 – Valores totais investidos na saúde de 2001 a 2017.....	39

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FOM	Floresta Embrófila Mista
HRTGB	Hospital Regional Terezinha Gaio Basso
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social
PIB	Produto Interno Bruto
PT	Partido dos Trabalhadores
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SC	Santa Catarina
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
1.1 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA.....	12
1.2 OBJETIVO GERAL.....	14
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
1.4 JUSTIFICATIVA.....	15
<b>2 REVISÃO TEÓRICA</b> .....	17
2.1 SAÚDE.....	17
2.1.1 <b>História das Políticas de Saúde no Brasil</b> .....	18
2.1.1.1 Período Colonial/Imperial (1500-1889).....	18
2.1.1.2 Período da Primeira República ou República Velha (1889-1930).....	19
2.1.1.3 Período da Segunda República ou Era Vargas (1930-1945).....	21
2.1.1.4 Período do Regime Militar (1964-1984).....	21
2.1.1.5 Período da Nova República (1985-1988).....	22
2.2 CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE.....	22
2.2.1 <b>VIII Conferência Nacional de Saúde</b> .....	23
2.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	24
2.4 HISTÓRIA DE SÃO MIGUEL DO OESTE.....	26
2.4.1 <b>Colonização Brasileira</b> .....	26
2.4.2 <b>Contestado</b> .....	27
2.4.3 <b>Chegada dos Colonizadores a São Miguel do Oeste</b> .....	28
2.4.3.1 Emancipação Político-Administrativa de São Miguel do Oeste/SC.....	30
<b>3 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA</b> .....	33
3.1 TIPOLOGIA E DESCRIÇÃO GERAL DO MÉTODO DE PESQUISA.....	33
3.2 CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO, SETOR OU ÁREA <i>LÓCUS</i> DO ESTUDO.....	34
3.3 CARACTERIZAÇÃO E DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	35
3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	36
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	37
4.1 RECURSOS DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE.....	37
4.2 RECURSOS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE.....	39

4.3 QUESTIONÁRIO APLICADO A USUÁRIOS DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE.....	40
<b>5 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÃO.....</b>	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>50</b>
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista.....	53
ANEXO A – Transferência Consolidada 1998.....	55
ANEXO B – Transferência Consolidada 2002.....	56
ANEXO C – Transferência Consolidada 2007.....	57
ANEXO D – Transferência Consolidada 2012.....	58
ANEXO E – Transferência Consolidada 2017.....	59
ANEXO F – Gráfico Comparativo Por Ano 2006 a 2009.....	60
ANEXO G – Gráfico Comparativo Por Ano 2010 a 2013.....	61
ANEXO H – Gráfico Comparativo Por Ano 2014 a 2017.....	62
ANEXO I – Ofício nº 0009 Secretaria Municipal de Adm e Finanças.....	63

## 1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde – OMS (1946), traz o conceito de saúde de uma forma sucinta, porém bastante controversa: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. Seguindo este contexto, Stedile et al. (2015), também colabora com a opinião de que “a saúde é resultante das condições de habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, transporte, lazer, acesso e posse à terra e acesso aos serviços de saúde”. Diante destes conceitos e, adotando como premissa prevenir e combater doenças, manter a qualidade de vida e promover o bem-estar, seja ele no âmbito individual ou coletivo, inúmeras políticas públicas foram, e estão sendo implementadas, no Brasil ao longo do tempo.

Dentre as ações que corroboram com o processo de estruturação podemos destacar também as Conferências Nacionais de Saúde, conhecidas como amplos espaços de democratização do setor, ou seja, onde as propostas relacionadas as políticas de saúde puderam ser expostas e discutidas. Embora sejam realizadas no Brasil desde 1941, somente a partir de 1986 tornaram-se espaços de participação populara (KRUGER, 2007).

A Constituição Federal de 1988 trouxe várias mudanças para a legislação brasileira, em especial para a área da saúde. A nova norma veio para consolidar a saúde como um direito do povo, cabendo ao Estado a adoção de políticas sociais e econômicas que garantam o acesso universal e igualitário às ações e serviços voltados, tanto para a redução do risco de doença, quanto ao seu tratamento.

São Miguel do Oeste, Município do Extremo-Oeste Catarinense, também inserido neste contexto geo-político também partilhou (partilha) das benesses e dos revés que a sedimentação legal proporcionou.

O município criado na década de 1940, alcançou sua emancipação político-administrativa em 1953. Possui uma economia fundamentada na agricultura e produção de proteína animal, apresenta um PIB per capita de R\$ 34.386,24 e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,801 (2010), e uma população de 40.090 habitantes (2018), considerada polo regional.

Desta forma, busca-se de maneira abrangente, apresentar aspectos do desenvolvimento com olhar voltado para os indicativos da gestão pública que demonstrem estruturação dos serviços públicos de saúde no município e região.

## CONTEXTUALIZAÇÃO

O conhecimento do processo histórico de adequação do sistema de saúde brasileiro é, segundo Giovanella et al. (2012), de suma importância para o entendimento do atual Sistema Único de Saúde.

Desde o período colonial pôde-se perceber a influência do Estado nas questões relacionadas a saúde. Todavia, naquela época, eram tomadas apenas medidas que visavam minimizar os problemas de saúde pública que afetassem a produção econômica (AGUIAR, 2011).

Com o passar do tempo, as políticas de saúde foram evoluindo, destacando-se, neste contexto, as Conferências Nacionais de Saúde, consideradas um marco histórico, para vários estudiosos (KRUGER, 2007). Outro fator determinante foi a instituição da Constituição Federal de 1988, que solidificou a saúde como um direito de todos, e abriu as portas para o Sistema Único de Saúde como conhecemos hoje (BRASIL, 1988).

Seguindo esta temática, busca-se nesta pesquisa apresentar ações da gestão pública que demonstrem ampliação de investimentos, evolução e acesso as práticas de saúde preventiva e reativa para população de São Miguel do Oeste, Município localizado no Extremo-Oeste de Santa Catarina no curso de sua história.

Para a realização desta pesquisa foram utilizados como instrumentos três formas distintas de coleta dados: consulta a informações de domínio público; coleta de informações pontuais junto aos setores da administração pública do Município de São Miguel do Oeste e pesquisa de campo, realizada por amostragem, com munícipes que residem na localidade desde a década de 1980 ou anterior e, que fazem uso do serviço público de saúde no município. O questionário foi distribuído para usuários do sistema SUS, indicados por profissional de enfermagem responsável pelo Centros de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

### 1.1 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Tendo em vista o processo histórico de desenvolvimento da saúde no Brasil, Carvalho (2013) informa que a assistência à saúde do brasileiro passa, necessariamente, pela filantropia, o religioso, e a caridade, paradigmas que perpetuaram até a década de 1980.

Conforme Menicucci (2014), assistência à saúde no Brasil eclodiu com a previdência social, tornando a sustentação dos direitos sociais um dever do Estado, e essa previdência

assim que surge, já trouxe segmentação de suas clientela: As Caixas ligadas as empresas, os institutos de aposentadorias e pensões (IAPs), estruturado principalmente por categorias profissionais, prestando residualmente assistência a saúde, o que dá origem ao serviço assistencial à saúde propriamente dita. Importante destacar também deste contexto, é que os benefícios estavam vinculados ao contrato de trabalho formal, com características de seguro e não de direito a cidadania.

A atual Constituição Brasileira promulgada em 1988, surgiu como um marco histórico da evolução social, pois, após um longo período de cerceamento de direitos pelo regime de governo militar, premiou inúmeros avanços nas garantias fundamentais do cidadão brasileiro e concebeu o embrião de políticas públicas entre as quais o setor de saúde. Dentre as garantias e direitos fundamentais previstos está destacado o dever do Estado em atender necessidades individuais e coletivas de interesse público. Neste sentido a garantia à assistência médica e sanitária integral se apresenta como um direito de todos e dever do Estado, que deve ser protegido e reivindicado (AGUIAR, 2011).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado na reforma sanitária marcou a ruptura nos princípios do ordenamento da saúde pública, deixando o sistema de segurado para atender o princípio da cidadania, para todos os brasileiros (MENICUCCI, 2014).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. Primeira lei orgânica do SUS a detalhar os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível (federal, estadual e municipal); a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento (CARVALHO, 2013).

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais: Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS); Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselhos municipais. Finalmente estava criado o arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde, mas novas lutas e aprimoramentos ainda seriam necessários (BRASIL, 1990).

Neste contexto de evolução histórica, destacamos a região Oeste de Santa Catarina, que até o início do século XX encontrava-se “desabitada” segundo o povoamento civilizatório historiador. Segundo Bavaresco, Franzen e Franzen (2013), o Extremo Oeste catarinense era

habitado até o início do século XX, pelos índios guaranis e *kaigangs* que praticavam a silvicultura. Coberta pela floresta de araucária, denominada cientificamente como Floresta Ombrófila Mista (FOM), (Araucária angustifólia) popularmente conhecido como pinheiro brasileiro.

A ocupação do espaço do oeste catarinense está diretamente ligada a construção da estrada de ferro que ligava o Estado de São Paulo ao Rio Grande do Sul. Oficialmente a empresa responsável pela construção, a norteamericana *Railway Company*, recebeu uma faixa de 15 quilômetros nas duas margens da ferrovia. No entanto, a empresa apossou-se de praticamente todo o território do Oeste catarinense, vendendo as terras para empresas colonizadoras e explorando a atividade madeireira. (BAVARESCO, FRANZEN e FRANZEN, 2013).

Formado por pioneiros descendentes de europeus que migraram do Rio Grande do Sul, na década de 1940, a história de São Miguel do Oeste passou a ser registrada, porém o local já era habitado por nativos que foram denominados pelos colonizadores como “bugres”. O interesse econômico “exploração e exportação” da madeira nativa foi o principal mentor da ocupação de São Miguel do Oeste e região, momento em que esta parte do território passou a ter sua história registrada. (BAVARESCO, FRANZEN e FRANZEN, 2013).

Considerando tratar-se de um município bastante jovem, tendo em vista que conquistou sua emancipação político administrativa no ano de 1953, é salutar destacar características anteriores a década de oitenta, e principalmente, a efetivação da política de saúde protagonizada pelo advento a Constituição de 1988 e as leis Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Diante deste cenário, este estudo tem intenção de descrever, de forma generalizada, algumas ações ocorridas no trato com a saúde populacional dos habitantes do município de São Miguel do Oeste – SC, apresentando índices de ascendência ou descendência conforme o caso, ao longo de sua história.

Neste contexto, tem-se como problema da presente pesquisa: Quais foram as mudanças para a assistência a saúde, dos habitantes do município de São Miguel do Oeste - SC, ao longo de sua história?

## 1.2 OBJETIVO GERAL

Apresentar mudanças do cenário de acesso as práticas de saúde preventiva e reativa, para população de São Miguel do Oeste–SC, proporcionadas pela gestão pública.

### 1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar ações específicas, assim como valores investidos nestas e a correlação entre os investimentos nas ações de saúde preventiva e corretiva;
- b) Descrever atividades voltadas à coletividade realizadas pelo poder público no Município de São Miguel do Oeste;
- c) Proporcionar a população migueloestina, a ampliação de informação do processo histórico da saúde pública.

### 1.4 JUSTIFICATIVA

Diante do quadro de instabilidades políticas disseminado nos meios de comunicação desde 2014, com a eleição da Presidenta Dilma Rousseff (PT) e seu processo de impedimento em 2015, as áreas de atuação do estado para políticas de inclusão social têm sofrido um flagrante processo de desmonte.

Em 2016, a política de saúde mergulhou em uma fase de indefinições e instabilidade com o agravamento da crise política, que culminou com o afastamento temporário da Presidenta Dilma Rousseff em maio e a confirmação do seu impeachment pelo Senado Federal em agosto de 2016. Nesse contexto, destacou-se o lançamento de propostas que fragilizariam ainda mais a base financeira do SUS e fortaleceriam os mercados em saúde. Em síntese, o período de 2011 a 2016, marcado por instabilidade política, sinalizou percalços e riscos de retrocessos para as políticas sociais e de saúde, cujos rumos são incertos. (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, p. 155, 2017).

A Emenda Constitucional nº 95 (2016), determina em seu artigo 106, um novo regime fiscal no âmbito dos Orçamentos e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros, onde minimiza os investimentos da seguridade social para as próximas duas décadas, bloqueando os investimentos já insuficientes e desconsiderando o natural crescente vegetativo.

Reis, Araújo e Cecílio (2014, p. 44) apontam que “ao lado dos inestimáveis avanços da inclusão, com a expansão dos serviços públicos, atendendo necessidades e direitos da população, permanece ainda um inaceitável percentual de ações e serviços”.

O quadro instável noticiado em grande escala jornalística pode ser melhor definido com as palavras de Bruno de Conti (2017) professor do Instituto de Economia da Unicamp, “É bem triste verificar como as conquistas sociais, por menores que sejam, vêm de forma gradual, enquanto a destruição é abrupta”.

Paralelo às especulações a respeito da prestação de serviços de saúde no município de São Miguel do Oeste, as afirmações pejorativas apresentam dominância, porém, é possível visualizar resultados muito satisfatórios.

Por meio da presente pesquisa, pretendemos realizar um estudo analítico do computo de procedimentos previamente identificados na área de saúde (mais comuns), ofertados aos cidadãos migueloestinos, ao longo da história do município, na proporcionalidade da população, desde a sua colonização (década de 1940) até o ano de 2017.



## 2 REVISÃO TEÓRICA

### 2.1 SAÚDE

Segundo a constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicada em 22 de junho de 1946 na cidade de Nova Iorque, “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”.

Tal definição é questionada por Segre (1997, p. 540) em seu livro “O que é perfeito bem estar?”. É por acaso possível caracterizar-se a “perfeição”? considerando está definição até avançada para a época em que foi realizada, é, no momento, irreal, ultrapassada e unilateral, por que, aludindo ao “perfeito bem estar”, coloca uma utopia.

Segundo Canguilhem (2009, p. 12), A medicina grega, oferece à nossa consideração, uma concepção mais dinâmica da doença. A natureza (*physis*), tanto no homem como fora dele, é harmonia e equilíbrio. A perturbação desse equilíbrio, dessa harmonia, é a doença. Nesse caso, a doença não está em alguma parte do homem. Está em todo o homem e é toda dele. As circunstâncias externas são ocasiões, e não causas.

“A doença não é somente desequilíbrio ou desarmonia; ela é também, e talvez sobretudo, o esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio” Canguilhem (2009, p. 21),

Stedile et al. (2015), por sua vez, destaca que: “ a saúde é resultante das condições de habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, transporte, lazer, acesso e posse à terra e acesso aos serviços de saúde”.

O homem vem ao longo da história buscando prevenir e combater doenças e promover o bem-estar, seja individualmente ou coletivamente através de pesquisas. Parafrazeando a Organização Mundial de Saúde (2010, p.8), destaca-se a saúde populacional como um processo determinado, individual, histórico e social, onde as mais diversas iniciativas foram sucedendo-se, conforme as necessidades e a obsessão por medidas que atenuassem os sofrimentos e as perdas humanas, em razão da precariedade de condições sanitárias e de sobrevivência.

Ainda, segundo a Organização Mundial de Saúde (2010, p.8) algumas metas em saúde podem ser resumidas em: Garantir equidade em saúde (saúde para todos); Somar vida aos anos (melhorar a qualidade da vida); Somar anos à vida (reduzir a mortalidade) e Somar saúde à vida (reduzir a morbidade).

### 2.1.1 História das Políticas de Saúde no Brasil

A história brasileira destaca inúmeras passagens em que as condições de salubridade de grande parte da população, sofreu com revés de anomalias deixando sequelas e inúmeras mortes pelo caminho. Giovanella et al. (2012), destacam, em sua obra, que o conhecimento do processo histórico de adequação do sistema de saúde brasileiro é de suma importância para o entendimento do atual Sistema Único de Saúde.

O Brasil do Século XIX, transitado da oligarquia monárquica para a republicana, estava composto na sua grande maioria, por uma população rural, serviçal das fazendas, principalmente as produtoras de café e/ ou subsistentes de trabalho como meeiros ou arrendatários, um país cuja população e ocupação eram vastamente rurais. (A população rural alcançava 85% em 1920) (CASTRO-SANTOS, FIGUEIREDO, 2012).

#### 2.1.1.1 Período Colonial/Imperial (1500-1889)

O processo de colonização portuguesa, marcado por constantes conflitos com índios nativos e demais povos de nações interessadas na exploração no novo mundo, as imigrações de europeus e africanos, principalmente predestinados ao trabalho escravo e ou assalariado, enfrentaram condições de sobrevivência quase que desumanas para grande parte da população envolvida. Neste sentido, Aguiar (2011), argumenta que o quadro sanitário brasileiro, no período colonial, caracterizou-se pela existência de diversas doenças transmissíveis, tais como: lepra, tuberculose, febre amarela, cólera, entre outras, trazidas, inicialmente, pelos colonos portugueses, escravos africanos e diversos estrangeiros que vinham ao país, para comercializar seus produtos ou até mesmo fixar residência.

Conforme Aguiar (2011) não se pode falar em política de saúde no período imperial, pois somente eram tomadas medidas que visavam minimizar os problemas de saúde pública que afetassem a produção econômica. As campanhas para debelar epidemias como as de lepra (hoje conhecida como hanseníase), doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose, febre amarela, cólera, malária, varíola, e leishmaniose eram realizadas somente nos portos e cidades em que afetassem a o comércio internacional.

A assistência médica limitava-se às classes dominantes e, aos demais, isto é, índios, negros e brancos pobres, restavam os recursos da medicina popular e as sangrias. As Casas de Misericórdia também surgiram nesta época, abrigando os doentes, indigentes e viajantes que não possuíam condições para tratar seus problemas de saúde (AGUIAR, 2011).

Giovanella et al. (2012), ressaltam que, em 1808, com a chegada da Corte portuguesa ao Rio de Janeiro, foram criadas as primeiras instâncias de saúde pública no Brasil: a Fisicatura-mor, cuja responsabilidade era fiscalizar o exercício da medicina, sobretudo aplicar multas àqueles que exerciam o cargo sem habilitação legal; e a Provedoria-mor, a qual cabia cuidar da saúde da Corte e fiscalizar os navios que vinham ao país, impedindo a chegada de novas doenças.

No curso da história, Chalhoub (2006, p. 212), destaca que uma epidemia de febre amarela em 1850, e outra de cólera em 1855, elevaram bastante as taxas de mortalidade e colocaram na ordem do dia a questão da salubridade pública, focadas geralmente nas condições higiênicas das habitações. Foi criada então a Junta Central de Higiene, órgão do governo imperial encarregado de zelar pelas questões de saúde pública, e a Câmara Municipal da Corte, passou a discutir medidas destinadas a regulamentar a existência das habitações coletivas.

Oliveira Sobrinho (2013 p. 212), destaca que o perigo social representado pelos pobres, aparecia no imaginário político brasileiro através da metáfora da doença contagiosa: as classes perigosas continuaram a se reproduzir, enquanto as crianças pobres permanecessem expostas aos vícios e seus pais. As classes pobres eram vistas como classes perigosas porque poderiam oferecer problemas para a organização do trabalho, a manutenção da ordem pública: perigo de contágio.

Assim, a discussão sobre saúde consistia na repressão à ociosidade: reprimir os supostos hábitos de não-trabalho dos adultos; a mais longo prazo, a necessidade de cuidar da educação dos menores. A existência de duas classes, categorizadas pelos fatores econômico, social e de raça, aglutinavam distinção de tratamento, da falta de acesso a saúde, da degradação moral, do “contágio”, “exposição a vícios” e “ociosidade” (OLIVEIRA SOBRINHO, 2013).

#### 2.1.1.2 Período da Primeira República ou República Velha (1889-1930)

Durante a República Velha, a situação da saúde no Brasil, seguia o mesmo panorama do período Colonial: as condições de saneamento básico continuavam muito precárias e as epidemias eram responsáveis pela morte de muitas pessoas. As ações e os programas de saúde objetivavam o controle destas doenças, porém davam maior importância às áreas fundamentais para a economia agrária exportadora, bem como buscavam atrair os imigrantes para as lavouras de café e para a indústria em fase de implantação (AGUIAR, 2011).

Iniciativas como a do médico sanitário Belisário Penna (1868-1939) através da Liga Pró-Saneamento, criada em 1918, direcionava a ação de saúde para o vasto interior brasileiro, comumente chamado de “sertão”, o qual primava por se contrapor ao pensamento racista dominante entre as elites do País. Belisário argumentava que os obstáculos ao progresso nacional residiam na precariedade tanto da saúde quanto da instrução pública. A eugenia do País era interpretada, por ele, sob um prisma otimista. No lugar de determinismos raciais intangíveis, a presença do Estado, por meio de programas de higiene e educação cívica, traria o progresso desejado (CASTRO-SANTOS, FIGUEIREDO, 2012).

Importante destacar que esta filosofia não é unânime, e já descrita por Castro-Santos e Figueiredo (2012, p.4), o otimismo sanitário de Belisário Penna, era partilhado por um reduzido grupo de missionários, que abrigavam uma visão redentora do atraso e um projeto de construção nacional por meio da saúde e a educação através de ligas e movimentos associativos, porém encontravam a oposição de uma espécie de massa inercial poderosa, resultante de uma tradição de descrença que remontava às elites do Império.

Seguinte este contexto, o Período da República Velha também foi marcado pela criação, no Rio de Janeiro, do Instituto Soroterápico de Manguinhos, responsável pela pesquisa e desenvolvimento de vacinas. Instituto este que mais tarde ficou conhecido como Instituto Oswaldo Cruz (AGUIAR, 2011).

O governo de Rodrigues Alves, nomeou, Oswaldo Cruz como Diretor Geral da Saúde Pública, responsável pelas campanhas sanitárias, vistas por Aguiar (2011), como modelo de prevenção e combate às epidemias rurais e urbanas.

A maior inovação desse período, conforme Giovanella et al. (2012), foi a obrigatoriedade da vacinação contra a varíola imposta pelo governo federal, bem como a criação de uma lista de doenças de notificação compulsória, das quais destacam-se a febre amarela, a cólera, a difteria, a escarlatina e o sarampo.

Vale ressaltar que o estabelecimento da vacinação obrigatória, conforme Aguiar (2011), foi responsável pela chamada “Revolta da Vacina”, embora seu objetivo fosse positivo, ela foi aplicada de forma autoritária e violenta. Em alguns casos, os agentes sanitários invadiam as casas e vacinavam as pessoas à força, provocando revolta nas pessoas. Opositores políticos ao governo e médicos contrários a vacinação, conclamaram a população e uma série de protestos culminou com a destruição de bondes, apedrejamento de prédios públicos e desordem pela cidade. Em 16 de novembro de 1904, o presidente Rodrigues Alves revogou a lei da vacinação obrigatória.

Em 1920, Carlos Chagas passou a chefiar o Departamento Nacional de Saúde, sendo ele responsável pela introdução da propaganda e da educação sanitária como formas de prevenção a doenças. Outra contribuição trazida por Chagas, foram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), instituídas, primeiramente, nas empresas ferroviárias, estendendo-se, com o passar do tempo, aos portuários, marítimos e outras áreas, dando início ao sistema previdenciário brasileiro (AGUIAR, 2011).

#### 2.1.1.3 Período da Segunda República ou Era Vargas (1930-1945)

O Período da Segunda República ou Era Vargas, foi marcado pela criação, em 1930, do Ministério da Educação e Saúde, cujo objetivo seria a coordenação das ações de saúde pública, seguindo os moldes do sanitarismo campanhista do período anterior. Vale lembrar que, em julho de 1953, foi criado do Ministério da Saúde independente da área da educação, sendo-lhe proposto apenas um terço dos recursos antes destinados ao Ministério da Educação e Saúde (AGUIAR, 2011).

De acordo com Aguiar (2011), neste período, houve o crescimento acelerado da indústria, que aliado as condições precárias de trabalho, moradias inadequadas e péssimos sistemas de saneamento, contribuiu para o desenvolvimento de outros tipos de doenças: doenças profissionais, acidentes de trabalho, estresse, desnutrição e verminoses. Por outro lado, no intuito de manter a força de trabalho, utilizando-se da assistência médica vinculada a Previdência Social, em 1933, os CAPs transformaram-se em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), cujo financiamento era de forma Tripartite, ou seja, com participação dos empregados, empregadores e Estado, como centralizador dos recursos financeiros.

Os IAPs agrupavam os trabalhadores por categorias profissionais, criando, aos poucos, um sistema nacional de previdência social, comandado pela Estado. Sistema este que oferecia também serviços médicos, apesar de dar prioridade aos benefícios e pensões (GIOVANELLA et al., 2012).

#### 2.1.1.4 Período do Regime Militar (1964-1984)

O período do Regime Militar foi marcado por diversas mudanças na área da saúde, conforme (AGUIAR, 2011) podemos destacar:

a) Unificação, em 1966, dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, com a criação do Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INPS), subordinado ao Ministério do

Trabalho e Previdência Social, com responsabilidade pelos benefícios previdenciários e pela assistência médica aos segurados e seus familiares;

b) Medicina em grupo, destinada principalmente aos trabalhadores com maior poder aquisitivo;

c) Expansão da assistência médica da previdência a partir da inclusão dos trabalhadores rurais (1971); das empregadas domésticas (1972) e dos trabalhadores autônomos (1973);

d) Crise no modelo da saúde previdenciária, ao final dos anos 70, tendo em vista o alto custo, menor arrecadação financeira e desvio de recursos;

e) Criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), em 1977 e;

f) Criação pelo governo, em 1981, do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), que possibilitou a criação, em 1983, do Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS).

#### 2.1.1.5 Período da Nova República (1985-1988)

De acordo com Aguiar (2011), no período da Nova República, o quadro sanitário brasileiro, mostrava uma redução das doenças imunopreveníveis e da mortalidade infantil, todavia, houve um aumento da mortalidade por causas externas (acidentes e homicídios); AIDS; surgem epidemias de dengue em vários municípios, inclusive em capitais como o Rio de Janeiro. Neste contexto, os protestos populares só aumentavam, reivindicando a conquista de direitos sociais, sobretudo, da saúde.

A VIII Conferência Nacional da Saúde, realizada em 1986, foi considerada, conforme Giovanella et al. (2012), um marco de transformação, isto é, um evento imprescindível para o processo da reforma do sistema de saúde brasileiro. A VIII Conferência Nacional de Saúde trouxe para debate, os problemas do sistema de saúde e propostas de reorientação da assistência médica e de saúde pública.

## 2.2 CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE

Segundo Kruger (2007), as Conferências Nacionais de Saúde são realizadas, no Brasil, desde 1941, entretanto, somente a partir de 1986, em sua oitava edição, ficaram conhecidas como amplos espaços de democratização do setor, ou seja, onde as propostas relacionadas as

políticas de saúde puderam ser expostas e discutidas. A autora enfatiza ainda que, inicialmente, as Conferências Nacionais de Saúde eram abertas apenas a gestores e representantes do setor previdenciário e privado da saúde, porém com o processo da Reforma Sanitária, entre os anos de 1970 e 1980, houve a possibilidade de participação de representantes de vários segmentos sociais organizados, entre eles: trabalhadores da saúde, usuários, gestores públicos, prestadores filantrópicos e privados.

Sendo convocadas pelo Poder Executivo, extraordinariamente por outra Conferência, ou ainda pelo Conselho de Saúde, as Conferências devem ser realizadas, no máximo a cada quatro anos, tendo por objetivo avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação das políticas desse setor. Nesse sentido, são organizadas em três etapas, iniciando-se na esfera municipal, em seguida passam para a fase estadual e por último, para a etapa nacional, onde o Relatório Final é produzido. Relatório este que traz todas as deliberações, no formato de diretrizes, propostas e moções, com o intuito de fortalecer a participação popular, por meio do monitoramento (RICARDI, SHIMIZU, SANTOS, 2017).

A partir da promulgação da Constituição, em 1988, a saúde ganhou rumos diferentes com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 28 de dezembro de 1990, a Lei n.º 8.142 instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde, instâncias de Controle Social.

Atendendo às deliberações aprovadas na 11ª Conferência Nacional de Saúde e 12ª Conferência Nacional de Saúde, uma nova estrutura entrou em vigor no ano de 2006, através da publicação do Decreto Presidencial n.º 5.839, de 11 de julho de 2006, o Conselho passa a escolher seus membros a partir de processo eleitoral e também, pela primeira vez na história, elege seu Presidente; cargo até então ocupado pelo Ministro de Estado da Saúde. O Conselho Nacional de Saúde passou a contar com 48 conselheiros titulares representados por usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores

Vale ressaltar que, os conselhos de saúde e as conferências de saúde se constituem, nos principais espaços para o exercício da participação popular e o controle social na implantação e na implementação das políticas de saúde em todas as esferas de governo. (AGUIAR, 2011).

### **2.2.1 VIII Conferência Nacional de Saúde**

Realizada em 1986, por convocação do então Ministro, Carlos Santanna, por meio do Decreto 91.466, de 23 de julho de 1985, a VIII Conferência Nacional de Saúde, foi um marco na história da saúde brasileira, pois trouxe, pela primeira vez, o conceito de saúde como

“direito de todos e dever do estado”, estabelecendo ainda as bases para a reforma sanitária do país (STEDILE et al., 2015).

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2009), nesta Conferência, foram abordados três temas principais: a saúde como um direito; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor, temas estes que estimularam uma grande mobilização social, entre os mais diversos segmentos, com o intuito de discutir os rumos do sistema nacional de saúde.

Tomando por base a deliberações da Conferência, a Assembleia Nacional Constituinte, delineou a linha mestre do Sistema Único de Saúde, incorporando a maioria das propostas do Movimento da Reforma Sanitária na Constituição Federal de 1988, o que significou uma grande vitória para os cidadãos brasileiros (AGUIAR, 2011).

### 2.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 trouxe várias mudanças para a legislação brasileira, em especial para a área da saúde, tratada nos artigos 196 a 200. A nova norma veio para consolidar a saúde como um direito do povo, cabendo ao Estado a adoção de políticas sociais e econômicas que garantam o acesso universal e igualitário às ações e serviços voltados, tanto para a redução do risco de doença, quanto ao seu tratamento (BRASIL, 1988).

O conceito trazido pela Carta Magna para o Sistema Único de Saúde, considerando uma rede regionalizada e hierarquizada, cujas diretrizes se resumem em três principais tópicos, conforme se observa em Brasil (1988):

- a) Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- b) Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- c) Participação da comunidade.

Reis, Araújo e Cecílio (2014), reiteram sobre o dever da União, dos estados e municípios de custear o SUS, trazendo ainda, a figura dos Conselhos de Saúde como sendo os responsáveis pelo acompanhamento e fiscalização das ações, nas três esferas de governo.

Conforme Costa, Salazar e Santos (2004), as mudanças nas políticas de saúde puderam ser percebidas mais claramente a partir da criação do SUS, considerada pelos autores uma das reformas mais importantes realizadas no país.



A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituiu, no Brasil, o Sistema Único de Saúde. Regulamentando os preceitos trazidos pela Constituição Federal de 1988, esta norma definiu o Ministério da Saúde como gestor do SUS, no âmbito da União, estabelecendo o comando único em cada esfera de governo (BRASIL,1990).

Reis, Araújo e Cecílio (2014), destacam os impasses ou dificuldades do SUS em dois tópicos principais:

a) Sub Financiamento: na opinião dos autores, os recursos destinados a operacionalização e financiamento do SUS ficam muito abaixo das reais necessidades.

b) Insuficiências da Gestão Local do SUS: a gestão municipal foi considerada mais eficaz, pelo projeto da Reforma Sanitária Brasileira, por estar mais próxima dos cidadãos, ou seja, mais sensível às suas necessidades. Entretanto, segundo Reis, Araújo e Cecílio (2010), esse tipo de gestão vem funcionando apenas em parte, devido a uma série de fatores, dos quais destacam-se: as deficiências na formação dos profissionais e na gestão dos sistemas locoregionais de saúde, que, por sua vez, caracterizam-se pela baixa capacidade de gestão e regulação do acesso aos serviços, bem como do trabalho médico; a falta de planejamento/programação de serviços tendo em vista os indicadores epidemiológicos e a falta de prática para a priorização, nos casos de alta vulnerabilidade.

Por outro lado, Aires (1996), trata, em sua pesquisa, dos avanços no processo de implantação do SUS, a citar:

a) Diagnóstico das Condições de Gestão dos Municípios (incipiente, parcial, semiplena): por meio dessas informações, conclui-se que a maior parte dos municípios de Minas Gerais necessitava de assessoramento do órgão estadual de coordenação do sistema, no processo de implementação das atividades, no âmbito do SUS.

b) Criação e Funcionamento da Comissão Bipartite: exigência da Norma Operacional Básica SUS nº1/93, a Comissão, por meio da negociação entre gestores, normatizou e legitimou as decisões, facilitando a comunicação com as instituições responsáveis pelo sistema.

c) Realização de Cursos, Seminários e Conferências no nível local: tais eventos tinham por função difundir informações sobre o novo modelo assistencial, que permitiu a participação dos usuários do sistema, que anteriormente, eram excluídos da tomada de decisão.

d) Ampliação das Ações na Área da Vigilância Sanitária: de acordo com o autor, com a implantação do SUS, as ações coletivas foram ampliadas, uma vez que, anteriormente, as ações de vigilância sanitária restringiam-se a fiscalização de medicamentos e alimentos.

## 2.4 HISTÓRIA DE SÃO MIGUEL DO OESTE

### 2.4.1 Colonização Brasileira

Uma abordagem histórica sobre o município de São Miguel do Oeste remete a registros de atos administrativos anteriores ao Descobrimento do Brasil. Mais precisamente ao Tratado de Tordesilhas, em 1494, dispondo que a terra do Novo Mundo, situada além das 372 milhas a Oeste de Cabo Verde, seriam da Espanha. No sentido Norte-Sul, esta área se estendia de Belém (PA) a Laguna (SC). Inserindo, portanto, o território do atual município de São Miguel do Oeste como terras dos espanhóis (BAVARESCO, FRANZEN, FRANZEN, 2013).

A partir do descobrimento (invasão) do Brasil, posse e início da exploração, os bandeirantes passaram a descumprir os limites do acordo. No ano de 1795, pelo Tratado de Madri, prevalecia o princípio da posse de terras a quem as ocupava (*uti possidetis*). Assim, este território, passou a pertencer a Portugal (BAVARESCO, FRANZEN, FRANZEN, 2013).

No período colonial, a região Sul era formada por três capitânicas: Rio Grande, Santa Catarina - na faixa litorânea e no interior até as escarpas da Serra Geral e São Paulo, atual estado de São Paulo e todas as terras do atual estado do Paraná e as terras do Oeste de Santa Catarina. Com a Proclamação da Independência em 1822, as capitânicas passaram a denominar-se províncias, mantendo-se as existentes. Por meio da Lei nº 704, de 29 de agosto de 1853, o Imperador D. Pedro II criou a Província do Paraná, a qual herdou da Província de São Paulo, todas as terras do atual Estado do Paraná e mais as terras do Oeste, do atual Estado de Santa Catarina (BAVARESCO, FRANZEN, FRANZEN, 2013).

Foi o início das divergências por limites territoriais entre as províncias. Santa Catarina administrava as terras à esquerda do rio do Peixe e o Paraná, as da direita. A Argentina reclamava do Brasil a faixa territorial compreendida entre os rios Chapecó e Chopim, nascentes à foz, denunciando a chamada “Questão das Missões” ou “Questão de Palmas” (BAVARESCO, FRANZEN, FRANZEN, 2013).

Em 1889, com a Proclamação da República, e a promulgação da Constituição de 1891, as províncias passaram a ser denominadas Estados, os Estados Unidos do Brasil. Quatro anos depois, atuando como mediador, o presidente dos Estados Unidos da América do Norte (EUA), Grover Cleveland, mediou uma negociação entre Brasil e Argentina onde se decidiu a Questão de Palmas, pondo fim à disputa com a Argentina passando a ser efetivamente brasileiras as terras do Sudoeste do Paraná e Oeste Catarinense (BAVARESCO, FRANZEN, FRANZEN, 2013).

### 2.4.2 Contestado

A região continuou a ser objeto de disputa, agora entre os estados do Paraná e Santa Catarina antes mesmo de ser encerrada a questão litigiosa entre o Brasil e a Argentina, o Estado de Santa Catarina requisitou a posse da região, fato considerado um absurdo pelo Estado do Paraná. A área em questão passou a chamar-se de “Contestado” (BAVARESCO, FRANZEN, FRANZEN, 2013).

Paralelo a disputa entre os estados outro conflito ocorreu na região Sul do Brasil, entre outubro de 1912 e agosto de 1916. O conflito envolveu cerca de 20 mil camponeses que enfrentaram forças militares dos poderes federal e estadual. Também ganhou o nome de Guerra do Contestado, pois os conflitos ocorreram na mesma área de disputa territorial entre os estados do Paraná e Santa Catarina. O real motivo dos confrontos foi a resistência dos nativos frente a expulsão de suas terras pela empresa norte-americana, responsável pela construção da estrada de ferro entre São Paulo e Rio Grande do Sul, e a compra de uma grande área da região por de um grupo de pessoas ligadas à empresa construtora da estrada de ferro, adquirida para o estabelecimento de uma grande empresa madeireira, voltada para a exportação, com apoio dos coronéis (grandes proprietários rurais com força política) da região e do governo. Milhares de família de camponeses perderam suas terras. Este fato, gerou muito desemprego entre os camponeses da região, que ficaram sem terras para trabalhar (MOCELIN, 2014).

A guerra sertaneja, na região do contestado, não foi um conflito armado entre paranaenses e catarinenses, nem uma revolta entre “fanáticos” e “bandidos”, como muitos protagonistas, a maioria militares, jornais da época e grande número de historiadores quiseram nos fazer crer. Foi na verdade uma revolta social contra uma ordem social injusta. O caboclo, abandonado no meio do mato, analfabeto e místico, atravessa uma fase difícil pois era explorado de forma sórdida e desumana pelos “coronéis da região, sem proteção das autoridades de qualquer esfera de poder. O governo federal, bem como os governos do Paraná e Santa Catarina, não estava preocupado com a sorte dos sertanejos. Prova disso é que uma extensa área de terras devolutas foi concedida ao grupo de Percival Farquhar (*Railway Company –EUA*), responsável pela construção da estrada de ferro São Paulo a Rio Grande, que cortava a área contestada. Com o consentimento do governo e apoio dos coronéis, as companhias estrangeiras passaram a expulsar da terra os caboclos que viviam a muitos anos, das quais porém, não tinham título de propriedade. Os detentores do poder não estavam

interessados em reconhecer o direito de posse, daí a expulsão sumária. Entendemos que a luta pela terra foi a principal causa do conflito (MOCELIN, 2014, p. 4).

Depois de muita controvérsia, discussões políticas e, xacinas e/ou batalhas sangrentas da Campanha do Contestado, os Estados do Paraná e Santa Catarina assinaram em 20 de outubro de 1916, o acordo de limites (BAVARESCO, FRANZEN, FRANZEN, 2013).

O governo do Paraná aprovou o tratado em 03 de fevereiro de 1917, pela Lei nº 1953 reconhecida pela Assembléia Legislativa, em 23 de fevereiro de 1917, sendo que em 03 de agosto de 1917, foi homologado pela Lei republicana nº 3.304. Santa Catarina é tida como vencedora da questão, pois recebeu um território que não era seu por direito, mas do Paraná, que o havia herdado de São Paulo (BAVARESCO, FRANZEN, FRANZEN, 2013).

#### 2.4.3 Chegada dos Colonizadores a São Miguel do Oeste

O território do extremo oeste catarinense era coberto pela floresta de araucária, denominada cientificamente como Floresta Ombrófila Mista (FOM), (*Araucaria angustifolia*), habitada até o início do século XX pelos índios guaranis e *kaigangs* que praticavam a silvicultura (BAVARESCO, FRANZEN, FRANZEN, 2013).

A ocupação do espaço do oeste catarinense está diretamente ligada a construção da estrada de ferro que ligava o Estado de São Paulo ao Rio Grande do Sul. Oficialmente a empresa responsável pela construção, a norteamericana *Railway Company*, recebeu uma faixa de 15 quilômetros nas duas margens da ferrovia. No entanto, a empresa apossou-se de praticamente todo o território do Oeste catarinense, vendendo as terras para empresas colonizadoras e explorando a atividade madeireira (BAVARESCO, FRANZEN, FRANZEN, 2013).

Quando falamos da colonização de São Miguel do Oeste, devemos levar em consideração as picadas – passagens e pontos de descanso para expedições e trânsito de nativos – que passavam pelo oeste catarinense. Bavaresco, Franzen e Franzen (2013), ressaltam ainda que o problema em historiografar e caracterizar esses povos, deve-se a falta de documentos e depoimentos, o que dificultou também a descoberta dos motivos que os trouxeram a região. Os nativos eram denominados de “bugres” pelos colonizadores.

O interesse econômico “exploração e exportação” da madeira nativa foi o principal mentor da ocupação por descendentes de europeus que migraram do Rio Grande do Sul, na década de 1940, para São Miguel do Oeste e região, momento em que esta parte do território passou a ter sua história registrada (BAVARESCO, FRANZEN, FRANZEN, 2013).

A colonização do extremo oeste catarinense baseou-se em três projetos de colonização. O primeiro deles é a colonização alemã no Vale do Rio Uruguai. O segundo, da tríplice fronteira de Dionísio Cerqueira, e, por último, a colonização da região de São Miguel do Oeste (BAVARESCO, FRANZEN, FRANZEN, 2013).

Em janeiro de 1939, a expedição chegou até o Lageado Guamirim. O local escolhido para estabelecer a sede da colonizadora, em razão da situação geográfica e a existência de água abundante. Em 23 de março de 1940, o local foi denominado Sede Oeste. Local de mata fechada, abundante em águas, que apresentava inúmeras dificuldades a ser enfrentadas, sendo a principal delas, o isolamento e, em consequência, as carências e exposições a inúmeros riscos, dentre os quais os de doenças, como o caso da febre do tifo (considerada mortal na época) nos anos de 1946 (IBGE, 2017).

Bavaresco, Franzen e Franzem (2013) dizem que: “Todo início de colonização é difícil e cheio de problemas. A de Vila Oeste teve agravantes de peso: a grande guerra com a falta de gasolina e pneus; a grande seca sem enchentes por 3 anos; a crise financeira dos madeireiros e agricultores, além da praga de mosquitos borrachudos”.

No ano de 1940, o estado tomou uma faixa inexplorada, de 150 quilômetros, a partir do Rio Peperi-Guaçú. Espaço este, vendido, posteriormente, ou até mesmo ofertado gratuitamente às empresas que, buscando a exploração de madeira, aceitaram prontamente. Entre elas destacam-se: Alberico Azevedo; Barth, Benetti e Cia Ltda; Madeireira Iguassu Ltda; Colonizadora e Madeireira Bandeirante Ltda; Pinho & Terras Ltda e Sociedade Madeireira Santa Rita Ltda (BAVARESCO, FRANZEN, FRANZEN, 2013).

Ainda no ano de 1940, segundo Bavaresco, Franzen e Franzen (2013), a empresa Barth, Benetti e Cia Ltda, fundou a Vila Oeste, futuro Município de São Miguel do Oeste, ao enviar, para reconhecimento do território próximo a nascente do Arroio Guamirim, centro da colonização, os senhores Alberto Santuare, Henrique Santuare e Ângelo Longhi. As primeiras famílias, por sua vez, chegaram à Vila Oeste em setembro de 1940, se alojando no barracão ao lado do Arroio Guamirim, podiam escolher o local onde morar e, com a ajuda dos vizinhos, construir suas casas” (IBGE, 2017).

A área territorial de São Miguel Do Oeste pertencia ao município de Cruzeiro, atual Joaçaba, até a época da divisão (1917), quando passou a integrar o município de Chapecó. O distrito criado com denominação de São Miguel Do Oeste ex-povoado, pela lei municipal nº 25-A, de 21 de Dezembro de 1949, foi desmembrado dos distritos de Dionísio Cerqueira, Itapiranga e Mondaí, subordinados ao município de Chapecó (IBGE, 2017).

A Lei N° 133, de 30 de dezembro de 1953, demembrou o então Distrito, do município de Chapecó, elevando-o a categoria de município (SANTA CATARINA, 1953).

Não podemos falar de São Miguel do Oeste, sem mencionar Padre Aurélio Canzi, que, conforme Bavaresco, Franzen e Franzen (2013): “estimulou a população a acreditar no empreendimento colonizador através da fé e da religiosidade”.

Quando da chegada de Padre Aurélio, em São Miguel do Oeste, havia 17 famílias estabelecidas no lugar, totalizando 85 moradores, que enfrentavam uma prolongada estiagem que transformava a paisagem. Nas palavras do próprio sacerdote, uma visão nada animadora para quem chegava. “Foi preciso ter coragem para permanecer aqui, em vista da esperança no futuro” (CANZI apud FIORINI, 1999, p.49).

Padre Aurélio foi o vigário de São Miguel do Oeste, de 1944 até 1976. Neste período, conforme Spenassatto (2008), desempenhou as funções de conselheiro, professor e médico, visitando seus paroquianos, mesmo em lugares quase inacessíveis, atendendo-os sob quaisquer circunstâncias e em qualquer horário que o chamassem.

#### 2.4.3.1 Emancipação Político-Administrativa de São Miguel do Oeste/SC

São Miguel do Oeste surgiu da união de esforços de todos os habitantes da então chamada “Vila Oeste”, sobretudo de líderes comunitários e homens públicos, que não viam a emancipação político-administrativa como um capricho, mas sim como uma necessidade. Necessidade esta enfrentada diariamente pelas inúmeras famílias que chegavam a região, em busca de uma melhor qualidade de vida, porém, o que encontravam era totalmente diferente: estradas de difícil acesso, falta de escolas, médicos, remédios e até mesmo comida. Além disso, somando-se aos problemas enfrentados, o Governo, sem receber tributos da região, não destinava recursos à população, que sem auxílio, não conseguia permanecer na localidade por muito tempo (IBGE, 2017).

A história de São Miguel do Oeste, segundo IBGE (2017), diz respeito a Constituição Estadual de 1946, em vigor na época, que previa como condição para a criação de um novo município, uma população de no mínimo 10.000 (dez mil) habitantes, um obstáculo para a Vila Oeste, que contava, no final da década de 40, com apenas cerca de 200 (duzentos) eleitores. Entretanto, as lideranças locais, não se deram por vencidas e, reivindicando pela emancipação, receberam a atenção de autoridades municipais e do Estado.

Neste contexto, em meados de 1952, o então Deputado Estadual Lenoir Vargas Ferreira, propôs uma emenda à Constituição Catarinense, que mudaria o rumo não só de São

Miguel do Oeste, mas das várias “vilas” da região. Emenda esta que, aprovada em 1953, possibilitou a emancipação de áreas que se localizavam até 90 (noventa) quilômetros da fronteira, independentemente de seu número de habitantes e sem necessidade comprovação de renda (IBGE, 2017).

Em se tratando do município de Chapecó, ao qual São Miguel do Oeste estava vinculado, IBGE (2017), aponta que o desmembramento não traria grandes prejuízos, tendo em vista que o mesmo dispunha de uma extensa área territorial e, além disso, se beneficiaria com a cessão das pressões reivindicatórias que vinha recebendo de diversas localidades, em busca de recursos e da própria emancipação.

As colonizadoras também fizeram parte da história de São Miguel do Oeste, isto é, foram responsáveis pela infraestrutura urbana básica, estradas gerais, assistência a população nos anos iniciais, igrejas, escolas, casas comerciais e o movimento econômico. Outra contribuição trazida pelas colonizadoras foi o interesse pela política, percebido nas eleições de 1950, quando Leopoldo Olavo Erig (futuro prefeito de São Miguel do Oeste) foi eleito vereador, o que refletiu também na vitória de José Miranda de Lemos para prefeito de Chapecó, que por sua vez, convidou Erig para ser seu líder na Câmara (IBGE, 2017).

Em 1953, com a publicação da Lei nº 133/1953, foi concretizada a emancipação político-administrativa de São Miguel do Oeste. Bavaresco, Franzen e Franzen (2013), ressaltam que, São Miguel do Oeste, tornou-se, logo após sua emancipação, o município polo do extremo-oeste catarinense, com sede no antigo distrito de São Miguel Do Oeste, instalado em 15 de fevereiro de 1954, sendo Olímpio Dal Magro, o primeiro prefeito eleito.

Depois de quase oito décadas, desde a ocupação, o município, entre criações de distritos e emancipações, conta atualmente, com uma área territorial de 233,800 km<sup>2</sup> (IBGE), e uma população de 39.793 habitantes, segundo dados do Ministério da Saúde (2017)

A economia do município, está fundamentada na agricultura e produção de proteína animal. Apresenta um PIB per capita de R\$ 34.386,24 e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,801, informações relativas ao ano de 2010 (IBGE, 2017).

Na educação, que apresenta uma taxa de escolarização (para crianças de 6 a 14 anos) de 97.7%, em 2010 (IBGE, 2017).

Na área de saúde, apresenta uma taxa de mortalidade infantil média de 15.12 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.2 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 72 de 295 (IBGE,2017) Conta atualmente com um Posto de Saúde Central, uma unidade Sanitária e dez pontos de Estratégia de Saúde da Família ESF(s) distribuídos nos bairros do município. Dispõe também

de uma unidade de pronto atendimento (UPA), um hospital de referência Regional, para atendimento de média complexibilidade. Serviços de urgência e emergência são prestados pelo Corpo de Bombeiros Militar do Estado e Serviço de Atendimento Móvel de Emergência (SAMU).



### 3 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

O trabalho foi operacionalizado através da busca e catalogação de dados relativos as atividades de saúde pública, no Município de São Miguel do Oeste – SC.

As fontes de pesquisas da área não oferecem dados explícitos de toda a história do município. Uma busca aprofundada em todos os arquivos e fichários poderia significar um diagnóstico bem mais preciso, porém, isto se torna inviável, principalmente pelo fator tempo e demais, envolvidos neste trabalho.

Desta forma, buscou-se coletar dados de três formas distintas, ou seja: Coleta de dados arquivados nos sites de internet do Sistema Nacional Brasileiro, patrocinado pelo Ministério da Saúde, de domínio público (pesquisa quantitativa); Coleta de informações pontuais junto aos setores da administração pública do município de São Miguel do Oeste, mais especificamente os setores de recursos humanos e financeiros (pesquisa quantitativa e qualitativa), e a pesquisa de campo, realizada por amostragem, junto a munícipes, que residem na localidade desde a década de 1980 ou anterior e, que fazem uso do serviço público de saúde no município.

Marconi e Lakatos (2003, p. 201), conceitua questionário como: “Um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador.” Deste modo, o pesquisador deve encaminhar o instrumento para a parte interessada, e esta deve, depois de preenchê-lo, devolver do mesmo modo.

Neste sentido cabe ressaltar que em diversos casos a informação do entrevistado foi verbal, sendo registrada pelo pesquisador e realizado a leitura para que o mesmo realizasse a veracidade das informações.

#### 3.1 TIPOLOGIA E DESCRIÇÃO GERAL DO MÉTODO DE PESQUISA

A pesquisa de campo utilizou uma abordagem exploratória descritiva, vislumbrando a familiaridade do pesquisador com as questões de saúde pública no município, buscando descrever fenômenos qualitativos e quantitativos que possam evidenciar de forma transparente, os fenômenos, (investimentos, ações de prevenção, entre outros) que impactam, ou podem impactar nas soluções para a cura de anomalias e prevenção contra as mesmas, para os munícipes de São Miguel do Oeste – SC.

De acordo com Tripodi et al. (1975, p. 42-71) apud Marconi e Lakatos (2003, p.187) o objetivo foi desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com o ambiente do fenômeno, modificar e clarificar conceitos e/ou realização de futuras pesquisas mais precisas.

Através de três procedimentos sistemáticos: Coleta de dados arquivados nos sites de internet do Sistema Nacional Brasileiro, patrocinado pelo Ministério da Saúde, de domínio público; coleta de informações pontuais junto aos setores da administração pública do município de São Miguel do Oeste, mais especificamente os setores de recursos humanos e de finanças; e a pesquisa de campo realizada por amostragem junto a munícipes, que residem na localidade desde a década de 1980 ou anterior e, que fazem uso do serviço público de saúde no Município.

A obtenção de dados para as análises foi realizado de forma empírica, contemplando descrições quantitativas e qualitativas do objeto de estudo e procedimentos de amostragem flexíveis.

### 3.2 CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO, SETOR OU ÁREA *LÓCUS* DO ESTUDO

Utilizou-se como parâmetro de pesquisa o município brasileiro de São Miguel do Oeste, localizado no Extremo Oeste do estado de Santa Catarina. Localidade esta que conta atualmente com uma população de 39.793 habitantes, de acordo com o Ministério de Saúde (2017). Apresentando uma densidade demográfica 155,12 hab/Km<sup>2</sup>.

A coleta de dados contou com o apoio de técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, devidamente autorizados pelo Secretário titular da pasta, porém nenhum dado foi fornecido.

O apoio foi disponibilizado no sentido de facilitar o pesquisador na coleta dos dados que encontram-se disponíveis nos sites oficiais do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e da Prefeitura Municipal de São Miguel do Oeste, de domínio público.

A Prefeitura Municipal de São Miguel do Oeste, através da Secretaria de Administração e Finaças, forneceu informações financeiras, por meio do setor de contabilidade. A Secretaria de Recursos Humanos, por sua vez, forneceu informações sobre a contratação de profissionais médicos para atuar na área de saúde pelo município. Foram disponibilizados para a pesquisa, documentos que comprovam as primeiras contratações de médicos para atendimento parcial ou integral na secretaria (1999) e, documentos das

instalações dos postos de atendimento nos bairros, ampliando a cobertura geográfica do trabalho de assistência a saúde.

### 3.3 CARACTERIZAÇÃO E DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Para a realização desta pesquisa foram utilizados como instrumentos três formas distintas de coleta dados:

a) Coleta de dados de domínio público, disponíveis nos sites do Fundo Nacional de Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina

b) Coleta de informações pontuais junto aos setores da administração pública do Município de São Miguel do Oeste, mais especificamente a Secretaria de Administração e Finanças, que forneceu informações financeiras, por meio do setor de contabilidade e a Secretaria de Recursos Humanos, que forneceu informações sobre a contratação de profissionais médicos, para atuar na área de saúde, pelo município. Além disso, foram disponibilizados, para a pesquisa, documentos que comprovam as primeiras contratações de médicos, para atendimento parcial ou integral na secretaria e, documentos das instalações dos postos de atendimento nos bairros, ampliando a cobertura geográfica do trabalho de assistência a saúde.

c) Pesquisa de campo, realizada por amostragem, junto a munícipes que residem na localidade desde a década de 1980 ou anterior e, que fazem uso do serviço público de saúde no município.

O questionário foi distribuído para usuários do sistema SUS, indicados por profissional de enfermagem responsável pelo Centros de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Responderam ao questionário, em média, dois usuários por ESF dos cinco bairros catalogados, de forma a cobrir todo o perímetro urbano do município, ou seja: Bairro São Sebastião, Bairro Agostini, Bairro Jardim Peperi, Bairro Santa Rita e Bairro São Gotardo.

Após abordar os profissionais de Saúde responsáveis pelos ESFs, informando-os do objetivo e particularidades do público almejado, foram fornecidos, pelos mesmos, nomes e contatos telefônicos de usuários com o perfil apresentado.

Com o contato e a voluntariedade do usuário, foi agendado horário e local, geralmente na residência do entrevistado.

Alguns dos usuários redigiram o questionário e devolveram ao pesquisador oportunamente, porém alguns entrevistados, possuem, baixo índice de escolaridade e

dificuldade de grafia, motivo pelo qual o documento foi redigido pelo próprio pesquisador durante diálogo. Após a verbalização, as informações descritas no documento foram lidas em voz alta para o entrevistado, solicitando a anuência das informações descritas.

### 3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta das informações, necessárias para análise, foi realizada entre os dias 04 de fevereiro de 2019 e 08 de março de 2019, realizando visitas domiciliares, após indicação por parte dos profissionais dos ESFs. Durante o mesmo período, foi agendado com profissionais de Recursos Humanos e Contadoria da Prefeitura Municipal de São Miguel do Oeste, espaço para obtenção dos dados relativos a instalação dos aportes físicos, disponibilizados ao serviço de saúde pública no Município de São Miguel do Oeste, bem como Portarias e documentos que comprovam a contratação de profissionais médicos, para atendimento a população. Todas as atividades foram realizadas pelo autor.

De posse dos documentos e arquivos baixados de sites de domínio público, disponíveis nos sites do Fundo Nacional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e Prefeitura Municipal de São Miguel do Oeste; Questionário da pesquisa de campo respondidos e; Ofício N° 0009/2019/ADM/FINANÇAS, de 05 de março de 2019, foi iniciado a catologação e análise dos dados.

Considerando que o presente estudo pretende avaliar a estruturação cronológica da saúde pública dos habitantes do município de São Miguel do Oeste - SC, ao longo de sua história, foi avaliado primeiramente os dados estatísticos, quantitativos, relacionando-os com a população existente para cada período. Cabe destacar, que os programas digitais de banco de dados não contemplam informações anteriores a década de 1984, por isso, os dados quantitativos apresentados, referem-se ao período mais recente. Os valores anteriores podem ser encontrados nos arquivos físicos e/ou junto ao Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina, motivo pelo qual a pesquisa demandaria tempo e esforço demasiado, desta forma sendo abdicados.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A abordagem do tema é bastante complexa e envolve inúmeras variáveis. Assim sendo, adotaremos uma definição de saúde mais sucinta, ou seja: “prevenir e combater doenças, manter a qualidade de vida e promover o bem-estar, seja ele no âmbito individual ou coletivo”.

Para efeito do presente estudo, abordaremos, primeiramente, a relatividade de investimentos de recursos públicos da esfera federal, em seguida, verificaremos os recursos da dotação orçamentária do próprio município, destinados a ações de prevenção e reação ao controle de moléstias e, finalizando, apresentaremos uma análise das informações coletadas nos questionários .

### 4.1 RECURSOS DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE

Os dados disponibilizados no site do Fundo Nacional de Saúde, mostram detalhadamente o volume de recursos repassados ao município de São Miguel do Oeste, em forma de repasses para os seguintes blocos: Assistência Farmacêutica; Atenção Básica; Gestão do SUS; Investimento; Média e Alta Complexidade e Vigilância em Saúde.

Para um levantamento amplo, no Quadro 01, tomamos um intervalo de tempo de 5 (cinco) anos, isto é, iniciamos com o ano de 2017 e retroagimos no tempo até o ano de 1998, último ano em que os dados estão disponíveis na página do Fundo Nacional de Saúde.

Quadro 01 – Repasses de recurso por bloco em São Miguel do Oeste/SC.

<b>FUNDO NACIONAL DE SAÚDE</b>			
<b>REPASSE DE RECURSOS POR BLOCO</b>			
<b>MUNICÍPIO 421720 SÃO MIGUEL DO OESTE-SC</b>			
<b>ANO</b>	<b>BLOCO</b>	<b>VALOR LIQ. (R\$)</b>	<b>POPULAÇÃO</b>
<b>1998</b>	Assistência Farmacêutica	0,00	31.334 hab
	Atenção Básica	245.265,03	
	Gestão do SUS	0,00	
	Investimento	0,00	
	Média e Alta Complexidade Amb. e Hop.	0,00	
	Vigilância em Saúde	5.215,36	
	<b>TOTAL</b>	<b>250.480,39</b>	
<b>2002</b>	Assistência Farmacêutica	32.465,04	32.571 hab
	Atenção Básica	691.295,02	
	Gestão do SUS	2.588,90	
	Investimento	0,00	

	Média e Alta Complexidade Amb. e Hop.	0,00	
	Vigilância em Saúde	59.717,76	
	<b>TOTAL</b>	<b>786.066,72</b>	
<b>2007</b>	Assistência Farmacêutica	133.339,18	33.325 hab
	Atenção Básica	1.373.662,50	
	Gestão do SUS	0,00	
	Investimento	0,00	
	Média e Alta Complexidade Amb. e Hop.	241.700,00	
	Vigilância em Saúde	167.411,14	
	<b>TOTAL</b>	<b>1.916.112,82</b>	
<b>2012</b>	Assistência Farmacêutica	179.769,96	36.908 hab
	Atenção Básica	3.647.742,62	
	Gestão do SUS	0,00	
	Investimento	688.219,10	
	Média e Alta Complexidade Amb. e Hop.	2.371.990,96	
	Vigilância em Saúde	235.521,23	
	<b>TOTAL</b>	<b>7.123.243,87</b>	
<b>2017</b>	Assistência Farmacêutica	199.306,44	39.7930 hab
	Atenção Básica	4.075.370,84	
	Gestão do SUS	12.000,00	
	Investimento	123.960,00	
	Média e Alta Complexidade Amb. e Hop.	5.349.713,49	
	Vigilância em Saúde	407.893,49	
	<b>TOTAL</b>	<b>10.168.244,26</b>	

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de Fundo Nacional de Saúde (2019).

Os dados apresentados estão disposto em reais e representam o valor total repassado ao Fundo Municipal para cada bloco.

Genericamente, podemos verificar que os recursos repassados ao Fundo Municipal de Saúde, pelo Fundo Nacional de Saúde, subiu da casa dos R\$ 250.480,39 (duzentos e cinquenta mil, quatrocentos e oitenta reais e trinta e nove centavos) no ano de 1998, para R\$ 10.168.244,56 (dez milhões, cento e sessenta e oito mil, duzentos e quarenta e quatro reais e vinte e seis centavos). Este implemento representa um acréscimo de 4.059,49% relativo a um aumento populacional na casa dos 27%, conforme o Quadro 02.

Quadro 02 – Repasse de recursos por bloco: percentual de crescimento dos últimos 20 anos.

<b>FUNDO NACIONAL DE SAÚDE</b>		
<b>REPASSE DE RECURSOS POR BLOCO</b>		
<b>MUNICÍPIO 421720 SÃO MIGUEL DO OESTE -SC</b>		
<b>PERCENTUAL DE CRESCIMENTO DOS ÚLTIMOS 20 ANOS</b>		
<b>Ano</b>	<b>Recursos</b>	<b>População</b>
1.998	250.480,39	31.334
2.002	786.066,72	32.571
2.007	1.916.112,82	33.325
2.012	7.123.243,87	36.908
2.017	10.168.244,26	39.793
	<b>4059,49%</b>	<b>27%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de Fundo Nacional de Saúde.

Necessário considerar que, em 17 de janeiro de 2011, iniciou-se o atendimento nas áreas de média e alta complexidade no Hospital Regional Terezinha Gaio Basso (HRTGB), realizando atendimentos nas áreas de: Anestesiologia, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia vascular, gastroenterologia, urologia, neurocirurgia, neurologia, radiologia, bucomaxilofacial, infectologia, nefrologia, oftalmologia, pediatria, otorrinolaringologia, ortopedia, pneumologia, clínica médica em geral e ginecologia/obstetrícia. Fato este que passou a implementar significativamente o volume de recursos, principalmente para os média e alta complexidade, todas os casos de urgência emergência dos 30 municípios da região Extremo Oeste catarinense (INSTITUTO SANTÉ, 2019).

#### 4.2 RECURSOS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Conforme dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Administração e Finanças, através do sistema de contabilidade, tivemos acesso aos montantes totais de recursos investidos, dos recursos próprios, e destinados a atender as demanda de saúde pública aos municípios.

Os dados armazenados de forma digital, comportam dados do ano de 2001 até o presente, sendo que relacionaremos os valores até o período fiscal de 2017, prazo final deste estudo.

As informações de anos anteriores pediria uma busca física em arquivos, o qual demandaria significativo trabalho e disponibilidade de tempo.

Conforme podemos verificar no Quadro 03, os montantes apresentam um acréscimo significativo no volume de recursos investido para a saúde pública, partindo da cifra de R\$ 1.732.305,29 ( um milhão, setecentos e trinta e dois mil, trezentos e cinco reais e vinte e nove centavos), para o ano fiscal de 2001, atingindo o patamar de R\$ 25.029.721,20 (vinte e cinco milhões, vinte e nove mil, setecentos e vinte e um reais e vinte centavos) para o ano de 2017.

Os valores descritos apresentam uma escala crescente, representando um acréscimo na ordem de 1.444 % ( um mil, quatrocentos e quarenta e quatro por cento) para um período de 20 anos. Cabe considerar que a população do município apresentou um crescimento vegetativo na ordem de pouco mais de 22,56 % para o período.

Quadro 03 – Valores totais investidos na saúde de 2001 a 2017.

<b>SÃO MIGUEL DO OESTE-SC</b>		
<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS</b>		
<b>VALORES TOTAIS INVESTIDOS NA SAÚDE DE 2001 A 2017</b>		
<b>ANO</b>	<b>VALOR LIQ.</b>	<b>POPULAÇÃO</b>
2001	R\$ 1.732.305,29	32.466 hab
2002	R\$ 2.276.467,26	32.571 hab
2003	R\$ 3.069.831,05	32.690 hab
2004	R\$ 3.531.081,12	32.801 hab
2005	R\$ 4.260.726,09	33.061 hab
2006	R\$ 5.159.403,67	33.194 hab
2007	R\$ 5.745.278,14	33.325 hab
2008	R\$ 6.608.888,33	35.004 hab
2009	R\$ 7.367.470,71	35.252 hab
2010	R\$ 9.889.058,37	36.306 hab
2011	R\$ 13.045.058,55	36.612 hab
2012	R\$ 15.417.579,64	36.908 hab
2013	R\$ 15.534.576,67	38.162 hab
2014	R\$ 20.707.084,18	38.575 hab
2015	R\$ 22.292.527,90	38.984 hab
2016	R\$ 24.619.760,51	39.390 hab
2017	R\$ 25.029.721,20	39.793 hab
	1444,87%	22,56%

Fonte: Elaborado pelo autor a partir do Ofício nº 0009/2019/ADM/FINANÇAS de 05 de março de 2019.

#### 4.3 QUESTIONÁRIO APLICADO A USUÁRIOS DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

O propósito de aplicar um questionário aos munícipes, usuários do serviço público de saúde, reveste-se da intencionalidade de observar, embora superficialmente, a necessidade de parcela da população de ter a disposição serviços de saúde que atendam suas necessidades na



área, considerando um poder aquisitivo insuficiente para a solução das demandas, também mensurar o grau de satisfação dos serviços ofertados.

A seleção dos munícipes que responderam o questionário foi realizada de forma imparcial. Desta forma, foram procuradas as Unidades de Saúde da Família de cinco bairros, distribuídos de forma a cobrir geograficamente o território do município.

Assim sendo, em contato com o responsável pelo ESF, informou-se o nosso propósito de compelir voluntariamente as respostas dos questionários, por pessoas usuárias do Sistema Único de Saúde, de qualquer esfera de atendimento, municipal ou estadual, que residissem no município a pelo menos 10 anos antes da efetivação do SUS, no ano de 1988, através da Constituição Federal, e a sua regulamentação através da Lei número 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Da seleção de alguns nomes fornecidos pelos responsáveis pelo ESF, buscamos a voluntariedade para fornecimento das informações relacionadas.

Obtivemos um total de 14 (quatorze) questionários respondidos, 05 (cinco) foram respondidos por munícipes nascidos ou residentes no município da década de 1970 ou posterior, com idade entre 33 e 46 anos, os quais trataremos por **Grupo 1**, e outros 09 (nove) foram respondidos por munícipes nascidos ou residentes das décadas de 1960 até a década de 1930, um com idade entre 59 e 83 anos os quais trataremos por **Grupo 2**.

Dos munícipes que responderam o questionário classificados como **Grupo 1**, um possui plano de saúde privado, representando 20% (vinte por cento) dos entrevistados. 02 (dois) são portadores de anomalias que requerem tratamento contínuo, representando 40% (quarenta por cento) e ambos recebem a maior parte da medicação do sistema público (SUS).

a) Para o questionamento: **“Como era solucionado eventuais problemas de saúde antes de 1988?”** As respostas serão transcritas com ajustes de ortografia conforme o caso:

*1. Pagava corrida para vizinho com veículo (morador do interior) trazer até o hospital, o atendimento no hospital Missen era gratuito. Comprava remédios para tomar em casa.*

*2. Na época tinha que ir duas ou três horas da manhã no posto de saúde para pegar ficha para atendimento. Tinha ficha para médico e ficha para dentista. Meu pai vinha de São José do Cedro(\*) (município distante 34 Km) a meia noite e ficava na frente aguardando, trazia cobertor. Nos dias de frio era mais fácil conseguir ficha, vinha menos gente. As fichas variavam, tinha duas ou três fichas por médico. Alguns atendiam até as 08 (oito). Só tinha*

*clínico geral. Especialistas só pagando e era por ordem de chegada. Meu pai tinha problema de rim. O pronto socorro do Hospital São Miguel atendia. Hospitais (Missen < São Miguel e Cristo Redentor) revezavam plantão.*

*3. Através e benzimento, curandeiras, chá caseiro receitado por pessoas mais velhas.*

*Ex. Avós*

*4. Não sei, pois nasci no ano de 1985, e minha mãe falou que só procuravam médico em últimos casos.*

*5. Todos os tratamentos em hospitais era particular (pagos). Geralmente era preciso procurar tratamento em outras cidades ou centros maiores, Passo Fundo, Porto Alegre, Florianópolis. Quem não tinha muitos recursos financeiros procurava benzedores e tomavam chá, muitas pessoas morriam por falta de tratamento.*

b) Para o questionamento: **“Relato de algum episódios particular ou com vizinhos amigos para tratamento de enfermidades anterior ao ano de 1988?”**

*1. (...)*

*2. Pai tinha problema de rim. Pronto socorro do Hospital São Miguel atendia. Especialista tinha que pagar. Pai/sogro operaram pelo sistema público (gratuito)*

*3. (...)*

*4. Minha mãe conta sempre que meu pai foi mordido por um cachorro e que sem condições de procurar um médico ficou em casa tomando xaropes que minha avó fazia com plantas.*

*5. (...)*

c) Para o questionamento: **“Relatar centros de saúde e médicos ou curandeiros (similares) acessados em situações de emergência em saúde, anterior o ano de 1988.”** Foram mencionados o Hospital São Miguel e Hospital Missen, Arrumador de osso, dona Celeste Giovenardi, Pe Auréli Canzi.

Dos munícipes que responderam o questionário classificados como **Grupo 2, 03** ( três) possuem plano de saúde privado, representando 33,33% (trinta e três virgula trinta e três por cento) dos entrevistados. 07 (sete) são portadores de anomalias que requerem tratamento contínuo, representando 77% (setenta e sete por cento) e ambos recebem a maior parte da medicação do sistema público (SUS).

a) Para o questionamento: **“Como era solucionado eventuais problemas de saúde antes de 1988?** As respostas serão transcritas com ajustes de ortografia conforme o caso:

1. *Era tudo particular (pago). Muitas vezes a pessoa não ia ao médico por não ter dinheiro, muitas pessoas morriam, outros vendiam tudo o que tinham para salvar um ente querido;*

2. *Eu tinha carro. Levava as pessoas doentes para se tratar em Santa Maria -RS, Chapecó e Florianópolis – SC, Curitiba –PR, Tudo Particular (pago). Ninguém tinha plano de saúde;*

3. *Morava no interior. Fiz cirurgia de ovário no hospital Cristo Redentor. Tudo particular. Cunhado emprestou todo o dinheiro. (...) Atendimentos sempre pagos. (...)*

4. *Posto de saúde, de graça e curador.*

5. *Trazia para o hospital e pagava.*

6. *A maioria sempre ia ao hospital São Miguel ou Missen. Sempre pagava.*

7. *Os atendimentos eram feitos pelo antigo INSP. Sem custos mas anteriormente tinha que ser pago as consultas e atendimentos.*

8. *Eu e meu irmão nascemos em casa de parto normal assistido por parteira. Na década de 1950 e 1960, quando surgia algum sintoma de febre, eu ou um de meus irmãos pegava o cavalo e íamos no Empório do Seu Adolfo que tinha remédios homeopáticos. Ele lia o bilhete que a mãe mandava e nos entregava um balsamo, um purgante, oline ou bromil para a tosse.*

9. *Particular. Médicos especializados só tinha em centros maiores. Funcionários públicos tinham convênio. Porém quem morava na agricultura e estava em dia com seu sindicato tinha um desconto do Funrural.*

b) Para o questionamento: **“Relato de um episódio particular ou com vizinhos, amigos para tratamento de enfermidades anterior ao ano de 1988?**

1. *Caso de um cunhado que precisou amputar uma perna em Passo Fundo-RS. Meu esposo vendeu um terreno para pagar o hospital.*

2. *Transportava (possuía veículo) vizinhos, amigos, clientes para tratamento em outras cidades.*

3. (...)

4. Filho levado para outra cidade no Rio Grande do Sul para atendimento médico. Serviço gratuito. Pneumonia (internado).

5. Trazia muita gente para o hospital (posuia veiculo), vizinhos, amigos cobrava na safra o transporte. Ficha no hospital do Dr. Clóvis (Cristo Redentor) para pagar na safra.

6. Filha mais velha nascida no Rio Grande do Sul – Três palmeiras. Assistida por parteira. Filho mais novo nascido no hospital São Miguel assistido pelo Dr. Macarini. Despesas pagas com recursos próprios. Valor como se fosse hoje uns mil reais.

7. Depois de ter o INSP os atendimentos eram gratuitos. Antes disso eram pagos pelas pessoas.. Minha mãe tinha problemas na visão e teve que se tratar em outras cidades e mesmo aqui teve que pagar o tratamento.

8. No mês de agosto de 1961, minha irmanzinha de cinco meses teve febre muito forte. Minha mãe e eu saímos ao anoitecer e caminhamos três quilômetros levando a mana até chegar na casa do avó para que nos levasse ao hospital em Guaraciaba. Fomos com o caminhão por uma estrada cheia de atoleiros em uma noite gelada. Chegamos no hospital e não havia médico. Retornamos a São Miguel do Oeste no hospital Cristo Redentor que se situava onde hoje está instalado a prefeitura municipal. Quando chegamos o médico começou a xingar minha mãe dizendo por que demoramos pra trazer a criança até o hospital. Minha mãe estava desesperada, chorando e o médico xingando, dizia esta criança esta morta e nada podia fazer. Não suportei e falei par ao médico parar de xingar, porque tínhamos ido até o hospital de Guaraciaba, pois avisaram que o senhor estava em Guaraciaba. Aí o médico quis se desculpar. Com o coração cheio de tristeza retornamos para nossa casa, minha mãe com minha irmã morta no colo, estava clareando o dia. Tivemos que confeccionar a caixa para o sepultamento no cemitério de Bela Vista das Flores (comunidade do interior do município). Houve um surto de poliomielite naquele ano e mais quatro crianças da mesma comunidade faleceram naquele ano, com idade de quatro a seis meses. Não havia psicólogos nem assistência social. Cada família se amparava com muita fé.

9. Meu pai foi diagnosticado com câncer nos pulmões e foi tudo muito difícil, pois éramos uma família humilde, com poucos recursos e moráva-mos no interior. Foram muitas idas aos médicos em São Miguel do Oeste, Chapecó, até que se descobriu o câncer, porém não tínhamos tratamento ainda na região. Por este motivo o tratamento teve que ser realizado em Porto Alegre, longe da família. E com todos os custos bancados pela família.

c) Para o questionamento: **Relatar centros de saúde e médicos ou curandeiros (similares) acessados em situações de emergência em saúde anterior ao ano de 1998?**

1. *No início de São Miguel do Oeste o Padre Aurélio Canzi cuidava dos doentes, ele vinha na nossa casa buscar um tipo de chá pra verme;*

*Tinha a dona Celeste que benzia e dava chás. Dona Silvestre que curou muitas pessoas do amarelão, fazia xarope para os doentes; Dr Missen foi um bom médico, ia nas casas atender os doentes, se fosse um caso mais grave internava no hospital mas era tudo pago.*

2. *Curandeiro; Masagens Irildo Zaninn (ossos); Massagens Egídio de Cesaro.*

3. *Hospital Missen; Porto Alegre; Florianópolis; J. Pires de Itajubá – Descanso (curador, espirita)*

4. (...)

5. *Dr. Clóvis, Hospital Cristo Redentor; Tranquila Silvestre (Benzedeira); Celeste Giovenardi (Benzedeira). Fiquei na casa da Celeste sete dias para tratar do estômago baixo. Todos os dias ela fazia massagens. Melhorei bem.*

6. *Parteira; Hospital São Miguel e Hospital Missen;*

7. (...)

8. (...)

9. *Centros médicos de chapecó – SC, Passo Fundo, Santa Maria e Porto Alegre – RS.*

## 5 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÃO

A presente pesquisa, buscou apresentar ações da gestão pública que demonstram, de forma superficial, a estruturação do acesso as práticas de saúde preventiva e reativa para população de São Miguel do Oeste.

As respostas obtidas por intermédio dos questionários, possibilitaram a identificação do cotidiano, principalmente no que diz respeito aos problemas enfrentados pelos cidadãos migueloestinos, na área da saúde, nos anos anteriores a 1988.

Neste sentido, percebeu-se que as famílias não possuíam muitas condições financeiras, uma vez que pouquíssimas possuíam veículo próprio, todavia existia uma cooperação mútua entre os vizinhos, principalmente quando a saúde encontrava-se ameaçada.

A maioria dos respondentes relatam que o tratamento em hospitais precisava ser pago, e, que para tratamentos de especialidades, havia a necessidade de se dirigir a outras cidades para atendimento, restringindo o acesso, considerando que muitos possuíam baixo poder aquisitivo. O tratamento oferecido por Benzedeiros e por meio de ervas medicinais, muitas vezes, era o único recurso disponível para a população mais pobre.

Para proporcionarmos um juízo de valor subjetivo, tomaremos por base o fato narrado através do questionamento da pesquisa: Relato de algum episódio particular ou com vizinhos amigos para tratamento de enfermidades anterior ao ano de 1988. *“Houve um surto de poliomielite naquele ano, (1961) e mais quatro crianças da mesma comunidade faleceram, com idade de quatro a seis meses. Não havia psicólogos nem assistência social. Cada família se amparava com muita fé”*. Vale ressaltar que esta informação refere-se a uma comunidade do interior, possivelmente se levarmos em consideração toda a área de abrangência do município, este número tende a ser maior.

A poliomielite foi erradicada no Brasil nos anos 90, como resultado de campanhas de vacinação oral e injetável, fato este que envolveu os serviços públicos dos entes federal, estadual e municipal para chegar as regiões mais distante e obter o máximo de cobertura. O fato pode evidenciar as mudanças significativas na política de saúde preventiva, realizando um comparativo do período de 56 anos (2017 – 1961).

As atuais campanhas de prevenção a dengue e a febre chikungunya, sendo realizada no município, com o combate ao mosquito *Aedes Aegypti*, inseto vetor, transmissor, eliminando os possíveis criadouros comequipes de profissionais fiscalizando e e gularizando locais de risco.

Na abordagem quanto a saúde preventiva podemos destacar ainda a disponibilizadade de vacinas como a BCG, hepatite A, hepatite B, meningocócica C, febre amarela, pentavalente, pneumo 10, rotavírus, tríplice viral, tetra viral, DTP, VIP e VOP, disponíveis nas campanhas e posto de saúde central durante o ano todo e gratuitas.

Na abordagem quanto aos aspectos legais e a disposição de informações catalogadas com índices da saúde, (campanhas de vacinação, valores investidos, morbidade etc.), disponíveis nas páginas da internet de domínio público, onde é possível encontrar informações da área de produção, do ano de 1983 e subsequentes, sendo que, as informações devem ser constantemente atualizadas conforme prevê a Lei Complementar nº 131, de 27 de maio de 2009, assegurando o princípio da transparência.

Podemos destacar também a Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, onde a União conforme Art 5º, aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. O Estado mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos, Art 6º, e os municípios mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos conforme Art 7º.

Este indicativo, embora por si só não signifique melhoria, mas conjuntamente com a aplicação racional e técnica, caracteriza um progresso considerável da disponibilidade de serviços de saúde ofertados a população.

Os direitos assegurados pela Constituição e o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) propiciaram avanços em termos de descentralização político-administrativa, participação social, mudanças no modelo de atenção, expansão do acesso a serviços públicos e melhoria de indicadores de saúde.

É, portanto, possível comprovar que as ações, por vezes imperceptíveis do censo comum, no trato da saúde pública, vão adquirindo corpo nos processos temporários, revertendo em benefícios, destacando dentre muitas, o acesso a serviços médicos especializados na própria localidade, serviços de saúde e de forma gratuita, garantindo o princípio da universalidade.

Atualmente o município, conforme Lei Complementar nº 11/2012, a Secretaria Municipal da Saúde dispõe estrutura organizacional formada pelos: Departamento de Gestão;

Departamento de Saúde; Departamento de Vigilância em Saúde e uma unidade de pronto atendimento 24 horas.

A estrutura de atendimento permanente conta com 11 (onze unidades de ESF), localizados nos bairros com atendimento 08 (oito) horas diárias de segunda a sexta-feira, uma unidade sanitária ativada em 2012, Um corpo médico formado por 14 profissionais médicos para 2017 e um considerável número de funcionários não computado para este estudo.

O início das atividades no Hospital Regional Terezinha Gaio Basso no ano de 2011 passou a proporcionar atendimentos de média e alta complexidade, não só do município, mas de todo o Extremo-Oeste Catarinense, significou um grande avanço para as políticas públicas de medicina reativa, proporcionando tratamento avançado no próprio domicílio.

Do ponto de vista econômico destinado para a estruturação do sistema e principalmente para as ações de saúde reativa, conforme figura 2 podemos perceber que os valores repassados pelo ente federal ao município, computado do ano de 1998 a 2017 os recursos repassados obtiveram um incremento de 4.059,00 % ( quatro mil e cinquenta e nove por cento), relacionando ao crescimento populacional no mesmo período que foi de 27% (vinte e sete por cento) é notório o aumento da quantia per capita.

Não foi possível pesquisar para os anos anteriores, porém os indicativos sugerem um decréscimo geométrico.

Também os investimentos pecuniários exclusivos do município, destacados no Quadro 03 apresentam um incremento de 1444,87% (um mil quatrocentos e quarenta e quatro virgula oitenta e sete por cento) para um aumento populacional de 22,56 % (vinte e dois virgula cinquenta e seis por cento). As quantias representam valores somados para investimento e custeio simultaneamente.

Podemos testemunhar, pelos dados apresentados pelos entes federal e municipal, um crescimento permanente no valor total de recursos investidos, com percentual consideravelmente maior que o crescimento populacional

A garantia do financiamento reveste-se de suma importância para os serviços de saúde, portanto cabe destacar que a da Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016 (EC 95) estabelece limite para as despesas primárias (Art. 107), para os próximos vinte exercícios financeiros (Art. 106), deve ser um dos primeiros objetivos da população e dos representantes públicos, representando um subfinanciamento para a saúde pública no curso do tempo.

O conhecimento do processo histórico de adequação do sistema de saúde brasileiro é de suma importância para o entendimento do atual Sistema Único de Saúde, observou-se



como limitação ao presente estudo, a escassez de fontes de pesquisas da área, não oferecendo dados explícitos de toda a história do município. Estudos mais aprofundados sobre o tema, com buscas em todos os arquivos e fichários poderia significar um diagnóstico bem mais preciso.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS Sistema único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. Ed. Martinari. 1ª ed. 2011.

AIRES, Ildimar Cruz. **O processo de implantação do Sistema Único de Saúde: perspectiva dos atores da SES/MG**. Rio de Janeiro. 1996. Disponível em: [bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/download/7985/6728](http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/download/7985/6728). Acesso em: 30 jan. 2019.

BAVARESCO, Paulo Ricardo. FRANZEN, Douglas Orestes. FRANZEN, Tiones Ediel. **Políticas de colonização no extremo oeste catarinense e seus reflexos na formação da sociedade regional**. Disponível em: <http://seer.ufms.br/index.php/RevTH/article/view/445>. Acesso em: 6 dez. 2018.

BRASIL. **Constituição**. República Federativa do Brasil de 1988. 16 ed. Organização de Alexandre de Moraes. São Paulo: Atlas, 2000.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 dez. 2016. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>. Acesso em: 26 dez. 2018.

BRASIL. Lei Complementar nº 11, de 23 de maio de 2012. Dispõe sobre a Organização da Administração Pública Municipal, estabelece sua Estrutura Administrativa, Princípios e Diretrizes do Poder Executivo de São Miguel do Oeste e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 maio 2012. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sc/s/saomiguel>. Acesso em: 18 jan. 2019.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm). Acesso em: 18 jan. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em: 18 jan. 2019.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Tradução Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. Tradução de: Le Normal et le Pathologique.

CARVALHO, Gilson. **A saúde pública no Brasil**. Estudos Avançados, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2019.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade Febril: Cortiços e Epidemias na Corte Imperial**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

CASTRO-SANTOS, Luiz Antonio de; FIGUEIREDO, Regina Érika Domingos de. Belisário Penna, combatente: um capítulo da história da saúde pública brasileira. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 848-857, Dez. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000400005&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 nov 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009. Disponível em: [https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd\\_18.pdf](https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf). Acesso em: 22 jan. 2019.

CONTI, Bruno de. **Como a recessão mudou a vida dos brasileiros**. Bahia, 2017. Disponível em: <http://www.unicamp.br/unicamp/clipping/2017/03/08/como-recessao-mudou-vida-dos-brasileiros>. Acesso em: 18 jan. 2019

COSTA, Maria Bernadete de Souza; SALAZAR, Pedro Eugênio Lópes; SANTOS, Jozemar Pereira dos. Percepção de Gestores de Saúde sobre as Mudanças no Sistema Único de Saúde. **UFPB**, Paraíba. 2004. Disponível em: [www.ccs.ufpb.br/.../fetch.php?...percepção...gestores\\_de\\_saúde\\_sobre\\_as\\_mudanças\\_...](http://www.ccs.ufpb.br/.../fetch.php?...percepção...gestores_de_saúde_sobre_as_mudanças_...) Acesso em: 29 jan. 2019

GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

IBGE. **São Miguel do Oeste**. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/sao-miguel-do-oeste/panorama>. Acesso em: 10 de dez. 2018.

INSTITUTO SANTÉ. **Histórico**. 2019. Disponível em: <https://www.hrtgb.org/hospital/1/historico>. Acesso em 03 mar. 2019.

KRUGER, Tânia Regina. **Conferências Nacionais de Saúde: Ganhos Democráticos ou Reprodução Da Nossa Cultura Política?** Unicamp, Campinas. 2007. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/7\\_Kruger%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/7_Kruger%20(3).pdf). Acesso em 28 jan. 2019.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a enda atual**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00077.pdf>. Acesso: 12 de dez. 2018.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, e00129616, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017001405006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001405006&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 nov. 2018.

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

MOCELIN, Renato. **Os Guerrilheiros do Contestado**. Editora do Brasil – São Paulo. 2014

OLIVEIRA SOBRINHO, Afonso Soares de. São Paulo e a Ideologia Higienista entre os séculos XIX e XX: a utopia da civilidade. **Sociologias**, Porto Alegre , v. 15, n. 32, p. 210-235, Abr. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-45222013000100009&lng=en&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222013000100009&lng=en&nrm=isso). Acesso em: 19 nov. 2018.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde** . Disponível em: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_4.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf). Acesso em: 27 dez. 2018.

RICARDI, Luciani Martins; SHIMIZU, Helena Eri; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 41, n. spe3, p. 155-170, Set. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000700155&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000700155&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 22 jan. 2019.

SEGRE, Marco. **O conceito de saúde**. Rev. Saúde Pública, 31 (5): 538-42, 1997 Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2018.

STEDILE, Nilva Lúcia Rech et al. Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Caxias do Sul. 2015. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001002957&script=sci...tlng...](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001002957&script=sci...tlng...). Acesso em: 28 jan. 2019.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista



**Universidade de Brasília**

Universidade Aberta do Brasil - UAB

Curso de Especialização em Gestão Pública Municipal – IMEaD

Polo de São Miguel do Oeste/SC

Monografia – Questionário de pesquisa

Prof – Jefferson Bruno Pereira Ribeiro

Acadêmico - Carlos Roberto Scariot

Tema – Saúde Pública em São Miguel do Oeste - SC

**Roteiro de entrevistas para usuários do sistema SUS (Sistema Único de Saúde) ;**

1. **Pessoas nascidas e residentes no município de São Miguel do Oeste entre a década de 1940 e 2000;**
2. **Pessoas que migraram e residem no município de São Miguel do Oeste entre a década de 1940 e 2000;**

**Objetivo:** Catalogar informações relacionadas ao acesso de serviços de saúde pública no município de São Miguel do Oeste

#### 1) Caracterização do Sujeito:

- a. Idade; \_\_\_\_\_
- b. Gênero; \_\_\_\_\_
- c. Data de nascimento; \_\_\_\_\_
- c. Tempo de residência no município; \_\_\_\_\_
- d. Possui plano de saúde privado. ( ) sim ( ) não

#### 2) Informações sobre condições de Saúde:

- a. Realiza exames periódicos; ( ) sim ( ) não
- b. Realiza consultas médicas de rotina; ( ) sim ( ) não
- c. É portador de anomalia que requer tratamento contínuo; ( ) sim ( ) não
- d. Recebe medicação do serviço público; ( ) sim ( ) não
- e. Já passou por tratamento médico ambulatorial de média ou alta complexidade.

( ) sim ( ) não

Se sim! Quem bancou os custos?

( ) particular ( ) (SUS) público ( ) outros

**3) Para munícipes nascidos no município na década de 1980 e anteriores:**

a. Possuía carteira de trabalho assinada; ( ) sim ( ) não

b. Tem (tinha) plano de saúde privado; ( ) sim ( ) não

c. Como era solucionado eventuais problemas de saúde antes de 1988;

---

---

---

---

d. Relato de algum episódio particular ou com vizinhos amigos para tratamento de enfermidades anterior ao ano de 1988

---

---

---

---

e. Relatar centros de saúde e médicos ou curandeiros (similares) acessados em situações de emergência em saúde, anterior ao ano de 1988

---

---

---

---

## ANEXOS

## ANEXO A – Transferência Consolidada 1998

03/03/2019 FNS - Fundo Nacional de Saúde

### Consolidada

Resultado da Consulta					
Ano	UF	Município	População	Ano Censo	
1998	SC	SAO MIGUEL DO OESTE	40.090 habitantes	2018	
Tipo de Repasse					
Municipal					
Total de Repasses por Bloco					
Bloco	Valor Total	Valor Desconto	Valor Líquido		
ATENÇÃO BÁSICA	R\$ 245.265,03	R\$ 0,00	R\$ 245.265,03		
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$ 5.215,36	R\$ 0,00	R\$ 5.215,36		
<b>Total Geral</b>	<b>R\$ 250.480,39</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 250.480,39</b>		
Repasses					
UF	Município	Entidade	CNPJ	Valor Total Bruto	Ações
SC	SAO MIGUEL DO OESTE	MUNICIPIO DE SAO MIGUELOESTE	82.821.174/0001-80	R\$ 250.480,39	
<b>Total Geral Bruto</b>				<b>R\$ 250.480,39</b>	

<https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada> 1/1

Fonte: Fundo Nacional de Saúde disponível em: <https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada>

## ANEXO B – Transferência Consolidada 2002

03/03/2019 FNS - Fundo Nacional de Saúde

## Consolidada

---

**Resultado da Consulta**

Ano	UF	Município	População	Ano Censo
2002	SC	SAO MIGUEL DO OESTE	40.090 habitantes	2018

**Tipo de Repasse**  
Municipal

**Total de Repasses por Bloco**

Bloco	Valor Total	Valor Desconto	Valor Líquido
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	R\$ 32.465,04	R\$ 0,00	R\$ 32.465,04
ATENÇÃO BÁSICA	R\$ 691.295,02	R\$ 0,00	R\$ 691.295,02
GESTÃO DO SUS	R\$ 2.588,90	R\$ 0,00	R\$ 2.588,90
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$ 59.717,76	R\$ 0,00	R\$ 59.717,76
<b>Total Geral</b>	<b>R\$ 786.066,72</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 786.066,72</b>

**Repasses**

UF	Município	Entidade	CNPJ	Valor Total Bruto	Ações
SC	SAO MIGUEL DO OESTE	MUNICIPIO DE SAO MIGUELOESTE	82.821.174/0001-80	R\$ 786.066,72	
<b>Total Geral Bruto</b>				<b>R\$ 786.066,72</b>	

Fonte: Fundo Nacional de Saúde disponível em: <https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada>



## ANEXO C – Transferência Consolidada 2007

03/03/2019 FNS - Fundo Nacional de Saúde

### Consolidada

Resultado da Consulta					
Ano	UF	Município	População	Ano Censo	
2007	SC	SAO MIGUEL DO OESTE	40.090 habitantes	2018	
Tipo de Repasse					
Municipal					
Total de Repasses por Bloco					
Bloco		Valor Total	Valor Desconto	Valor Líquido	
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA		R\$ 133.339,18	R\$ 0,00	R\$ 133.339,18	
ATENÇÃO BÁSICA		R\$ 1.373.662,50	R\$ 0,00	R\$ 1.373.662,50	
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR		R\$ 241.700,00	R\$ 0,00	R\$ 241.700,00	
VIGILÂNCIA EM SAÚDE		R\$ 167.411,14	R\$ 0,00	R\$ 167.411,14	
<b>Total Geral</b>		<b>R\$ 1.916.112,82</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 1.916.112,82</b>	
Repasses					
UF	Município	Entidade	CNPJ	Valor Total Bruto	Ações
SC	SAO MIGUEL DO OESTE	MUNICIPIO DE SAO MIGUELOESTE	82.821.174/0001-80	R\$ 1.916.112,82	
<b>Total Geral Bruto</b>				<b>R\$ 1.916.112,82</b>	

Fonte: Fundo Nacional de Saúde disponível em: <https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada>

## ANEXO D – Transferência Consolidada 2012

03/03/2019 FNS - Fundo Nacional de Saúde

### Consolidada

Resultado da Consulta					
Ano	UF	Município	População	Ano Censo	
2012	SC	SAO MIGUEL DO OESTE	40.090 habitantes	2018	
Tipo de Repasse					
Municipal					
Total de Repasses por Bloco					
Bloco		Valor Total	Valor Desconto	Valor Líquido	
ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA		R\$ 179.769,96	R\$ 0,00	R\$ 179.769,96	
ATENÇÃO BÁSICA		R\$ 3.647.742,62	R\$ 0,00	R\$ 3.647.742,62	
INVESTIMENTO		R\$ 688.219,10	R\$ 0,00	R\$ 688.219,10	
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR		R\$ 2.371.990,96	R\$ 0,00	R\$ 2.371.990,96	
VIGILÂNCIA EM SAÚDE		R\$ 235.521,23	R\$ 0,00	R\$ 235.521,23	
<b>Total Geral</b>		<b>R\$ 7.123.243,87</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 7.123.243,87</b>	
Repasses					
UF	Município	Entidade	CNPJ	Valor Total Bruto	Ações
SC	SAO MIGUEL DO OESTE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO MIGUEL DO OESTE	11.136.549/0001-24	R\$ 7.123.243,87	
<b>Total Geral Bruto</b>				<b>R\$ 7.123.243,87</b>	

Fonte: Fundo Nacional de Saúde disponível em: <https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada>

## ANEXO E – Transferência Consolidada 2017

03/03/2019 FNS - Fundo Nacional de Saúde

### Consolidada

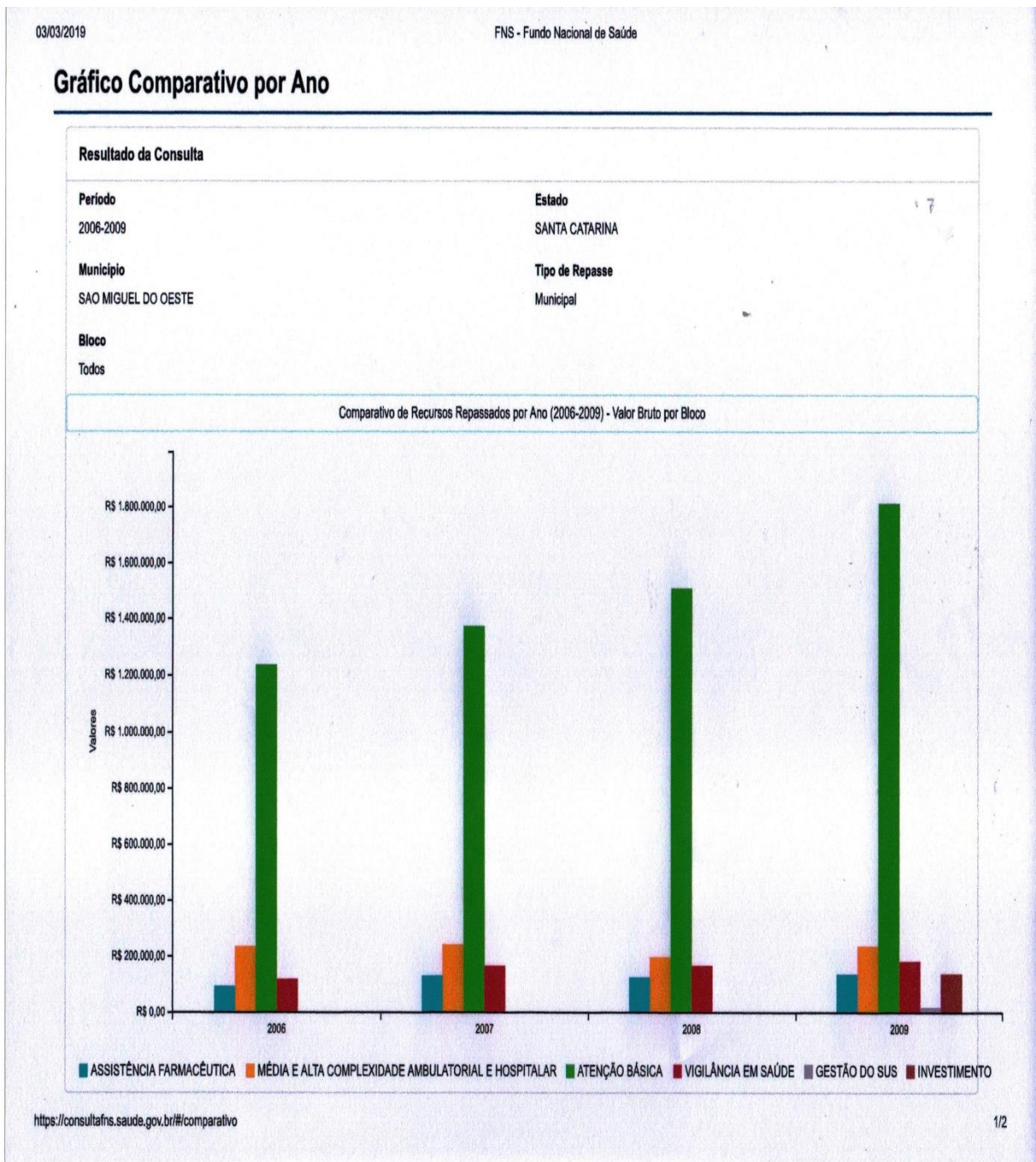
Resultado da Consulta					
Ano	UF	Município	População	Ano Censo	
2017	SC	SAO MIGUEL DO OESTE	40.090 habitantes	2018	
Tipo de Repasse					
Municipal					
Total de Repasses por Bloco					
Bloco		Valor Total	Valor Desconto	Valor Líquido	
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA		R\$ 199.306,44	R\$ 0,00	R\$ 199.306,44	
ATENÇÃO BÁSICA		R\$ 4.075.370,84	R\$ 0,00	R\$ 4.075.370,84	
GESTÃO DO SUS		R\$ 12.000,00	R\$ 0,00	R\$ 12.000,00	
INVESTIMENTO		R\$ 123.960,00	R\$ 0,00	R\$ 123.960,00	
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR		R\$ 5.356.913,49	R\$ 7.200,00	R\$ 5.349.713,49	
VIGILÂNCIA EM SAÚDE		R\$ 407.893,49	R\$ 0,00	R\$ 407.893,49	
<b>Total Geral</b>		<b>R\$ 10.175.444,26</b>	<b>R\$ 7.200,00</b>	<b>R\$ 10.168.244,26</b>	
Repasses					
UF	Município	Entidade	CNPJ	Valor Total Bruto	Ações
SC	SAO MIGUEL DO OESTE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO MIGUEL DO OESTE	11.136.549/0001-24	R\$ 10.175.444,26	
<b>Total Geral Bruto</b>				<b>R\$ 10.175.444,26</b>	

<https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada>

1/1

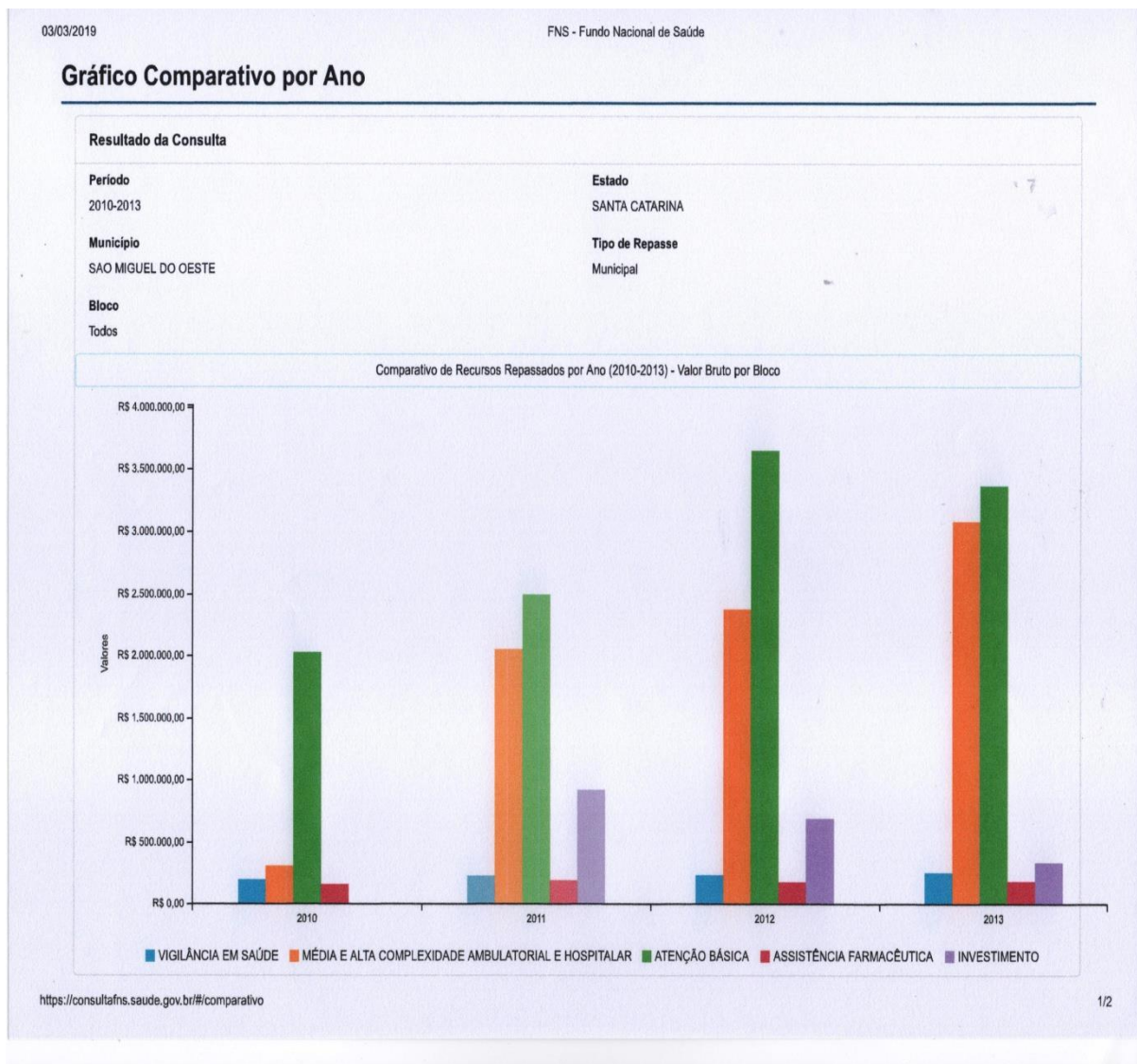
Fonte: Fundo Nacional de Saúde disponível em: <https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada>

## ANEXO F – Gráfico Comparativo Por Ano 2006 a 2009



Fonte: Fundo Nacional de Saúde disponível em: <https://consultafns.saude.gov.br/#comparativo>

## ANEXO G – Gráfico Comparativo Por Ano 2010 a 2013



Fonte: Fundo Nacional de Saúde disponível em: <https://consultafns.saude.gov.br/#comparativo>

## ANEXO H – Gráfico Comparativo Por Ano 2014 a 2017



Fonte: Fundo Nacional de Saúde disponível em: <https://consultafns.saude.gov.br/#/comparativo>

**ANEXO I – Ofício nº 0009 Secretaria Municipal de Adm e Finanças**

*OFICIO Nº 0009/2019/ADM/FINANÇAS DE 05 DE MARÇO DE 2019*



Ofício n. 0009/2019/ADM/FINANÇAS

São Miguel do Oeste, em 05 de março de 2019.

Ao Senhor  
**CARLOS ROBERTO SCARIOT**  
São Miguel do Oeste – SC

**Assunto: Solicitação de documentos**

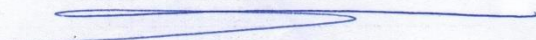
Prezado Senhor,

Em resposta ao Protocolo n. 1937/2019, seguem os valores totais investidos na saúde, em cada ano, no período de 2001 à 2017. Informamos ainda, que tais dados foram fornecidos pelo sistema municipal de contabilidade.

Ano	Valor
2001	R\$ 1.732.305,29
2002	R\$ 2.276.467,26
2003	R\$ 3.069.831,05
2004	R\$ 3.531.081,12
2005	R\$ 4.260.726,09
2006	R\$ 5.159.403,67
2007	R\$ 5.745.278,14
2008	R\$ 6.608.888,33
2009	R\$ 7.367.470,71
2010	R\$ 9.889.058,37
2011	R\$ 13.045.058,55
2012	R\$ 15.417.579,64
2013	R\$ 15.534.576,67
2014	R\$ 20.707.084,18
2015	R\$ 22.292.527,90
2016	R\$ 24.619.760,51
2017	R\$ 25.029.721,20

Estamos a disposição para eventuais dúvidas, se necessário.

Atenciosamente,

  
**ALENCAR BARBIERI**  
 Secretário Municipal de Administração e Finanças

1. IDENTIFICAÇÃO:

Autor: Carlos Roberto Scariot		
RG: 1.853.942.SSP SC	CPF: 526 532 859 91	E-mail: scariotcarlosroberto@yahoo.com.br
Telefone: 49 3621 0494	Celular: 49 98416 1966	Data de apresentação: 27/04/2019
Título: SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO OESTE – SC. Estruturação histórica		
Palavras-chave: Saúde Pública. Sistema Único de Saúde. São Miguel do Oeste		
Curso: Curso de Especialização ( <i>Lato Sensu</i> ) em Gestão Pública Municipal		Departamento:
Tipo: ( ) Graduação - Licenciatura ( ) Graduação - Bacharelado ( ) Graduação - Dupla Habilitação (X) Especialização		Orientador: Jefferson Bruno Pereira Ribeiro

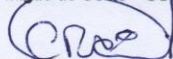
2. INFORMAÇÃO DE ACESSO AO DOCUMENTO:

Liberação para publicação: ( X ) Total ( ) Parcial <sup>1,2,3,4</sup>
Em caso de publicação parcial, especifique os capítulos a serem retidos:
Observações: <sup>1</sup> É imprescindível o envio do arquivo em formato digital da <u>monografia completa</u> , mesmo em se tratando de publicação parcial. <sup>2</sup> A solicitação de publicação parcial deve ser feita mediante justificativa lícita e assinada pelo orientador do trabalho, que deve ser entregue juntamente com o termo de autorização. <sup>3</sup> A restrição poderá ser mantida por até um ano a partir da data de autorização da publicação. Para a extensão desse prazo deve ser solicitada novamente junto à UnB-BCE. <sup>4</sup> O resumo e os metadados ficarão sempre disponibilizados.

3. LICENÇA:

<b>DECLARAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO NÃO-EXCLUSIVA</b>
O referido autor: a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade. b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à Universidade de Brasília os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue. Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade de Brasília, declara que cumpriram quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.
<b>LICENÇA DE DIREITO AUTORAL</b>
Na qualidade de titular dos direitos de autor da publicação, autorizo a Biblioteca Digital de Monografias (BDM) da Universidade de Brasília a disponibilizar meu trabalho de conclusão de curso por meio do site bdm.unb.br, com as seguintes condições: disponível sob Licença Creative Commons 4.0 International, que permite copiar, distribuir e transmitir o trabalho, desde que seja citado o autor e licenciante. Não permite o uso para fins comerciais nem a adaptação desta. A obra continua protegida por Direito Autoral e/ou por outras leis aplicáveis. Qualquer uso da obra que não o autorizado sob esta licença ou pela legislação autoral é proibido. Caso o autor opte por outra forma de licença, pedimos que entre em contato com o Setor de Gerenciamento da Informação Digital (GID) da Biblioteca Central da UnB, no telefone 3107-2687.

São Miguel do Oeste – SC 06/05/2019



Carlos Roberto Scariot