



## **AS DEMANDAS POSTAS AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL: uma análise a partir de uma unidade de saúde docente assistencial**

**Rosimary Gonçalves de Souza<sup>1</sup>**  
**Raphael Magnus Silva Ortiz<sup>2</sup>**

### **RESUMO:**

Este trabalho apresenta parte dos resultados de uma pesquisa realizada pelo Departamento de Serviço Social da Policlínica Piquet Carneiro/UERJ, cujo objetivo foi gerar informações consistentes sobre as demandas dos seus usuários e identificar como estas são processadas na instituição. Como recurso metodológico, foram utilizadas as análises quantitativa e qualitativa dos registros do atendimento do serviço social da unidade. Os resultados apontam que grande parte das demandas individuais é, na verdade, formada por demandas coletivas que mostram as insuficiências do sistema de saúde e que as determinações sociais do processo saúde e doença são pouco trabalhadas no contexto institucional, revelando uma amostra representativa das fragilidades comuns ao sistema de saúde como um todo.

Palavras chaves: Política de Saúde; modelo assistencial em saúde; Serviço Social.

### **ABSTRACT:**

This paper presents some results of a survey conducted by the Department of Social Polyclinic Piquet Carneiro / UERJ, whose goal was to generate consistent information about the demands of their users and identify how they are processed in the institution. As a methodological resource, we used the quantitative and qualitative analyzes of the attendance records of social work. The results indicate that the majority of individual claims is actually formed by collective demands that demonstrate the shortcomings of the health system and that the social determinants of health and disease process are poorly worked in the institutional context, revealing a representative sample of the weaknesses common the health system as a whole.

Keywords: Health Policy; health care model; Social Work.

---

<sup>1</sup> Doutora. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail: rgdsouza@uol.com.br

<sup>2</sup> Bacharel. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)



## 1 INTRODUÇÃO

Ao analisarmos a trajetória das políticas públicas de saúde no Brasil, constatamos que, ao longo da história, tais políticas não privilegiaram os direitos sociais e as necessidades de saúde, antes satisfazem a interesses econômicos e políticos.

Como se sabe, as maiores mudanças no sistema de saúde brasileiro ocorreram na década de 1980. Nesta época o cenário vigente na saúde pública era profundamente excludente e baseado em um modelo médico assistencial privatista e hospitalocêntrico. Desejava-se naquele momento a elaboração de um outro modelo que estendesse garantias à população visando ao atendimento universal, integral e descentralizado.

Na Constituição Federal de 1988 alguns princípios novos foram legalmente garantidos na política de saúde brasileira, como por exemplo, o da universalidade de acesso, o da integralidade da assistência, o da descentralização político-administrativa e o da participação da comunidade, princípios estes elencados nas leis 8080 e 8142, ambas aprovadas no ano de 1990.

Apesar de todas as conquistas sociais obtidas no campo da legislação brasileira, os anos que se seguiram se caracterizaram pela crise econômica e fiscal que dificultou a implementação do modelo de saúde idealizado. Na tentativa de reverter esta situação, o governo vem estabelecendo ações regulatórias e novos programas na tentativa de melhorar a eficiência do sistema de saúde (Hortale, 2000).

Ainda hoje, são recorrentes as deficiências e as desigualdades praticadas no sistema público de saúde. A garantia de acesso aos serviços de saúde passa pela possibilidade de oferta suficiente de serviços que assegurem a cobertura da população. Esta cobertura é entendida como uma relação dinâmica entre oferta e procura, na qual intervêm, por um lado, as necessidades da população e por outro, os recursos tecnológicos e organizacionais que configuram a oferta para satisfazer a demanda (OPAS, 1978).

Diante deste quadro de subfinanciamento da saúde e baixa qualidade da atenção prestada no SUS, este trabalho apresenta os resultados de uma pesquisa



realizada pelo Departamento de Serviço Social de uma unidade de saúde vinculada à Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) cujo objetivo foi gerar informações qualitativas e quantitativas consistentes voltadas a aprimorar o trabalho realizado pelo Serviço Social e a assistência prestada aos usuários da unidade.

A análise dos indicadores definidos na pesquisa permitiu uma visão mais acurada da realidade enfrentada no cotidiano da unidade e das demandas postas (e nem sempre satisfeitas) pelos usuários, amostra que bem representa as dificuldades comuns ao sistema como um todo.

Em 1995 o Ministério da Saúde (MS) firmou com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) um convênio de co-gestão para administrar a Policlínica Piquet Carneiro, antigo PAM São Francisco Xavier. O objetivo era – e continua sendo – tornar esta Unidade o “espaço” da formulação, implementação, testagem e avaliação de modelos em saúde, visando o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, através da integração ensino-serviço, na perspectiva da desospitalização.

A partir do ano de 2008, a Reitoria da universidade e a Direção da PPC deflagraram ações gerais que visavam à criação de um complexo de saúde que coadunasse de forma mais efetiva as ações de ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde na unidade. Com vistas a concretizar essas ações, a Direção da Policlínica adotou, como uma das estratégias, a criação de coordenações de serviços (Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Nutrição e Odontologia) a serem exercidas por professores da universidade, com a finalidade de estreitar a relação universidade-serviço. No âmbito do Serviço Social, o rebatimento de tal estratégia foi a criação da coordenação geral – exercida por uma professora indicada pela Faculdade de Serviço Social da UERJ<sup>3</sup> compondo uma nova equipe de gestão capaz de planejar, propor e efetuar um novo modelo de intervenção para o Serviço Social da PPC.

Isto posto, foram iniciadas as ações de gestão através da elaboração de um plano de trabalho que buscasse criar condições que garantisse, no cotidiano institucional, a indissociabilidade entre ensino-pesquisa-extensão-assistência, uma vez que a unidade de saúde em questão se configura como uma unidade docente-assistencial voltada tanto

---

<sup>3</sup> Esta professora foi substituída em agosto de 2010 pela professora autora deste trabalho, que permanece no cargo de coordenadora do Departamento de Serviço Social da PPC.



para a atenção à saúde da população usuária quanto para a formação profissional, no caso do Serviço Social orientadas pelos princípios e diretrizes curriculares definidos pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). No contexto desta proposta de trabalho, é que se inscreve a pesquisa cujos resultados são aqui apresentados.

Hoje, a Policlínica atende uma média diária de 1.500 pacientes, em seus 29 ambulatórios especializados, através de equipes multiprofissionais.

## **2 RESULTADOS DA PESQUISA**

Como já dito, a pesquisa surgiu da necessidade de avaliar a qualidade dos serviços prestados pelo Serviço Social através do plantão social realizado no âmbito da Policlínica Piquet Carneiro (PPC), objetivando, por sua vez a melhoria da qualidade dos atendimentos à população usuária dos serviços de saúde na instituição.

Tendo por base a dimensão investigativa do processo de trabalho dos assistentes sociais, materializada através da sistematização da prática profissional, tal ação partiu do acumulado de registro dos atendimentos sociais presentes nos respectivos livros de registros do plantão do Serviço Social e constou de duas fases de coleta de dados com objetivo de comparação posterior. O primeiro levantamento compreendeu o período de janeiro a agosto de 2011. Neste período foram pesquisados os três (3) livros utilizados pelas profissionais para o registro dos atendimentos.

Neste sentido foram priorizados, inicialmente, os elementos quantitativos de pesquisa tais como o número de atendimentos do período, o perfil dos usuários, considerando-se o quantitativo por sexo e faixa etária, renda e composição familiar, o número de atendimentos por profissional; entre outros dados mais numéricos. Associados a esses dados, a fim de garantir os elementos qualitativos relevantes para os atendimentos realizados, buscou-se também nos registros levantar dados referentes aos tipos de demandas, encaminhamentos e/ou orientações, solicitações de retorno do usuário.

Após a análise destes dados colhidos na primeira fase, os resultados foram apresentados à equipe de profissionais atuante no plantão social no sentido de que se





pudessem estabelecer um processo coletivo de análise do processo de trabalho da equipe, um melhor dimensionamento da demanda, bem como a identificação de estratégias para melhorar o atendimento prestado.

Assim, visando empreender um estudo comparado e identificar eventuais mudanças na forma de abordagem no atendimento do plantão social aspirando a sua qualificação enquanto instrumento da ação profissional do Serviço Social da PPC, deu-se início em abril a *2ª fase da pesquisa*, onde se analisou os registros de atendimento entre janeiro a agosto de 2012.

Abaixo apresentamos parte dos resultados da pesquisa comparada entre os atendimentos realizados nos dois períodos (2011 e 2012).

Foram verificados 1.104 registros atendimentos (cf. 2.1) Em relação ao mesmo período da primeira pesquisa, houve um aumento de 57% de número de atendimentos de 707 para 1.104.

Pode-se atribuir como um dos motivos do aumento numérico nos atendimentos, a realização do registro dos mesmos por parte de todas as profissionais envolvidas na atividade do plantão, bem como as ações sócio-educativas de sala de espera, ações tiradas como propostas a serem executadas a partir da discussão com a equipe dos dados da 1ª fase pesquisa.

A média de atendimentos diários é de 6,95, considerando-se o total de atendimentos realizados no período, dia divididos pelos dias úteis (cf. 2.2).

Quanto ao perfil dos usuários destaca-se por ser predominantemente feminino. Em 2011 esse número era de 460 mulheres (65% do total) e os homens eram 247 (35% do total). Nos dados de 2012, a tendência se mantém, salvaguardada a proporção numérica do total de atendimentos (1.104), destes as mulheres representam 786 (72%) e os homens 318 (28%).

A faixa etária é predominante adulta, concentra-se entre 40 e 79, correspondendo a 81% do total de 707, da pesquisa de 2011. Em 2012, esses dados foram confirmados, representando essa mesma faixa etária 72% do total de 1.104.

O perfil predominantemente feminino 460 (65%, em 2011) e 786 (72%, em 2012) confirmam as pesquisas que demonstram uma maior preocupação das mulheres com as questões referentes à saúde, enquanto que os homens tendem a protelar a



necessidade de um acompanhamento médico regular, impactando diretamente na sua qualidade e expectativa de vida. Esta questão tem sido inclusive alvo de ações recentes do Ministério da Saúde com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) em 2009.

A concentração de uma população usuária adulta aponta um perfil etário demanda maior utilização dos serviços de saúde. Cabe destacar que de acordo com os dados do ítem anterior (população feminina) as necessidades referentes à saúde da mulher, principalmente àquelas características do final do ciclo reprodutivo e início da menopausa, acarretam na consequente necessidade de cuidados de saúde nesta fase. Cabe ressaltar também que nesta faixa etária já começam a se fazer presentes os sinais decorrentes do “desgaste” do corpo, em decorrência dos anos acumulados de trabalho, salvaguardada as devidas proporções de cada tipo de atividade laborativa. Há de se destacar também o aumento da expectativa de vida da população brasileira, que tem levado, por consequência à maior demanda por assistência médica para a população idosa, ou em processo de envelhecimento, impondo a necessidade de mudanças significativas no formato das políticas de saúde.

Em relação às demandas trazidas pelos usuários 560 (71%, em 2011) foram consideradas satisfeitas, 147 (20%) não satisfeitas. Sendo identificadas em somente 79 dos atendimentos (10%) as chamadas “demandas implícitas e potenciais”. Na pesquisa de 2012, do total de 1.104 atendimentos registrados, 821 demandas explícitas trazidas pelos usuários foram consideradas satisfeitas (65% do total), 283 destas demandas não foram satisfeitas (23%) e em 152 dos atendimentos houve especificação de identificação de demandas implícitas e potenciais (12%). Há, portanto, a manutenção proporcional de cada tipo de demanda no comparado entre os dois anos.

Em relação às demandas não satisfeitas cabe destacar que assim o foram consideradas pelos seguintes fatores: inadequação às competências profissionais do Serviço Social (sendo assim dirigido a um outro setor competente), ou pela insuficiência do próprio equipamento na oferta de serviços (sendo assim sendo redirecionados aos equipamentos externos, quer de proteção social, quer de outros do próprio SUS).

Outra questão a ser considerada é que, muitas vezes, mesmo os usuários não tendo suas demandas espontâneas atendidas, por meio do instrumental da entrevista



social, foi possível em alguns casos, a identificação de outras demandas até então subjacentes e tão importantes no processo saúde-doença.

O percentual de 23% de demandas não satisfeitas (20% em 2011), revela, em parte, o quanto de demanda reprimida “bate à porta” do Serviço Social, apontando os “gargalos” do acesso à saúde. Por outro lado, o conhecimento dessas debilidades do acesso são dados de extrema relevância para apontar aos gestores dos serviços de saúde os déficits e as debilidades no âmbito da responsabilização do Estado no tocante às necessidades de saúde da população.

As demandas mais recorrentes são as relacionadas as consultas e marcações de exames (228), variando entre pedido de esclarecimento quanto a dias de marcação, especialidades disponíveis na PPC e pedido de referência de especialidades fora da instituição. Seguida da solicitação do Vale Social e Rio Card (136).

O baixo número de identificação das demandas implícitas e potenciais identificadas revela, por sua vez, que a urgência das demandas espontâneas tem se sobrepujando ao atendimento mais qualificado, no qual a identificação mais apurada de necessidades não claramente explicitadas pelo usuário poderiam ser identificadas e trabalhadas pelo profissional no contexto do atendimento.

Nesse sentido, Monteiro (2010) reitera algumas práticas constantes no âmbito do plantão social no qual “os assistentes sociais trabalham em sua grande parte com foco no procedimento, ao passo que são realizados encaminhamentos de acordo com a problemática que lhe é apresentada”.

Outro fator interessante a ser problematizado é a constante necessidade de que o profissional em sua prática não reduza as demandas que lhes chegam individualmente enquanto tais, pois na verdade elas não são reivindicações pessoais, ao contrário, são, para Vasconcelos (2009b) “demandas coletivas”, na medida em que são sinalizações da população usuária a respeito das reiteradas “falhas no Sistema de Saúde”. Assim sendo elas representam um indicativo da ação do Serviço Social na superação dos limites institucionais (Vasconcelos, 2009, p.251-252). Pode-se vislumbrar através do olhar para necessidades apresentadas, tanto as conscientes (demandas espontâneas), quanto as inconscientes ou não ditas (demandas implícitas ou potenciais) vislumbrar as múltiplas expressões da questão social expressas nos relatos dos usuários.



Tal “diagnóstico” é condição necessária para a intervenção profissional sobre os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença.

As demandas mais recorrentes identificadas na pesquisa referem-se às orientações ou pedidos de consultas ou exames médicos na instituição. Tal item refere-se desde a orientação acerca de marcação de procedimentos na instituição, passando por indicações de outras instituições na qual é possível ter acesso a determinadas especialidades ou até mesmo pedidos por consultas devido a excepcionalidades (por causa de idade avançada de usuários, deficiências, entre outros). Neste sentido cabe lembrar a observação de Costa (2009) ao falar sobre a natureza do trabalho do assistente social no campo da saúde. A autora destaca que no processo de orientação dos usuários:

a natureza dessa atividade transita entre o controle, o disciplinamento e a ação informativa/educativa, revelando-se como uma atividade ‘supridora’ da inflexibilidade das normas diante da realidade da população, ou como uma ação cujo conteúdo é trabalhar a cultura do usuário e da instituição [...] Mesmo assim, contraditoriamente, essa atividade é determinante de uma outra – o atendimento das “excepcionalidades”- passando a ser constituidora de um novo núcleo de objetivação do trabalho [...] Estas, por sua vez, passam a ser consideradas ‘casos’ que merecem individualização e medidas especiais. No entanto, a visibilidade e a essencialidade dessa ação não são o acaso, são regra (p. 325).

Outro indicador trabalhado na pesquisa foi a natureza das orientações realizadas pela equipe nos atendimentos do plantão social. Aqui também aparecem como mais numerosas na primeira fase do levantamento aquelas relacionadas à Marcação de consultas/ exames e rotinas da PPC (115), seguidas de orientações referentes ao Vale Social/ Rio Card (124). O total de orientações é de 521.

Na segunda fase da pesquisa, a mesma tendência é verificada tendo a marcação de consultas/ exames e rotinas da PPC (288) e Vale Social/ Rio Card (158). O total de orientações em 2012 é de 854, ou seja, dos 1.104 atendimentos realizados no período de janeiro a agosto de 2012, em pouco mais de 77% deles houve algum tipo de orientação.

Um item que revelou ser pouco trabalhado nos atendimentos em 2011 e que na pesquisa de 2012 ainda é pouco presente é o referente aos determinantes e condicionantes de saúde e doença, que só foi sinalizado em 27 dos 707 atendimentos sociais em 2011. Na pesquisa de 2012 ele só aparece em 42 dos 1.104 atendimentos





realizados. Há de se considerar que este deveria ser uma das atividades mais recorrentes no trabalho do assistente social no âmbito da Saúde, conforme sinaliza Costa (2009, p. 316 e 325s).

É ainda ausente nos registros discussões/reflexões com a população usuária sobre o direito à Saúde, bem como o fomento em participações tais como Conselhos, ouvidorias, Conferências etc. Este assunto seria de extrema importância diante de um quadro político-econômico no qual as políticas sociais encontram-se ameaçadas e em processo de “desmonte”. A queixa frequente encontrada nos relatos sobre as dificuldades de acesso, a escassez de vagas na unidade dentre outros problemas, poderia ser tomados pelo profissional como um ponto de partida para a instrumentalização política dos usuários no sentido da luta coletiva pela melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Outros indicadores foram ainda analisados pela pesquisa a partir dos registros dos livros de atendimento do plantão mas que não serão aqui apresentados porque extrapolariam o espaço desta apresentação. Tais indicadores são: origem dos encaminhamentos (internos e externos à unidade) recebidos pelo Serviço Social; tipos de encaminhamento (internos e externos à unidade) realizados pelo Serviço Social; solicitações de retorno/acompanhamento dos casos atendidos; renda familiar e a situação de trabalho dos usuários.

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A análise dos dados gerados pela pesquisa e sua apropriação pela equipe do Serviço Social da PPC / UERJ mostrou-se um instrumento valioso no sentido de um conhecimento mais apurado sobre as demandas de saúde e outras demandas sociais que chegam ao serviço, propiciou também um olhar crítico do setor sobre o seu próprio processo de trabalho e seu papel institucional. Ademais, a realização da pesquisa atende à missão institucional da unidade cujo modelo docente assistencial busca a inovação e a qualidade da atenção prestada ao usuário ao mesmo tempo em que se coloca como espaço de treinamento e formação profissional.



Neste sentido, considera-se estratégias de qualificação do serviço como estas essenciais à construção do SUS democrático e capaz promover saúde, principalmente em meio a um contexto onde prevalecem as dificuldades de acesso, o financiamento insuficiente do sistema e a privatização dos serviços com a entrada massiva das Organizações Sociais na gestão e prestação dos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, com baixa regulação estatal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COSTA, Maria D. H. *O Trabalho nos Serviços de Saúde e a inserção dos(as) Assistentes Sociais*. In: *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. Ana Elizabeth Mota [et. al.], (orgs), São Paulo: Cortez, OPS/OMS, Ministério da Saúde, 2009. pp. 304-351.

HORTALE V.A. et al. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* n. 16, 2000.

MONTEIRO, F. de O. *Plantão Social: espaço privilegiado para a identificação/notificação de violência contra criança e adolescentes*. In: *Serviço Social e Sociedade*. nº 103. São Paulo: Cortez. 2010.

VASCONCELOS, A. M. *Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde*. In: *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. Ana Elizabeth Mota [et. al.], (orgs), São Paulo: Cortez, OPS/OMS, Ministério da Saúde, 2009b, pp.242-272.