SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: uma prática educacional que fortalece o SUS

Paola Cordeiro Pessanha Campos[1]

RESUMO
Diante do cenário pandêmico causado pelo vírus da covid-19, a qual o mundo foi acometido, o presente artigo busca refletir sobre a saúde que compõe o tripé da seguridade social (juntamente com a previdência social e assistência social) enfatizando o Sistema único de saúde, sua história e importância, bem como os desmontes sofridos nos últimos tempos, e como os assistentes sociais podem contribuir para o fortalecimento das políticas sociais através da natureza educacional da profissão.

Palavras-chave: Saúde. Prática Educacional. Serviço Social.

ABSTRACT

Faced with the pandemic scenario caused by the covid-19 virus, which the world was affected, this article seeks to reflect on the health that makes up the tripod of social security (along with social security and social assistance) emphasizing the Unified Health System, its history and importance, as well as the dismantlings suffered in recent times, and how social workers can contribute to the strengthening of social policies through the educational nature of the profession.

Keywords: Health. Educational Practice. Social Service.

1. INTRODUÇÃO

Diante do atual cenário de pandemia causada pelo vírus covid 19 em que tem sua grande e rápida capacidade de letalidade, assistimos a superlotação dos leitos de hospitais, isolamento social, medo e inseguranças presentes na sociedade. Neste momento, as desigualdades ganham mais visibilidades e a necessidade de proteção do Estado aumenta, porém junto ao cenário pandêmico, temos a crise constante do sistema neoliberal e no momento em que precisamos da garantia, plena efetivação dos direitos sociais, do acesso a saúde, temos os sucateamentos, desvalorizações, tentativas de privatizações de um direito de todos e dever do Estado.

[1] Assistente Social. Especialista em Gestão de Políticas Públicas para Família, Infância e Juventude. Mestre em Serviço Social pela PUC-SP. Doutoranda em Política Social pela UFF – Niterói. E-mail: paolacordeiro_@hotmail.com.

Precisamos conhecer a história, o processo em que os direitos foram conquistados e a importância deles em nossas vidas para que nos mobilizemos e lutemos por eles, pois a realidade é movimento, contradição e os direitos garantidos podem ser perdidos.

Nessa perspectiva de conhecer, conscientizar, agir, transformar que a educação tem um papel fundamental e age enquanto um caminho de esperança para mudanças e o serviço social enquanto uma profissão eminentemente interventiva e educacional tem um papel fundamental na garantia dos direitos e na conscientização da população usuários para tais direitos, fortalecendo assim não só o SUS mas todas as políticas sociais.

Sendo assim, o presente artigo tem como objetivo refletir sobre o Sistema único de Saúde, os rebatimentos dessa política nessa fase de desmonte das políticas públicas, principalmente no período pandêmico, e a importância do Serviço Social enquanto uma profissão com natureza educacional que contribui nos processos de socialização de informações e mobilizações das classes que vivem do trabalho. A pesquisa bibliográfica e a análise de dados subsidiaram a confecção deste artigo. Iniciaremos com um breve resgate histórico da saúde no Brasil até os dias atuais, para entendermos a importância do SUS e abordaremos em seguida a profissão do assistente social, bem como a sua natureza educacional.

2 BREVE RESGATE HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL ATÉ OS DIAS ATUAIS:

No período do Brasil colônia em que tínhamos uma sociedade rural voltada para exportação de materiais agrícolas e minerais, com um regime escravagista a saúde tinha como predominância o tratamento de doenças e pestilências, entre elas a varíola e febre amarela, era uma organização precária dos serviços de saúde que se localizavam predominantemente na cidade do Rio de Janeiro, antiga Capital do Brasil. No século XIX temos no Brasil o surgimento das associações de socorro mútuo, eram associações sem fins lucrativos formada voluntariamente, com o

objetivo de promover auxílio aos seus membros, baseados no mutualismo, essas associações foram influência dos italianos que migravam para o Brasil.

> Epidemias de doenças transmissíveis, em particular a febre amarela e a malária, produziram um impacto dramático de mortalidade nas cidades e nos principais canteiros de obras localizados nos países periféricos, causando prejuízo ao comércio e dificultando a expansão do capitalismo. A solução, na época, veio sob a forma de incentivo público às pesquisas biomédicas, sobretudo àquelas dirigidas às doenças tropicais e à formação de equipes de trabalho organizadas em moldes militares, capazes de intervir com disciplina e eficácia quando necessário. Estavam criadas as campanhas sanitárias. O sucesso dessas campanhas sanitárias destacou-se tanto por seus resultados no controle de processos epidêmicos, como pelo exemplo de articulação entre o conhecimento científico, a competência técnica e a organização do processo de trabalho em saúde. (FUNASA, 2017)

Em 1900 foi criado o Instituto Soroterápico Federal, com o objetivo de fabricar soros e vacinas contra a peste.

> Conhecido como Túmulo dos Estrangeiros, o Rio de Janeiro do início do século 20 era considerado um desafio ao desenvolvimento do país. O Presidente Rodrigues Alves, ciente da importância de ter uma capital moderna, estabeleceu como prioridade o saneamento e a reforma urbana da cidade. Para isso, convidou o engenheiro Pereira Passos para a Prefeitura e o sanitarista Oswaldo Cruz para a Diretoria Geral de Saúde Pública, o que iria inaugurar a nova era para a higiene nacional. Ampliou as atividades do Instituto Soroterápico Federal, que não mais se restringiu à fabricação de soros, mas passou a dedicar-se também à pesquisa básica e qualificação de recursos humanos. (FUNASA,2017)

Desse período do Brasil Colônia até a década de 1930 a saúde não tinha uma organização institucional para as ações desenvolvidas. As práticas seguiam uma linha higienista de sempre culpabilizar os pobres, os mais desfavorecidos pelas condições de saúde, de pobreza.

> A polícia sanitária adotava medidas rigorosas para o combate ao mal amarílico, inclusive multando e intimando proprietários de imóveis insalubres a demolí-los ou reformá-los. As brigadas; mata-mosquitos percorriam a cidade, limpando calhas e telhados, exigindo providências para proteção de caixas dágua, colocando petróleo em

> ralos e bueiros e acabando com depósitos de larvas e mosquitos. (FUNASA,2017)

Na década de 1930, verificamos a saúde se organizar de duas formas: Saúde pública e medicina previdenciária. A saúde pública centrou em condições sanitárias mínimas para as populações urbanas, enquanto a medicina previdenciária[2] era restrita a algumas categorias de trabalho, ganham uma relevância somente na década de 1960[3]. Os demais que não tinham condições de pagar pela saúde e nem eram atendidos pela medicina previdenciária dependiam das associações sem fins lucrativos, como por exemplo, as Santas Casas de Misericórdia e óbvio que nem todos tinham acesso a saúde, ocasionando altos índices de mortalidade e uma baixa expectativa de vida.

Em 1953 temos a criação do Ministério da Saúde, regulamentado pelo Decreto nº 34.596, de 16 de novembro de 1953 (Lei nº 1.920, de 25/7/1953). Essa criação do ministério da saúde propiciou a maior presença do Estado na saúde , até então:

> [...]quando houve uma maior organização dos serviços, criação de departamentos específicos para cada finalidade. O Ministério da Saúde era responsável pela formulação de políticas nacionais de saúde, de alimentação e de nutrição, assim como pelas ações de atenção à saúde de interesse coletivo.(MANSUR, 2001)

Na década de 1960 surgia nos Estados Unidos uma corrente sanitarista que buscava uma prevenção e atenção à saúde, mas sem alterar o modelo liberal. E no Brasil vivia-se um período de desenvolvimento com autonomia e crescimento limitados, quando tais possibilidades financeiras jamais seriam alcançadas. Desde a

---

[2] As primeiras instituições de proteção social foram as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's) instituídas pela lei Elói Chaves em 1923, porém somente algumas categorias profissionais eram beneficiadas. Na década de 1930 os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's) foram criadas e nesse momento houve uma mudança na postura do Estado, pois ele passa a assumir sua atribuição em relação a proteção social, sendo co-financiador e co-gestor. E com os institutos aumenta o número de trabalhadores segurados, ampliando assim a proteção.

[3] Somente na década de 1960 com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) tivemos uma padronização dos serviços de saúde e todos os segurados tiveram direitos independente do instituto a qual fosse filiado. Em 1966 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) todas as instituições previdenciárias setoriais foram unificadas. Em 1977, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) foi criado para ser um suporte à saude.

criação do ministério da saúde em 1953 até os dias atuais na política de saúde , no que tange o financiamento sempre foi inferior ao previsto, isso impactava e ainda impacta nas populações mais desfavorecidas, que não tem acesso aos seus direitos.

Segundo SCOREL (2008), alguns departamentos médico preventivos começaram a questionar esse modelo preventivista de atenção à saúde, o considerando falho na transformação da realidade sanitária do país. Surgem as influências marxianas e a teoria social da saúde serve de base para o movimento da saúde coletiva.

> A teoria social da medicina adotou como conceitos básicos a determinação social da doença, a historicidade do conceito saúde-doença, o processo de trabalho, o poder médico e a medicalização. Com conceitos estratégicos, a abordagem médico-social adotaria uma prática política e a consciência sanitária como parte da consciência social, visando, a partir dessa prática, a uma transformação social. Buscando um relacionamento entre a produção do conhecimento e a prática política, a universidade tomou o campo das políticas públicas como arena de atuação. Nascia o movimento sanitário cuja organização transcendeu seu objetivo especifico, envolvendo lutas mais gerais daquele momento: a democratização do país e o fortalecimento das organizações da sociedade civil . (SCOREL,2008)

Todo esse processo que vinha fomentando na sociedade, a pressão por uma assistência médica e em 1986 tivemos a Conferência Nacional da Saúde , com a participação pela primeira vez dos usuários do sistema de saúde e essa Conferência teve um papel importante para que em 1988 a saúde entrasse na constituição federal enquanto um direito social, compondo a seguridade social junto da assistência social e previdência social, pois no relatório final da conferência incluía a aprovação da unificação do conceito de saúde. “O conceito ampliado de saúde, o direito de cidadania e dever do Estado e a elaboração de novas bases financeira do sistema e a criação de instâncias institucionais de participação social. “ (SCOREL,2008)

Em 1990 temos a promulgação da lei 8080/90 para que a implementação do SUS seja feita e salientamos que contraditoriamente nesta mesma década temos o

avanço do neoliberalismo. Esse direito garantido por lei, não é um direito efetivado em sua totalidade na prática e por mais que o direito a Saúde seja uma cláusula pétrea (Ou seja, tendo limitações ao poder de reforma, não podendo ser alteradas), as leis que a regulamentam são leis complementares e/ou ordinárias e essas sim podem ser alteradas, e com isso o desmonte desse direito pode ocorrer e vem sendo ameaçado constantemente. Como por exemplo o decreto 10.530 de 2020, já revogado mediante pressão da sociedade, mas com riscos de ser reeditado, o decreto previa a viabilização de parcerias com a iniciativa privada, ou seja , o primeiro passo para um privatização das unidades básicas de saúde, essas unidades são portas de entrada para o acesso ao SUS e embora exista as "brechas" na lei que permitem as parcerias com a iniciativa privada[4], o grande problema é que os objetivos são distintos , a lógica da iniciativa privada é sempre obter o lucro, enquanto o SUS visa garantir um direito a saúde enquanto um acesso a cidadania. Precisamos reforçar o direito e a privatização traz além da lógica de obtenção de lucros, traz a idéia do favor e pagamos por isso através dos tributos, não é favor, é direito.

Atualmente vivemos uma pandemia causada pelo vírus covid 19, com um número de 20.752.281 de infectados e 579.574 óbitos[5] e esses números tendem a aumentar com a nova variante do vírus (chamada de Delta). Neste momento de pandemia, de fragilidade dos pacientes e trabalhadores, do medo e pânico das pessoas, precisamos ainda mais do sistema único de saúde fortalecido, sendo ampliado e atendido em sua totalidade, mas o que assistimos é o total descaso com a saúde e a população, são vários escândalos políticos, desvios de dinheiro, aglomerações em função das eleições municipais no ano passado e o presidente que totalmente despreparado, adota uma postura irresponsável e menospreza o vírus que tem uma capacidade letal grande e rápida, tivemos um grande número de infectados e mortos, como citados acima.

[4] CF 88 - Art.199 Paragráfo" 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucartivos."
[5] Dados oficiais disponível em : <covid.saúde.gov.br> acesso em :30 ago. 2021

Todos nós utilizamos o SUS , esse direito universal, garantido no art.196 pela CF 88

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

No artigo 6º da lei 8080/90, dispõe todos os atributos incluídos no campo da atuação do SUS:

> I - a execução de ações: a) de vigilância sanitária; b) de vigilância epidemiológica; c) de saúde do trabalhador; e d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; IV - a vigilância nutricional e orientação alimentar; V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho; VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas, para consumo humano; IX - participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico; XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados. § 1º - Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. § 2º - Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. § 3º - Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo: I - assistência ao trabalhador vítima de acidente

> de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho; II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde-SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador; IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam á saúde; V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e a empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional; VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas; VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração, a colaboração das entidades sindicais; e VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

Conforme posto na lei, podemos verificar que todos nós utilizamos o SUS, quando tomamos vacinas em postos de saúde é o SUS, se vamos a um restaurante, compramos alimentos, recebemos água tratada em casa são serviços fiscalizados pela vigilância sanitária que é responsabilidade do SUS, transplante de órgãos é exclusivo do SUS, quando ocorre algum acidente e ligam para ambulância , o atendimento é feito pelo SUS, tratamento para HIV é realizado no SUS, o Programa farmácia popular que oferece medicamentos gratuitamente é do SUS, entre outros.

Algumas frases que são recorrentes na sociedade brasileira sobre o SUS, dizendo que não é bom, a idéia de que o público não é de ninguém, logo pode ser destruído e sucateado e a lógica deveria ser inversa, o público é de todos, logo precisaria de um cuidado ainda maior, e frases que depreciam o SUS, só contribui para o sucateamento do mesmo e precisamos fortalecer o sistema, como vimos acima todos usam o SUS, independente da classe social.

Só defendemos aquilo que conhecemos e que faz sentido para nós, então é extremamente importante conhecermos os nossos direitos e compreendermos a atuação deles em nossas vidas, para que possamos nos unir e agir (resistência e

ação) e nesse sentido a atuação do assistente social é importante, pois viabiliza esse processo na população usuária.

2 Serviço Social e dimensão educacional: Viabilizando mobilizações e ações

O serviço social é uma profissão inscrita na divisão sociotécnica do trabalho e tem como eixo principal responder às expressões da questão social, decorrentes das contradições entre o capital e trabalho, presentes na ordem social vigente. É uma profissão direcionada por seu projeto ético-político, cujos componentes fundamentais se estruturam no Código de Ética Profissional, Lei 8662/93, de 1993, e nas diretrizes curriculares de 1996. Trata-se de uma profissão eminentemente interventiva e de natureza educacional, social e política, que trabalha com as demandas inerentes às vulnerabilidades sociais[6], resultantes das sérias desigualdades provocadas pelo sistema capitalista.

A divisão sociotécnica do trabalho separou os produtores de conhecimentos dos interventores da realidade. Embora o Serviço Social não seja uma ciência, seus profissionais produzem conhecimentos a partir de suas práticas, de suas investigações, e os resultados destas ações transformam-se em suportes para uma intervenção que se pretende de qualidade na realidade com a qual o profissional trabalha. Para a intervenção profissional, o assistente social transita entre três dimensões que formam sua base epistêmica: teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa.

A perspectiva teórico-metodológica refere-se especialmente aos conhecimentos fundamentais relativos ao social, à conjuntura e à correlação de forças existentes entre as dimensões sociais, políticas, econômicas e culturais, em que o profissional está inserido. As teorias e os caminhos metodológicos são

[6]Segundo Castel (1997: p.26), "Vulnerabilidade social é uma zona intermediária instável, que conjuga a precariedade do trabalho e a fragilidade dos suportes de proximidade[...]". Esse termo consegue captar situações intermediárias de riscos localizadas nos extremos, tanto na inclusão quanto na exclusão, dinamizando os estudos das desigualdades. "É a vulnerabilidade que alimenta a grande marginalidade ou a desfiliação"(Idem). Sposati (2009: p.34) afirma que: "A ideia de vulnerabilidade social indica uma predisposição à precarização, vitimização, agressão".

condições para a ação, permitindo entender a essência e o movimento dos fatos, possibilitando a criação de estratégias de intervenção profissional.

A dimensão ético-política consiste no direcionamento da profissão. Não somos profissionais neutros e nosso trabalho, exercido em um campo em que há correlação de forças contraditórias, requer um posicionamento político-social definido e dirigido às classes subalternas.

Na dimensão técnico-operativa, o profissional precisa de conhecimentos relativos para a instrumentação necessária do agir profissional, criando estratégias e dispondo de habilidades técnicas capazes de corresponder às demandas dos usuários.

O assistente social embasa suas ações a partir de movimentos críticos e reflexivos, tendo por suporte especialmente a teoria marxista, apoiado em algumas categorias analíticas, como a totalidade, a mediação, a negação, entre outras, que auxiliam nos estudos de natureza conjuntural e crítica da sociedade. Como profissão essencialmente interventiva, importa a formação de um pensamento crítico, considerado a partir de análises macroconjunturais explicativas sobre a realidade social e o contexto de tal realidade, com o propósito de produzir ações capazes de viabilizar mudanças sociais.

O pressuposto de que a prática do Serviço Social é educativa e sua natureza educacional tem suporte nas diretrizes e no projeto ético-político do curso. A propositura em trabalhar com os usuários a acessibilidade aos direitos sociais e humanos, a cidadania, a emancipação, entre outras questões, está na esteira de um processo educacional, social e político contínuo.

Segundo Cunha (1999, p.284), a palavra “educação” é de origem latina (*educatio*), e significa “processo de desenvolvimento da capacidade física, intelectual e moral [...]”. A educação é um processo de transformação e, através dela, abre-se um campo de possibilidades, de mediações analíticas críticas.

Como afirma Herbert Read (2001: p.6): “O objetivo da educação, portanto, só pode ser o de desenvolver, juntamente com a singularidade, a consciência social ou reciprocidade do indivíduo”. A educação, em um sentido amplo, é um processo de socialização que se dá desde o desenvolvimento embrionário, e esse processo vai se expandindo a partir das relações sociais e culturais estabelecidas entre os homens.

Paulo Freire (2015) nos ensina que a educação “é uma forma de intervenção no mundo”. Essa intervenção, para além dos ensinamentos e aprendizagens dos conteúdos, não implica de forma dialética e contraditória na reprodução da ideologia dominante e no seu desmascaramento. Para o autor, é:

> Um erro decretá-la como tarefa apenas reprodutora da ideologia dominante como erro é tomá-la como uma força de desocultação da realidade, a atuar livremente, sem obstáculos e duras dificuldades. Erros que implicam diretamente visões defeituosas da história e da consciência. De um lado, a compreensão mecanicista da história que reduz a consciência a puro reflexo da materialidade, de outro, o subjetivismo idealista, que hipertrofia o papel da consciência no acontecer histórico.(p.96)

Tanto professores como assistentes sociais, no decorrer de suas práticas, tomam posições, decidem por determinadas direções e, numa perspectiva dialética, fomentam rupturas, escolhas.

> Não posso ser professor a favor de quem quer que seja e a favor de não importa o quê. Não posso ser a favor simplesmente do homem ou da humanidade, frase de uma vaguidade demasiado contrastante com a concretude da prática educativa. Sou professor a favor da decência contra o despudor, a favor da liberdade contra o autoritarismo, da autoridade contra a licenciosidade, da democracia contra a ditadura de direita ou de esquerda. Sou professor a favor da luta constante contra qualquer forma de discriminação, contra a dominação econômica dos indivíduos ou das classes sociais. Sou professor contra a ordem capitalista vigente que inventou esta aberração: miséria na fartura. Sou professor a favor da esperança que me anima apesar de tudo [...](Freire, 2015, p.100)

Poderíamos, nessa citação, substituir o “professor” pelo “assistente social”, pois essas ideias compactuam diretamente com nossos propósitos e expressam o projeto ético-político profissional.

Partilhamos da concepção de Paulo Freire (2016) sobre o sentido da educação, quando afirma que está centrada na humanização. O autor defende uma educação emancipatória; para ele, aprender é um ato revolucionário e os indivíduos, através de processos de aprendizagens coletivas, devem ser capazes de aprender seu lugar, seu papel histórico como sujeitos protagonistas de sua história e, portanto, de transformá-la. E defendemos a idéia de que a dimensão educacional é um caminho da esperança, no sentido de que podemos transformar a realidade a partir das ações profissionais com esse caráter educacional e emancipatório, para além de viabilizar direitos.

Embora a dimensão educacional esteja presente nas ações dos assistentes sociais e seja constitutiva do Serviço Social, ela não é muito discutida no âmbito da profissão e da formação, como verifiquei na pesquisa bibliográfica feita para minha dissertação, a constatação do reduzido número de publicações sobre a temática. De modo geral, não percebem a dimensão educacional durante o processo de formação, e somente no exercício da prática os profissionais começam a notar o sentindo educacional da profissão e sua importância. Isso demonstra a necessidade de maior discussão sobre o assunto nos fóruns de debates da profissão.

3 CONCLUSÃO

Em suma, podemos afirmar que o Sistema Único de Saúde é um direito garantido em lei, mas nem sempre garantido na materialidade da vida das pessoas, sendo necessário muitas lutas e resistência para ser efetivado em sua integralidade. Importante salientar que as judicializações ajudam a garantir o acesso, mas o direito foi conquistado coletivamente e serão os caminhos coletivos que levarão a ampla garantia deles, sendo a judicialização um caminho que pode fomentar ainda mais a desigualdade.

O direito no “papel” e a luta pela efetivação na vida das pessoas, porém assistimos um movimento inverso, de desmonte daquilo que nunca foi implantado em sua totalidade, estando sempre em risco. Como observamos ao longo do texto o SUS enquanto um direito social pertencente à seguridade social, foi uma grande conquista para a sociedade brasileira e só foi possível mediante as participações e mobilizações da população, a influencia dos intelectuais e profissionais atuantes, como o médico sanitarista Sérgio Arouca.

Hoje mediante o cenário de pandemia, em que a população mais necessita das proteções sociais, assistimos horrorizados a ameaça e o desmonte do sistema de proteção social , tornando ainda mais visível as desigualdades desse país e segundo MBEMBE (2018) a necropolítica, a política da morte, pois o Estado escolhe quem morrerá.

Diante de todo esse cenário ressaltamos a importância dos (as) assistentes sociais que tem um papel fundamental para além de viabilizar a garantia de direitos, mas também para conscientizar a população usuário, pois só com o conhecimento , com a educação poderemos transformar, mudar e só aprendemos aquilo que julgamos importante para nós, aquilo que faça sentido e entender que o SUS é um direito de todos e dever do Estado, e todos se beneficiam dele, só nos faz continuarmos na resistência e na ação para que o direito seja mantido na sua integralidade e ampliado.

REFERÊNCIAS

ABREU, Marina Maciel. **Serviço Social e a organização da cultura**:perfis pedagógicos da prática profissional. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2016.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, set. 1990.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**.

CASTEL, Robert. **A dinâmica dos processos de marginalização**: da vulnerabilidade a "desfiliação". Caderno CRH, Salvador, n.29/27,p.19-40,jan./dez.1997.

CUNHA, Antônio Geraldo da.**Etimológico nova fronteira da língua portuguesa**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1999.

Escorel, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. IN Giovanella, Lígia & Escorel, Sarah & Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa & Noronha, José de Carvalho & Carvalho, Antonio Ivo (Orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2a edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: Saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

FUNASA,Fundação Nacional da Saúde. **Cronologia Histórica da Saúde Pública**. Ministério da Saúde. Brasil. 2017. Disponível em : < http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica> Acesso em 29 ago. 2021.

MANSUR, Marilia Coser. **O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990**.[mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública;2001.

Mbembe, Achille. Necropolítica. São Paulo: N-1 Edições, 2018.

Mendes, Áquilas & Funcia, Francisco & Benevides, Rodrigo. O SUS necessita muito mais do que aplausos, gratidão e reconhecimento tardio: precisa de mais recursos para enfrentar o Covid-19 e para consolidar o sistema universal de saúde. Disponível em: http://idisa.org.br/domingueira/domin gueira-n-21-maio-2020#a0

Noronha, José Carvalho & Lima, Luciana Dias & Machado, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. IN Giovanella, Lígia & Escorel, Sarah & Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa & Noronha, José de Carvalho & Carvalho, Antonio Ivo (Orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2a edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

READ, Herbert. **A Educação pela Arte**. Trad. Valter Lellis Siqueira. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

Santos, Lenir & Funcia, Francisco R. Histórico do financiamento do SUS: Evidências jurídico-orçamentárias do desinteresse governamental federal sobre a garantia do direito fundamental à saúde. Disponível em: http://idisa.org.br/domingueira/domin gueira-n-21-maio-2020#a0

Silva, Ademir Alves. Sinopse das Políticas Sociais Brasileiras na legislação social. IN Silva, A.A. Políticas Sociais: arenas de lutas por acesso à riqueza social. São Paulo: Veras Ed. 2016

SPOSATI, Aldaíza. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In: **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília: Ministério do desenvolvimento social e combate à fome, Unesco,2009.