



REMANDO CONTRA A MARÉ: o Sistema Único de Saúde no Brasil e a inserção do serviço social

Maria Cristina Silva Pereira¹

Resumo: Este artigo tem como objetivo discutir algumas transformações ocorridas na política de saúde no Brasil e as configurações pelas quais os profissionais do Serviço Social se inserem neste processo, no sentido de atenuar os conflitos referentes ao que é “prestado e como é prestado” a população usuária do SUS. A precária intervenção do Estado, a “refilantropização” da questão social e a mercantilização dos serviços sociais implicam no deterioramento da maioria dos serviços de saúde proporcionados à população brasileira ampliando significativamente as filas de espera para uma consulta ou para um leito, ocasionando em mortes ou agravamento da doença.

Palavras-chave: Política de saúde, SUS, serviço social.

Abstract: This article aims to discuss some changes in health policy in Brazil and the settings in which professionals of Social Works in this fall, to mitigate the conflicts related to that "provided and is provided as" the population SUS. The intervention of the precarious state, "refilantropização" issue of commercialization of social services and social implications in the deterioration of most health services provided to the Brazilian population increasing significantly the queues of waiting for a query or a bed, resulting in deaths or worsening of disease.

Key words: Health policy, SUS, social works.

¹ Assistente Social. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: mcris@pop.com.br



INTRODUÇÃO

A política de saúde no Brasil, nos anos de 1970, constitui-se como um modelo médico assistencial privatista. As conjunturas políticas e econômicas desfavoráveis do período, geradas pelo fim do “milagre brasileiro” e pela crescente crise sócio-econômica, põe em “xeque” o modelo de saúde pública vigente na época, pois o mesmo não permitia atendimento satisfatório à totalidade da população brasileira, beneficiando a classe dominante em detrimento da maioria da população. Desta forma, o modelo médico assistencial privatista entra em crise no final dos anos 1970 devido não somente as contradições inerentes ao sistema de saúde, mas também devido a prática médica dominante que baseava-se em aspectos curativos reabilitadores e incapazes de alterar as taxas de morbimortalidades (MENDES, 1995).

No Brasil, as políticas de saúde sofreram com os cortes nos gastos sociais que se generalizaram, comprometendo direitos sociais concedidos constitucionalmente. Neste contexto, o Serviço Social na área da saúde convive com uma tensão entre a defesa dos direitos sociais e a diminuição de oferta desses direitos por parte do governo. De acordo com Iamamoto (2002), se de um lado temos um projeto de caráter universalista e democrático, concedido a partir da política de Seguridade Social instituída na Constituição Federal de 1988, que tem por princípio o avanço da democracia, a universalização dos direitos, a gratuidade do acesso aos serviços etc., por outro, temos um estado em vias de desmantelamento, que não contribui para essa extensão dos direitos.

O DETERIORAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.

A década de 1980 no Brasil configurou-se em uma busca de soluções e reconfigurações da política de saúde, no contexto de transição democrática e de crise econômica, surgindo dois projetos sanitários: o primeiro, hegemônico, vinculado ao mercado, defendido pelos neoliberais é caracterizado por ser uma proposta conservadora, de reciclagem do modelo assistencial privatista; o segundo, contra-hegemônico, caracterizado pela defesa de uma proposta de Reforma Sanitária, cujo objetivo “é assegurar que o Estado atue em função da sociedade pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte pela saúde” (BRAVO, 2007, p. 12).

Em 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde que se constituiu no ápice da formatação político-ideológico do Projeto de Reforma Sanitária no Brasil,



constituindo-se no projeto modernizador e democratizante de ampliação da consciência sanitária dos cidadãos (BRAVO 2007). A Reforma Sanitária ampliou o conceito de saúde ao mostrá-la como resultado das condições de alimentação, habitação, renda etc. Além disso, mostrou que a saúde é um direito de cidadania e dever do Estado, como também propôs uma reformulação no Sistema Nacional de Saúde. O Sistema Único e Descentralizado de Saúde – SUDS – antecipa-se ao Sistema Único de Saúde – SUS, mas já incorpora os princípios defendidos pela Reforma Sanitária, ou seja, a “universalização, integralidade da atenção, regionalização e hierarquização, descentralização do processo decisório, democratização das instâncias gestoras e políticas integradas de recursos humanos” (MENDES, 1995, p. 43). O SUDS, não conseguindo superar as relações intermediárias entre o Estado e a sociedade civil e reforçando os mecanismos de universalidade excludente caracterizado pelo clientelismo e corporativismo foi extinto em 1990 com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde – LOS. Instituído pela Constituição de 1988, o SUS constitui-se como um sistema de Seguridade Social, englobando três princípios: universalidade, descentralização e hierarquização.

Nesse período, o neoliberalismo, enquanto proposta política acentuou-se através da privatização, da descentralização e da focalização. Cohn (1999, p. 27) nos mostra que:

[...] a questão que se coloca hoje, para o setor saúde, no interior da transição democrática, alias como para os demais setores, é exatamente como conciliar as profundas desigualdades sociais que marcam a sociedade brasileira com a democracia, num contexto de crescente invisibilidade social da desvalorização das políticas sociais no geral reforçadas pelo discurso da eficiência e da moralização administrativa, tão atual hoje no país, e exatamente quando se propõe a universalização desses direitos sociais.

O problema que surge em todo esse processo relaciona-se com a pequena força política dos segmentos mais pobres e sua conseqüente desorganização em conjunto com a pouca sensibilidade social dos neoliberais, provocando a transformação das políticas públicas em uma neofilantropia.

A política de saúde foi profundamente prejudicada no governo de Fernando Henrique Cardoso – FHC, pois nesse período ocorreu o processo de universalização excludente, ocorrendo em conjunto, o racionamento de gastos e não por investimento no setor. Tal processo ocorreu devido, a classe média da sociedade ter migrado para o setor privado através dos planos de saúde deixando o SUS para os que não podiam pagar planos privados de saúde (GIOVANELLA *apud* CAMILO, 2001). A Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira – CPMF, apresentada como salvação da saúde possibilitou



apenas um pequeno aumento nos gastos com a saúde, pois os “recursos gerados pela CPMF foram desviados de sua destinação pelo governo FHC” (NETTO, 1999, p. 83).

A falta de recursos, ou seja, os valores irrisórios repassados pelo Governo Federal para os hospitais públicos implicam no deterioramento da maioria dos serviços prestados ampliando significativamente as filas de espera para uma consulta ou até mesmo para obtenção de um leito, ocasionando em mortes ou agravamento da doença, o que poderia ser evitado por meio de uma rede básica de serviço, na qual o diagnóstico precoce pudesse ser realizado, evitando maiores custos, segundo Costa (2000, p. 43).

O grau de exposição da população a doenças passíveis de prevenção por ações básicas de saúde não tem apresentado redução, seja pelo déficit de oferta, seja por insuficiência de uma política de educação sanitária. Em consequência, os usuários procuram os serviços quando já estão doentes, resultando cada vez mais no aumento da demanda por ações curativas individuais. Por outro lado, o temor de enfrentar intermináveis filas de espera inibe os usuários de procurar o serviço antes da deflagração aguda das doenças.

O Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS realizou uma pesquisa na qual constatou as principais reclamações dos usuários do SUS: as filas nas emergências dos hospitais, a demora na realização de exames e cirurgias e a incapacidade das unidades de saúde acolher os pacientes. Também foi constatado que o SUS presta serviços a 90% da população brasileira (BRAVA 2004).

O resultado desta pesquisa serviu de base para elaboração do QualiSUS, que refere-se ao conjunto de mudanças cujo objetivo é proporcionar um maior conforto para o usuário com atendimento de acordo com o grau de risco, atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde e menor tempo de permanência no hospital, contribuindo para satisfação deste e o respeito ao seu direito de cidadania.

O SUS tem os mesmos princípios organizativos em todo território brasileiro, cuja responsabilidade fica a cargo das três esferas do governo: Federal, Estadual e Municipal. Conforme a Secretaria Estadual de Saúde Pública do Estado do Rio grande do Norte (2005), os serviços públicos de saúde são prestados através da rede básica que atinge os 167 municípios do Estado. Os veículos de comunicação do Estado (mídia) mostram que os serviços públicos de saúde do Rio Grande do Norte - RN - não são bons. O maior hospital geral e de pronto socorro da capital o “Walfredo Gurgel”, é um bom exemplo. Nele cotidianamente, nos deparamos com doentes em macas nos corredores, aguardando atendimento ou vaga na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), aparelhos para realização de exames quebrados, falta de medicamentos etc., constituindo um verdadeiro caos e



mostrando que a realidade do atendimento contraria o Art. 2º da Lei 8.080 de 1990 que determina a saúde como “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 2006a).

O jornal Tribuna do Norte divulgou que o RN ocupa o terceiro lugar entre os Estados que possuem piores desempenhos na área da saúde, perdendo apenas para os Estados do Maranhão e Piauí. Mostra que dos 167 municípios do Estado 59% cumpriram o que determina a emenda constitucional de número 29, que define o percentual mínimo de recursos a serem aplicados na saúde pelos Estados e Municípios (CAMPOS, 2005).

Neste contexto, uma parcela significativa dos usuários dos serviços públicos de saúde chega a estes, apresentando inúmeras expressões da questão social, no que diz respeito à miséria, ao desemprego, abandono familiar etc. Esses usuários que, em sua maioria, vêm do interior do Estado, sentem fome, são idosos, sentem dor e ficam horas esperando para serem atendidos pelos médicos. As prefeituras por sua vez, oferecem um serviço de transporte de maneira irresponsável. Frequentemente, o encarregado pelo transporte demora horas para apanhá-los, quando não acontece de deixar esses usuários na instituição. Quando são esquecidos pelos carros da prefeitura passam a noite em albergues ou então nos bancos dos hospitais, na dependência da boa vontade dos outros, pois muitas vezes, não possuem sequer recursos financeiros para alimentarem-se.

Grande parte dos usuários do SUS possui baixo poder aquisitivo, baixo nível de escolaridade, não tem uma devida assistência à saúde, prevenção de doenças e alimentação adequada, tornando-se, portanto dependentes dos programas sociais públicos. Neste contexto se insere o Serviço Social, atuando junto aos usuários, no qual a história de vida de cada um traz as particularidades da questão social. “Questão social cujas expressões históricas e contemporâneas personificam o acirramento das desigualdades sociais e da pobreza na sociedade capitalista brasileira” (VASCONCELOS, 2007, p. 254).

4.0 A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

O Assistente Social encontra no setor da saúde um espaço por excelência para o exercício de sua profissão contribuindo assim para solucionar ou criar alternativas para problemas sociais diretos ou indiretamente vinculados ao tipo de patologia que atinge a população, mediante o conhecimento e apreensão das contradições presentes no cotidiano. A lei 8.662/93 que dispõe sobre a profissão do Assistente Social através da Res. 383/99 caracteriza-o como um profissional de saúde, embora, o art. 2º da referida resolução disponha que o “Assistente Social atua no âmbito das políticas sociais e, nesta medida, não



é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserido em outras áreas, dependendo do local onde atua e da natureza de suas funções” (BRASIL, 2006b).

Nesse sentido, as atribuições dos profissionais do Serviço Social na área da saúde, seguem a dinâmica de intervir junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos, de acordo com o projeto Ético-Profissional da profissão. Apresentando-se como uma profissão de cunho educativo dentro dos processos de organização, reorganização e afirmação da cultura dominante, mediando às satisfações das necessidades sociais, definidas pelo capital e o controle social sobre a classe trabalhadora, embora, mesmo no contexto de dominação do capital é possível se pensar alternativas de controle social do trabalho considerando uma racionalidade adequada ao pleno atendimento das necessidades humanas. O redimensionamento profissional do Serviço Social reflete tendência e estratégias de lutas que apontam duas direções: uma que reduz o compromisso com as lutas das classes trabalhadoras por seus direitos e a outra que ratifica tal compromisso procurando superar a ordem burguesa e construir uma nova realidade (ABREU, 2004). Esses dois perfis se tencionam na atual conjuntura, se acentuando devido à reestruturação econômica e política.

Segundo Vasconcelos (2007) Os Assistentes Sociais são reconhecidos pelos usuários dos serviços públicos de saúde, como indivíduos preparados para “ajudar”. Ao limitarem sua prática à ajuda, transformam direitos em favores através de práticas como fim em si mesmo. Embora acolhendo com respeito e buscando humanizar as relações sociais, contribuem na reprodução da ideologia dominante, implicando em perdas para os trabalhadores. Para a autora, buscar humanizar isoladamente as relações pessoais no sistema cuja base é a exploração do homem pelo homem é impossível. Desta forma, uma prática que tenha como objetivo humanizar a organização social capitalista implica em uma ação conservadora que contribui para manter a ordem vigente. Desta forma, a atual conjuntura exige um profissional, seja na área da saúde ou não, “[...] dotado de formação intelectual e cultural generalista e crítica, com capacidade de inserção criativa e propositiva, no conjunto das relações sociais e no mercado de trabalho” (ABEPSS *apud* VASCONCELOS, 2007, p. 255).

Desta forma, todo profissional do Serviço Social necessita possuir competência técnica, teórica e política para saber utilizar os instrumentos e técnicas de intervenção, eficientemente, visando solucionar problemas. Precisa também, ser perspicaz na percepção da realidade institucional e pessoal com o objetivo de traçar estratégias de ação eficazes. Necessita da mesma forma, continuar se atualizando e se especializando, visando manter



um padrão de conduta profissional demonstrativo da importância de seu trabalho no sistema de saúde e evitando que ocorram retrocessos que venham a prejudicar a categoria.

Os Assistentes Sociais prestadores de serviços no SUS atendem tanto o paciente de forma individual, quanto aos seus familiares na medida em que surgem dificuldades no processo de hospitalização ou de tratamento do mesmo. Estabelecem mediações entre os usuários diretos (pacientes), indiretos (familiares) e os prestadores de serviços (médicos, diretores, funcionários, etc.). Mediações entendidas como processos que se desenvolvem na realidade objetiva e que no Serviço Social se apresenta em dois níveis: o primeiro ligado ao processo de passagem da exclusão para a inclusão e o segundo o da apreensão, que faz a passagem do singular para o coletivo. Sendo assim, o Assistente Social procura integrar os vários níveis do sistema no qual trabalha com o objetivo de levar a eficiência e a qualidade de prestação do serviço em prol dos usuários. Portanto, os Assistentes Sociais intervêm fundamentalmente no processo de conquistas e adequações de serviços e poder por parte dos indivíduos. Esses fatores estão intrinsecamente relacionados com a categoria da mediação, presente na nossa prática, cujas dimensões são profundas e tem um caráter perceptivelmente político (CARVALHO; NETTO, 1996). A prática do profissional do Serviço Social na área da saúde se insere, portanto, em três dimensões: a) Prestadores de serviços; b) Educadores; e, c) Investigadores.

Contemporaneamente, o Serviço Social se defronta com a ascensão do neoliberalismo que reconfigura a questão social e redimensiona as intervenções do Estado. O neoliberalismo traz enormes desafios para o Serviço Social, pois propõe práticas conservadoras e tradicionalistas, redefinindo, reduzindo e quando não extinguindo políticas sociais e instrumentos de intervenção social. Lidar com o neoliberalismo, com a reestruturação produtiva e com a acumulação flexível que limita a ação do Estado, destrói postos de trabalho e amplia a miséria, torna-se o principal desafio do Assistente Social, que tem desenvolvido estratégias que lhes permita manter-se atualizado, atuante e inserido no mercado de trabalho. Esses profissionais procuram formar alianças, promover a educação popular, estimular a investigação, contribuindo com os setores populares através de assessoria e consultoria (TRINDADE, 2001). Portanto, a presença do Assistente Social é fundamental em toda instituição pública ou privada, por “dedicar-se ao planejamento, operacionalização e viabilização dos serviços sociais à população” (IAMAMOTO, 1995, p. 100), assumindo significativa importância na área da saúde, tanto na orientação, como no acompanhamento e apoio ao usuário e a sua família. Buscando alternativas e/ou soluções para os problemas que surgem com a doença e com o tratamento da mesma.



5.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A década de 1990 acentuou os problemas da década anterior, pois as políticas governamentais implementadas para solucionar os problemas da década de 1980 implicaram em outros mais sérios. O País se encontrava com baixos níveis de inflação e com estabilidade econômica, mas o preço desta estabilidade é o crescimento do desemprego a níveis elevadíssimos, queda na taxa de crescimento médio da economia, retorno de doenças epidêmicas – dengue febre amarela, etc. -, crescimento da criminalidade, acirramento da miséria, crescimento do tráfico e no consumo de drogas, queda na qualidade do ensino e no atendimento médico-hospitalar público, aumento das mortes violentas devido à criminalidade e aos conflitos do campo e da cidade.

Constatam-se, também nos últimos anos a regulamentação do capital estrangeiro na saúde e se estabelece à concepção de cidadão-consumidor rompendo-se com o conceito da Reforma Sanitária de que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado” (BRASIL, 1988, art.196). Mesmo nesse contexto excludente, ocorreram avanços que geram esperanças na população. Avanços que se constituem como frutos das reivindicações e lutas políticas, implementadas por diversos organismos e entidades da sociedade civil.

O Estado brasileiro tem reconhecido a necessidade de amplos investimentos no setor de saúde, embora o reconhecimento não tenha repercutido nos níveis de recursos necessários alocados para o setor. É importante formular e implementar no Brasil, uma política de saúde que tenha como norma a liberdade de escolha, mas coexistindo com o princípio da equidade, não reduzindo o SUS a um sistema de atenção para os pobres, relegando os princípios de universalidade e integralidade.

O Assistente Social atualmente, deve está apto para interpretar aspectos culturais, econômicos e políticos que perpassam a área de saúde. Buscando estratégias e alternativas para enfrentar as questões pertinentes a sua atuação. Identificando as necessidades dos usuários, com objetivo de integrá-los contribuindo para uma melhor qualidade no atendimento do SUS. Por fim, não podemos deixar de ressaltar o papel e a importância do Serviço Social nos diversos espaços de atuação, por entendermos que os mesmo fazem parte do Estado capitalista, que não consegue resolver a questão social por esta ser inerente a essência do capital.

REFERÊNCIAS



ABREU, Marina Maciel. A dimensão pedagógica do Serviço Social. IN: **Revista Serviço Social e Sociedade**. N. 79, São Paulo: Cortez, 2004.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília; Senado Federal, 1988.

_____, Lei Orgânica da Saúde. Número 8.080 de 19 de setembro de 1990. IN: **Coletânea de Leis do Conselho Regional de Serviço Social**. 14ª Região, Natal, CRESS/RN 2006a.

_____, Resolução n. 383, de 29 de março de 1999, IN: **Coletânea de Leis do Conselho Regional de Serviço Social**. 14ª Região, Natal, CRESS/RN 2006b.

BRAVA, Lúcio. Os recursos destinados à saúde. IN: **Correio Brasiliense**. Brasília, 17 Caderno C, p. 05. Ago. 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviços Sociais e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

CAMILO, Maria Virginia R. Fernandes. Trajetória do Direito a Saúde: uma experiência de hospital-escola. IN: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano 22, n. 67, (especial) jul. 2001. p. 152-163.

CAMPOS, Luciana. RN descumpre lei de investimento. IN: **Tribuna do Norte**. Natal, 05 de fevereiro de 2005. Recursos, p. 11.

CARVALHO, M. do Carmo Brant de, e NETTO, J. P. **Cotidiano: Conhecimento e crítica**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 1996.

COHN, Amélia *at. Alli*. As heranças da saúde: da política de desigualdade à proposta de equidade. IN: **A saúde como direito e como serviço**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1999.

COSTA, Maria D. Horácio. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a inserção dos Assistentes sociais IN: **Revista Serviço Social e sociedade**, São Paulo: Cortez, ano 21, n. 62 mar. 2000, p.35-72.

IAMAMOTO, Marilda Vilela, O Serviço Social na Divisão do Trabalho. IN: **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social – Ensaio Crítico**. 3ª ed. São Paulo: Cortez 1995.

_____. Estratégias para fazer frente a questão social e o projeto profissional. IN: **A questão Social na Cena Contemporânea. Atribuições privatistas do (a) Assistente Social em questão**. COFI/CFESS, Brasília, 2002.

MENDES, Eugenio Vilaça (org.). As políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do Projeto neoliberal. IN: **Distrito Sanitário: o processo Social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro, ABRASCO, 1995.

NETTO, José P. FHC e a Política Social: um desastre para as massas trabalhadoras. IN: LASBAUPIN, I. (org.) **O desmonte da Nação-Balanço do governo FHC**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

RIO GRANDE DO NORTE, Informativo da Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte. IN: **Saúde para Todos**. Ano 1, nº1, janeiro de 2005. Natal/RN.



TRINDADE, Rosa L. P. Desvendado as determinações sócio-históricas do instrumental técnico-operativo do Serviço Social na articulação entre demandas sociais e projetos profissionais. IN: **Revista Temporalis**, N. 21, 2001.

VASCONCELOS, Ana Maria de, Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. IN: TEIXERA, Marlene (orgs.) **Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.